

LES PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES CENTRÉS SUR LE TRAUMA : UNE APPROCHE DE PRÉVENTION SECONDAIRE FAVORISANT L'ADAPTATION

Steve Geoffrion^{1,2,3}, Marie-Pierre Leduc^{2,3} et Megane Jalbert^{1,2,3}

¹ Université de Montréal, ² Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal,

³ Centre d'étude sur le trauma

Les premiers soins psychologiques (PSP) consistent en une approche d'intervention post-traumatique multimodale basée sur des données probantes. Cette approche flexible peut être effectuée dans différents milieux et contextes et auprès de différents groupes d'individus (adultes, enfants, familles, premiers répondants, etc.). L'objectif des PSP est de réduire la détresse vécue suite à une exposition à un événement traumatique, de favoriser la capacité à y faire face et d'améliorer le fonctionnement. Les PSP se basent sur cinq principes d'intervention post-traumatique et s'articulent autour de huit actions fondamentales. Certaines études ont démontré que des changements positifs chez les prestataires (e.g. sentiment d'efficacité) et les bénéficiaires (e.g. humeur) de l'approche pouvaient être obtenus, mais les données concernant son efficacité demeurent toutefois lacunaires, notamment en raison de contraintes au plan méthodologique. Des essais randomisés contrôlés constitués d'échantillons de plus grande taille permettrait de palier en partie cette lacune.

See end of text for English abstract

Mots clé : premiers soins psychologiques, détresse psychologique, événement traumatique, stratégies d'adaptation

Introduction

Les premiers soins psychologiques (PSP) centrés sur le trauma consistent en une approche multimodale basée sur des données probantes et visent à fournir un soutien adapté aux besoins des personnes exposées à un événement traumatique (ÉT), mais également aux personnes présentant de la détresse psychologique (Brymer *et al.*, 2006). Ils sont conçus pour réduire la détresse initiale, favoriser la capacité à gérer les réactions de détresse, de même que favoriser le fonctionnement adaptatif à court et à moyen terme. L'aide offerte est sous forme de soutien empathique ainsi que d'enseignement et de renforcement de différentes stratégies d'adaptation. Les PSP se déploient généralement dans le mois suivant la demande d'aide et le nombre de séances offert varie en fonction des besoins de la personne. Ce type d'intervention mise sur des moyens concrets, tels que la résolution de problème, le soutien social et la gestion des réactions traumatiques.

Cette approche a d'abord été développée pour aider les survivants et leur famille à s'adapter à la suite de traumas de masse (c.-à-d. désastre naturel, actes terroristes), mais aussi pour aider les premiers répondants impliqués dans ces traumas. Sa flexibilité permet une utilisation auprès de clientèles variées dans différents milieux et est recommandée par un consensus d'experts internationaux (Hermsilla *et al.*, 2022). Un autre avantage des PSP provient du fait qu'ils peuvent être maîtrisés assez rapidement (environ 7 à 10 heures) et même par des personnes qui ne sont pas des professionnels en santé mentale (Tessier *et al.*, 2021). Toutefois, leur administration requiert un bon jugement clinique et une bonne connaissance des réactions courantes de détresse, incluant les réactions post-traumatiques.

Les PSP comprennent huit actions se déployant à l'intérieur de deux phases : la *phase immédiate* qui correspond aux heures suivant l'ÉT (0-48 heures) et la *phase post-immédiate* qui englobe les jours et semaines suivant l'ÉT. Le temps passé dans l'une ou l'autre des

actions et le moment où elle sera initiée dépend des besoins et des réactions de chaque individu. Les huit actions sont fondées sur les principes d'intervention probants en période de détresse psychologique, soit (1) le retour au calme, (2) favoriser un sentiment de sécurité (3) d'efficacité (4) d'espoir, en plus de (5) favoriser le soutien social (Hobfoll *et al.*, 2007).

