

Journal International De Victimologie

International Journal Of Victimology

Numéro 34

L'Impact of Event Scale-Revised : première évaluation de la structure factorielle de la version francophone avec une population de personnes âgées

Myriam Chiasson¹, Sylvie Lapierre¹, Marcos Alencar Abaide Balbinotti¹, Sophie Desjardins¹, Evandro Morais Peixoto¹, Ricardo de Almeida Castillo¹, Helen-Maria Vasiliadis², & Djamal Berbiche² [Québec, Canada]

¹ Université du Québec à Trois-Rivières

² Université de Sherbrooke

Résumé

L'objectif de la présente étude était d'évaluer la structure factorielle de la version francophone de l'Impact of Event Scale – Revised (IES-R) avec une population d'ainés et d'explorer le type et le nombre d'événements traumatisants vécus par ceux-ci. Les données proviennent de l'Enquête sur la Santé des Aînés – Étude sur les services (ESA-services), menée en 2011-2013 auprès de 1811 personnes âgées de 65 ans et plus consultant une clinique de soins de santé primaires. L'échantillon est constitué de 1099 ainés ayant vécu au moins un événement traumatisant (violence, accident, catastrophe naturelle, etc.), le plus fréquent étant relié à un accident. L'analyse factorielle confirmatoire de la version francophone de l'IES-R révèle une structure unidimensionnelle, expliquant 56,2 % de la variance. Malgré quelques limites, cette étude fournit les premières preuves des qualités psychométriques de la version francophone de l'IES-R avec une population d'ainés.

Mots-clés

Impact of Event Scale-Revised, état de stress post-traumatique, événement traumatisant, structure factorielle, propriétés psychométriques, personnes âgées.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the factorial structure of the French version of the Impact of Event Scale – Revised in an older adult population and to explore the number and type of trauma experienced by this population. The data were collected during the ESA-services study (survey on mental health, aging and services), conducted in 2011–2013, among 1811 adults aged 65 years old and over seeking medical services in primary health care clinics. The analytic sample of this study includes 1099 older adults having experienced at least one traumatic event (violence, accident, natural disaster, etc.), the most frequent being related to an accident. The confirmatory factor analysis revealed a unidimensional structure for the IES-R, which explained 56.2% of the variance. Despite some limitations, this study provides the first evidence of sound psychometric properties of the French version of the IES-R with an older adult population.

Key-Words

Impact of Event Scale-Revised, post-traumatic stress disorder, traumatic event, factorial structure, psychometric properties, older adults.

Selon des études épidémiologiques réalisées auprès de personnes âgées, un pourcentage important d'individus ont déjà subi au moins un événement traumatisant (ÉT) au cours de leur vie, et la prévalence se situerait entre 74,2 et 96,1 % (De Vries & Olf, 2009). Cet important écart entre les pourcentages est fonction de la définition d'un ÉT, du choix des outils de mesure ainsi que du pays dans lequel l'étude a été menée (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Ogle, Rubin, Berntsen, & Siegler, 2013).

Bien entendu, ce ne sont pas tous les individus exposés à un ÉT qui développeront un état de stress post-traumatique (ÉSPT). Au Canada, le taux de prévalence de l'ÉSPT au cours de la vie, pour la population générale, est estimé à 9,2 % (hommes : 5,3 %; femmes : 12,8 %). La prévalence sur un mois serait de 2,4 % (hommes : 1,3 %; femmes : 3,3 %; van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Les ÉT les plus communs, résultant en un ÉSPT, incluent la mort inattendue d'un être cher, l'agression sexuelle et être témoin de la blessure grave ou de la mort d'un individu.

La forte augmentation de la population des aînés au sein de la société amène un questionnement quant au niveau de connaissances actuelles sur la problématique de l'ÉSPT chez le groupe des 65 ans et plus. À l'heure actuelle, il existe très peu de données sur les manifestations cliniques de l'ÉSPT chez les aînés, les facteurs de risque, la prévalence de cette problématique et son impact sur le vieillissement (Lapp, Agbokou, & Ferreri, 2011). La prévalence à vie de l'ÉSPT chez les aînés se situerait entre 1,5 et 4 % (Acierno et al., 2007; Prévile et al., 2014; van Ameringen et al., 2008); la prévalence sur un mois serait de l'ordre de 1,5 à 1,7 % (Spitzer et al., 2008) tandis que la prévalence sur 12 mois atteindrait 2,1 % (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, & Bruce, 2010). Toutefois, il est possible que la prévalence réelle de l'ÉSPT soit sous-estimée chez les personnes âgées (Cook & Niederehe, 2007) puisqu'elles sont souvent exclues des études à cause d'une probabilité plus grande de comorbidité ou de problèmes cognitifs (Charles, Garand, Ducrocq, & Clément, 2005; Spitzer et al., 2008). De plus, bien que de nombreuses personnes âgées ne répondent pas à l'ensemble des critères pour un diagnostic d'ÉSPT, elles peuvent tout de même présenter certains symptômes associés à l'ÉSPT (Prévile et al., 2014; van Ameringen et al., 2008). Dans le même ordre d'idée, les taux de prévalence de l'ÉSPT plus faibles chez les aînés peuvent s'expliquer par un certain nombre de facteurs, y compris la tendance des personnes âgées à exprimer leurs difficultés psychologiques par des plaintes somatiques et la réticence de cette génération à admettre un traumatisme ou des symptômes liés à un traumatisme en raison de la stigmatisation perçue (Thorp, Sones, & Cook, 2011).