Certaines stratégies d'intervention sont essentielles et doivent être priorisées tout au long du suivi. Par exemple, dans la phase immédiate, il faut éviter de forcer la ventilation émotionnelle et de demander des détails sur l'événement. L'important est plutôt de se centrer sur les besoins et les préoccupations immédiats et de donner accès aux choses réconfortantes afin de favoriser des sentiments de sécurité et de calme. Or, l'adoption d'une posture empathique et attentive facilitera l'identification des besoins sous-jacents aux émotions rapportées et permettra de valider et normaliser les réactions associées à l'ÉT. Le terme « réaction » est d'ailleurs à privilégier, plutôt que le terme « symptôme », à cause de sa connotation évoquant la pathologie. De manière similaire, le fait de souligner les forces et le recours à de bonnes stratégies d'adaptation favorisera des sentiments d'efficacité et d'espoir chez la personne qui, dans l'approche PSP, est encouragée à jouer un rôle actif dans son rétablissement.

ACTION 1 : CONTACT ET ENGAGEMENT

Avant même d'initier l'intervention PSP auprès d'une personne exposée à un ÉT, il importe de s'y préparer émotionnellement et d'obtenir, si possible, de l'information préliminaire (p.ex. nature, sévérité, contexte de l'événement). Le fait de se sentir calme, préparé et en confiance aura un effet rassurant ce qui facilitera l'intervention. Au moment du premier contact, celui-ci devrait être initié de manière non intrusive, attentionnée et empreinte de compassion. Le prestataire observera si le moment semble opportun pour s'introduire. Par exemple, si le bénéficiaire est déjà en compagnie de personnes qui semblent le soutenir, il est préférable de ne pas interrompre leur conversation. Autrement, le prestataire se présentera, expliquera son rôle et s'assurera que la personne est disposée à lui parler. Le cas échéant, il s'informerait concernant les besoins immédiats de la personne et l'aidera à y répondre. Afin de protéger la confidentialité, l'entretien devrait s'effectuer dans la mesure du possible dans un endroit à l'écart. Si la personne n'est pas disposée ou refuse l'aide, le prestataire pourra suggérer de reprendre contact un peu plus tard afin de vérifier si les besoins ont changé. Ce geste, en apparence anodin, témoignera d'une préoccupation sincère envers le bénéficiaire et de son engagement envers lui. Cet effet sera également obtenu en proposant une relance à la fin du premier contact. Le prestataire s'engagera à être disponible durant les prochaines semaines pour réévaluer les besoins et les préoccupations et offrir son soutien.

ACTION 2 : SÉCURITÉ ET RÉCONFORT

Lorsque le contact est initié peu de temps après l'ÉT, voire sur les lieux même de l'événement, il importe d'assurer la sécurité physique immédiate et de fournir un réconfort émotionnel répondant aux besoins de base. Par exemple, pour ce qui concerne la sécurité physique, il pourrait s'agir d'éloigner la personne d'une source de danger présente ou potentielle. Il s'avère également primordial d'emmener la personne dans un endroit calme et à l'écart du lieu de l'événement ou des rappels de ce dernier et de porter une attention aux caractéristiques de l'environnement (p.ex. éclairage, température). Certains besoins vont varier d'un moment ou d'une personne à l'autre. Par exemple, certains voudront être initialement être laissés seuls quelques instants alors que d'autres voudront immédiatement entrer en contact avec des proches. Il ne faut donc pas hésiter à évaluer ponctuellement les besoins et les préoccupations. À cette étape, il est proscrit de demander à la personne de raconter l'événement en détail (p.ex. ce qui s'est passé et comment elle s'est sentie), car cela pourra induire une activation physiologique et favoriser la formation de souvenirs traumatiques. L'important est plutôt d'être calme et à l'écoute, de respecter le rythme de la personne et de lui donner accès aux choses qui lui sont réconfortantes. Bien la ventilation émotionnelle ne soit pas recommandée, il est possible que le bénéficiaire exprime spontanément ses émotions. Le prestataire en profitera pour les accueillir, les valider et les normaliser. Il utilisera ensuite les émotions exprimées par le bénéficiaire pour l'aider à identifier ses besoins sous-jacents. L'ensemble de ces gestes contribueront à rétablir un sentiment de sécurité et à réduire la détresse émotionnelle.

ACTION 3 : STABILISATION

La stabilisation vise à calmer et à orienter les personnes désorientées ou submergées émotionnellement qui ont besoin de soutien pour se recentrer et ce, généralement dans les heures qui vont suivre l'ÉT. Cela ne signifie pas pour autant que toutes les personnes exposées à un ÉT en auront besoin. Certains indices permettent de reconnaître le besoin de stabilisation : regard absent, yeux vitreux, comportements erratiques ou régressifs, absence de réaction aux questions, réactions émotionnelles intenses, pleurs incontrôlables, hyperventilation, réactions physiques incontrôlables (p.ex. grelottements). Face à ce type de réactions, il importe de parler doucement, de se montrer calme et d'adopter des attitudes de validation et d'acceptation. Par exemple, le prestataire pourra refléter au bénéficiaire certaines de ses réactions (p.ex. « Je vois que tu es très ébranlé présentement ») et lui expliquer qu'elles sont normales face à cette situation anormale, qu'il s'agit de réactions biologiques de survie et qu'elles ne sont pas dangereuses même si elles sont désagréables. Si cela ne semble pas aider la personne à s'apaiser, le prestataire pourrait l'inviter à s'exercer avec lui à la respiration diaphragmatique. Si le bénéficiaire n'est pas familier avec cette technique, le prestataire lui montrera

comment procéder (p.ex. mettre une main sur le ventre et l'autre sur la poitrine, inspirer lentement en gonflant le ventre, expirer doucement en dégonflant le ventre, etc.) et tentera de l'amener à respirer avec lui pendant environ deux minutes. Si la personne manifeste toujours des signes qu'elle est submergée ou désorientée, une autre technique peut l'aider à se stabiliser, soit l'ancrage. Cette technique a pour but d'amener la personne à se centrer sur des éléments externes non menaçants plutôt que sur ce qui est vécu à l'interne (i.e. émotions, pensées bouleversantes) afin qu'elle puisse prendre conscience qu'elle est en sécurité dans son environnement. Si la personne est trop envahie pour nommer elle-même des éléments, le prestataire pourra lui faire des suggestions (p.ex. Es-tu capable de me regarder? Est-ce que tu entends ma voix? Sens-tu tes orteils dans tes souliers?)

ACTION 4 : COLLECTE D'INFORMATIONS

L'objectif de cette action est de recueillir l'information sur les réactions que manifeste le bénéficiaire, sur ses besoins et ses préoccupations afin d'adapter l'intervention. La collecte est effectuée dès le premier contact avec le bénéficiaire mais constitue un processus continu et flexible tout au long du suivi. Lorsque les PSP sont offerts à la suite d'un ÉT, il s'avère judicieux d'effectuer le dépistage des réactions post-traumatiques, soit : les reviviscences, l'évitement, les changements dans les pensées/croyances et l'humeur ainsi que l'hyperéveil. Un outil développé par Prins *et al.* (2015), le PC-PTSD permet d'y procéder en cinq questions fermées (oui/non). Ce dépistage peut être effectué dès le premier contact afin d'évaluer l'évolution des réactions au cours des semaines qui vont suivre. Les réactions identifiées pourront être utiles dans le choix des stratégies d'adaptation qui seront proposées (Action 7). Si deux à quatre semaines après l'ÉT, des réactions sont toujours présentes, il est conseillé de référer le bénéficiaire à une ressource (Action 8), d'où l'importance d'effectuer des relances de manière régulière (p.ex. une fois par semaine). En effet, selon le guide de recommandation du National Institute for Health and Care Excellence (NICE; 2018), le monitoring continu des réactions dans les jours qui suivent l'ÉT constitue une des meilleures pratiques afin d'identifier les individus à risque de développer des difficultés d'adaptation. D'autres informations complémentaires aux réactions peuvent être monitorées tout au long du suivi et seront utiles pour orienter l'intervention. Par exemple, les habitudes de vie du bénéficiaire, sa capacité à fonctionner au quotidien dans différentes sphères et certains facteurs de risque (p.ex. stressseurs, habitudes de consommation, hygiène de vie, soutien social, etc.). Bien que des questionnaires puissent être utilisés pour effectuer la collecte d'information, celle-ci doit demeurer un processus informel. Ainsi, il ne s'agit pas de poser une série de questions de manière systématique tel qu'un professionnel de la santé pourrait le faire. Plutôt, la collecte s'effectuera de manière fluide et flexible, tout au long de l'entretien. Les informations

pourront évidemment provenir d'un certain nombre de questions posées par le prestataire, mais aussi d'éléments observés chez le bénéficiaire (p.ex. au plan non-verbal) de même que d'éléments que ce dernier aura mentionné spontanément dans la conversation.

ACTION 5 : ASSISTANCE PRATIQUE

L'objectif général de cette action consiste à offrir une assistance qui cible les préoccupations et les besoins immédiats afin d'aider la personne à retrouver un sentiment d'efficacité et de contrôle à travers l'expérience de la réussite. Un des principes fondamentaux de l'approche PSP est d'encourager le bénéficiaire à participer activement à son rétablissement. Conséquemment, le rôle du prestataire sera d'accompagner le bénéficiaire dans sa réflexion et dans la recherche de solution et non de faire la démarche à sa place. À cet effet, l'enseignement de la résolution de problèmes est un bon outil pour aider le bénéficiaire à retrouver un sentiment d'efficacité lorsqu'il se sent dépassé, paralysé ou incapable de trouver des solutions. La technique se décline en quatre étapes qui permettront en discutant avec la personne d'examiner les différentes façons de résoudre son problème ou de combler son besoin : (1) définir le problème et clarifier le besoin sous-jacent, (2) décortiquer le problème et se fixer un objectif réaliste et atteignable, (3) faire un remue-méninge sur des moyens d'atteindre l'objectif et (4) établir un plan et passer à l'action. Si le bénéficiaire n'arrive pas à identifier la manière dont il souhaite procéder, le prestataire peut lui faire des suggestions. Bien que l'on souhaite favoriser la participation du bénéficiaire, il faut faire preuve de jugement afin de ne pas amplifier le sentiment d'échec ou d'incapacité à faire face à la situation. Lorsque le bénéficiaire a concrétisé son plan, une relance devrait être effectuée afin de permettre un retour sur le déroulement et l'impact de la mise en action du plan.

ACTION 6 : CONNEXION AU SOUTIEN SOCIAL

Cette action vise à aider les personnes à entrer en contact avec leur réseau de soutien naturel, que ce soit en le maintenant ou en le développant davantage. On sait que le soutien social constitue le meilleur facteur de protection en ce qui concerne le rétablissement (Weissman *et al.*, 2005). En effet, en contexte d'ÉT, les gens qui se sentent connectés aux autres sont plus susceptibles de participer à des activités de soutien qui vont contribuer au rétablissement. Or, le soutien social ne se limite pas uniquement au soutien émotionnel (p.ex. se sentir écouté et compris) et ses différentes formes peuvent être présentées au bénéficiaire afin qu'il puisse déterminer laquelle répond le mieux à ses besoins. Par exemple, le soutien peut être obtenu par l'entremise de conseils ou d'informations qui pourraient aider la personne à mieux comprendre une situation ou résoudre un problème. Le soutien peut aussi être sous la forme de services rendus, par exemple, lorsque quelqu'un nous aide à faire une tâche physique exigeante. Parfois, c'est en côtoyant des gens qui

nous aident à avoir confiance en nous, en effectuant une activité plaisante avec un proche ou lorsque l'on sent que l'on a sa place au sein d'un groupe. Lorsque la personne a déterminé le ou les types de soutien dont elle aurait besoin, le prestataire pourrait par la suite lui proposer de faire une carte de son réseau social, soit d'identifier les personnes avec qui le contact est le plus facile et le type de soutien que chacun est en mesure de lui fournir. En somme, il s'agit de s'assurer que le bénéficiaire ne s'isole pas et qu'il ait le réflexe de se tourner vers les bonnes personnes qui sauront répondre à ses besoins. La connexion aux autres devrait être évaluée dès le premier entretien et ensuite réévaluée tout au long du suivi.

ACTION 7 : INFORMATION SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

Les personnes qui vivent un événement traumatique peuvent parfois se sentir confuses ou dépassées et peuvent éprouver de la difficulté à faire face de manière adaptée aux changements que l'événement provoque. L'objectif général de cette action est de communiquer de l'information sur les réactions psychologiques fréquemment rencontrées et promouvoir les différentes stratégies à la disposition du bénéficiaire pour mieux les gérer. De plus, si le bénéficiaire met déjà en application des stratégies adaptées, le fait de le souligner et d'offrir un renforcement contribuera au sentiment d'efficacité du bénéficiaire. Les informations recueillies par l'entremise de l'Action 4 vont avoir permis de cibler les difficultés et serviront à orienter l'intervention. Par exemple, si le bénéficiaire a rapporté de l'hyperveil, le prestataire pourrait d'abord le rassurer quant à son aspect normal et offrir de l'information sur les mécanismes biologiques sous-jacents de même que sur la fonction de cette réaction. En termes concrets, que l'hyperveil est similaire à un système d'alarme très sensible et que cela est l'indice que l'événement n'a pas encore été digéré, que les souvenirs n'ont pas encore été classés définitivement dans la mémoire. Il est préférable que le prestataire soit familier avec ces notions mais l'essentiel de l'information offerte pourra provenir de documentation qu'il aura à sa disposition. Ensuite, le prestataire pourrait suggérer une stratégie aidant à mieux gérer l'anxiété ou l'activation physiologique associée à l'hyperveil, par exemple, la respiration diaphragmatique. Lorsque le prestataire effectuera la relance, il en profitera pour réévaluer les réactions, à savoir si elles sont stables, mieux ou pires. Il s'informer également sur la mise en application des stratégies proposées. Ont-elles été mises en place? Sinon, quels étaient les obstacles? Ont-elles été efficaces? L'idée est donc d'outiller le bénéficiaire afin qu'il puisse prendre soin de lui tout en le soutenant dans ses démarches et ce, dans le but de favoriser les sentiments d'efficacité et d'espoir.

ACTION 8 : LIEN VERS LES RESSOURCES

Cette action a pour but de mettre le bénéficiaire en contact avec les ressources dont il a besoin mais que

l'intervention PSP ne peut combler. Typiquement, le lien vers les ressources pourrait être fait par le prestataire lorsqu'il constate, après quelques séances, que de la détresse ou des réactions sont toujours présentes chez le bénéficiaire, mais d'autres situations peuvent le requérir. Par exemple, dans le cas d'un événement lié à un acte criminel, le prestataire pourrait mettre le bénéficiaire en contact avec une ressource pertinente (p. ex. IVAC, CAVAC, groupe de soutien, etc.) dès le premier entretien et offrir le suivi PSP en parallèle à cette démarche. Également, lorsque le prestataire constate que le bénéficiaire est isolé socialement et que cela entraîne de la détresse, il pourrait le référer à une ressource qui lui permettrait de briser son isolement. C'est pourquoi il est important de discuter avec la personne de ses besoins et de déterminer ceux requérant de l'information ou des ressources supplémentaires. Idéalement, le prestataire sera au courant des ressources disponibles, des services spécifiques qu'elles offrent et des modalités disponibles. Il pourra donner des détails sur la ressource visée, notamment, en quoi elle pourrait être aidante et comment les prochaines étapes se dérouleront. Si le bénéficiaire ne se sent pas en mesure d'initier la démarche lui-même, le prestataire pourra l'aider (p.ex. être présent pendant l'appel). Idéalement, le prestataire reprendra contact avec le bénéficiaire afin de déterminer si la démarche a été effectuée, si des problèmes ont été rencontrés et si la ressource proposée a été utile.

Conclusion

EFFICACITÉ DES PSP

Les PSP sont maintenant utilisés dans des contextes variés et génèrent énormément d'intérêt. Une revue systématique (Hermosilla *et al.*, 2022) sur l'approche des PSP a été conduite afin d'évaluer l'efficacité des PSP sur la santé mentale et le bien-être des personnes exposées aux ÉT, d'identifier les meilleures pratiques en fonction des données déjà existantes et de recommander des priorités de recherche permettant de produire les bases de données probantes nécessaires pour guider les interventions en contextes d'ÉT. Les résultats suggèrent que les PSP peuvent améliorer la santé mentale et le bien-être des personnes exposées aux ÉT, mais montrent également que les composantes d'intervention (telles que la durée, les actions mises en application, etc.), qui varient beaucoup d'une étude à l'autre, sont inconsistantes, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité des PSP. Bien que la flexibilité des PSP constitue une force dans leur mise en application, l'hétérogénéité des études qui en découlent représente un défi majeur pour l'évaluation des meilleures pratiques. Ainsi, malgré l'engouement pour cette approche, les données concernant leur efficacité demeurent lacunaires, notamment en raison de contraintes au plan méthodologique (p. ex. petits échantillons, peu d'essais randomisés contrôlés, paramètres d'application hétérogènes, etc.).

Néanmoins, certaines études ont démontré que la formation à l'approche permet d'augmenter le sentiment d'efficacité des prestataires et de leur capacité à intervenir (Tessier *et al.*, 2021). Les prestataires peuvent également généraliser leurs acquis à différents contextes (Sijbrandij *et al.*, 2020). Par exemple, les policiers peuvent appliquer les techniques de stabilisation (Action 3) non seulement auprès de leurs collègues, mais également auprès des citoyens perturbés lors d'incidents majeurs. Quant aux bénéficiaires des PSP, il a été démontré que le fait de recevoir l'intervention diminuait les symptômes anxieux à court terme et diminuait les symptômes dépressifs et post-traumatiques à court et à moyen terme (Ramirez *et al.*, 2013). Les PSP auraient aussi une influence positive sur l'humeur à court terme (Hermosilla *et al.*, 2022). Enfin, Schafer *et al.*, (2016), ont rapporté que l'approche des PSP favorise la mise en application des cinq principes probants d'intervention post-traumatique, facilite la normalisation des réactions et augmente le sentiment de contrôle des individus ayant vécu un ÉT (Schafer *et al.*, 2016).

En conclusion, les futures études évaluant l'efficacité des PSP doivent s'attarder aux limites méthodologiques nommées ci-haut. Pour ce faire, elles devront inclure la randomisation, des groupes de contrôle, des périodes de suivi à plus long terme ainsi que des analyses approfondies (Hermosilla *et al.*, 2022).

Abstract

Psychological first aid (PFA) is an evidence-based, multi-modal approach to post-trauma intervention. It is a flexible approach that can be delivered in a variety of settings and contexts and to a variety of individuals or groups of individuals (adults, children, families, first responders, etc.). The overall aim of PFA is to reduce distress following exposure to a traumatic event, promote coping skills, and improve functioning. PFA is based on five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention and is organized around eight core actions. This approach is recognized for its effectiveness in fostering individual coping, but the literature remains with some limitations, particularly in terms of methodological rigor. Studies should be conducted using randomized controlled trials with sufficiently large samples to reduce the risk of bias.

Keywords: psychological first aid, psychological distress, traumatic event, coping skills

Références

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P., (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD), Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006. Available on: www.nctsn.org and www.ncptsd.va.gov.

Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P. et Pike, K. M. (2022). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of*

traumatic stress, 00, 1-12. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>

Hobfoll, S. E. *et al.* (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315

National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Guideline: Post-traumatic stress disorder* (NG116). www.nice.org.uk/guidance/ng116

Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A. et Schnurr, P. P. (2015). *The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)*.

Ramirez, M., Harland, K., Frederick, M., Shepherd, R., Wong, M. et Cavanaugh, J. E. (2013). Listen protect connect for traumatized schoolchildren : A pilot study of psychological first aid. *BMC Psychology*, 1(1), 26. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-26>

Schafer, A., Snider, L. et Sammour, R. (2016). A reflective learning report about the implementation and impacts of Psychological First Aid (PFA) in Gaza. *Disaster Health*, 3(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/21665044.2015.1110292>

Sijbrandij, M., Horn, R., Esliker, R., O'May, F., Reiffers, R., Ruttenberg, L., Stam, K., de Jong, J. et Ager, A. (2020). The Effect of Psychological First Aid Training on Knowledge and Understanding about Psychosocial Support Principles : A Cluster-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 484. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020484>

Tessier, M., Lamothe, J. et Geoffrion, S. (2021). Adherence to Psychological First Aid after Exposure to a Traumatic Event at Work among EMS Workers : A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11026. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111026>

Weissman, M. M., Neria, Y., Das, A., Feder, A., Blanco, C., Lantigua, R., *et al.* (2005). Gender differences in PTSD among primary care patients following the World Trade Center attacks. *Gender Medicine*, 2(2), 76-77.