Bien entendu, il s'avère pertinent de s'assurer que les cliniciens et les chercheurs aient accès à des outils de dépistage de l'ÉSPT fiables et adaptés pour les aînés. D'ailleurs, les évaluations psychométriques des instruments de mesure de l'ÉSPT sont souvent menées auprès d'une population générale ou d'une clientèle adulte (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; De Vries & Olf, 2009). Cependant, les aînés font face à certaines difficultés liées, entre autres, au vieillissement, qui peuvent modifier l'interprétation de leurs symptômes d'ÉSPT (Thorp et al., 2011). Conséquemment, la présente étude vise à examiner la fréquence et le type d'ÉT vécus par les aînés ainsi que la structure factorielle de l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) lorsqu'elle est administrée à une clientèle aînée.

Évaluation de l'impact des événements traumatisants

Plusieurs instruments de mesure sont utilisés pour évaluer l'impact des ÉT sur les individus. Parmi eux, l'*Impact of Event Scale* (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) a été largement utilisé pour évaluer les symptômes associés à l'ÉSPT. Il contient sept items se rapportant à l'intrusion (p. ex. *flashback*) et huit à l'évitement des pensées ou des lieux, reflétant l'opinion d'Horowitz et al. (1979) selon laquelle ces symptômes étaient fréquemment vécus à la suite d'un ÉT. Plus tard, Weiss et Marmar (1997) ont développé une version révisée de l'échelle afin de la rendre plus conforme aux critères du DSM-IV pour le diagnostic de l'ÉSPT (American Psychological Association, 1994). Cette version ajoute une troisième dimension qui évalue l'activation neuro-végétative afin de pallier les lacunes de la version d'Horowitz et al. Ainsi, Weiss et Marmar ont développé sept nouveaux items dont six couvraient des symptômes d'hypervigilance. Les auteurs ont tenté de conserver la similitude

avec l'IES et seules des modifications mineures ont été apportées aux items originaux d'intrusion et d'évitement. L'IES-R comprend donc trois sous-échelles représentant l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance, qui rappellent les symptômes associés aux critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). Toutefois, à l'inverse de l'IES qui s'intéresse à la fréquence avec laquelle les réactions se sont produites au cours des sept derniers jours, l'IES-R mesure le degré de détresse (sept derniers jours) associée aux diverses difficultés pouvant être éprouvées à la suite d'un ÉT, sur une échelle de type Likert à 5 niveaux.

À ce jour, l'IES-R a été traduite en plusieurs langues (Asukai et al., 2002; Baguena et al., 2001; Brunet, St-Hilaire, Jehel, & King, 2003; Eid et al., 2009; Gargurevich, Luyten, Fils, & Corveleyn, 2009; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, & Vlahos, 2007; Wu & Chan, 2003). Néanmoins, comparativement à l'IES, très peu d'études se sont penchées sur les propriétés psychométriques de l'IES-R. Les études psychométriques actuelles ont été réalisées, entre autres, auprès de patients cancéreux (Mystakidou et al., 2007) ou cardiaques (Baumert, Simon, Gündel, Schmitt, & Ladwig, 2004), de travailleurs sociaux après le suicide d'un patient (Heeb, Gutjahr, Gulfi, & Castelli Dransart, 2011), de sujets ayant subi une catastrophe naturelle (Brunet et al., 2003) ou une attaque (Asukai et al., 2002), de survivants d'accident (Beck et al., 2008), d'anciens combattants (Creamer, Bell, & Failla, 2003) et de pompiers (Wagner & Waters, 2014).

Version francophone de l'IES-R

Les propriétés psychométriques de la version francophone, traduite par Brunet et al. (2003), ont été obtenues auprès d'un échantillon de femmes québécoises (N = 223) ayant vécu la tempête de verglas de 1998 et auprès de professionnels de la santé et des services sociaux (N = 297) ayant été confrontés au suicide d'un patient (Heeb et al., 2011). Les coefficients alpha rapportés par Brunet et al. suggèrent que la version francophone de l'IES-R présente une bonne consistance interne (intrusion = 0,86; évitement = 0,86; hypervigilance = 0,81; échelle globale = 0,93). Les alpha de Cronbach obtenus par Heeb et al. (2011) sont similaires (intrusion = 0,86; évitement = 0,82; hypervigilance = 0,82; échelle globale = 0,91). Les corrélations entre les sous-échelles et l'échelle globale de la version francophone ($r = 0,54$ à $0,90$) peuvent être considérées comme étant modérées à relativement élevées (Brunet et al., 2003; Heeb et al., 2011).

Pour évaluer la validité de construit, Brunet et al. (2003) ont procédé à une analyse des principales composantes (APC) sur les 22 items. Le graphique des valeurs propres était plutôt ambigu, permettant d'extraire deux (évitement et intrusion/hypervigilance) ou trois facteurs (intrusion, évitement et hypervigilance). Néanmoins, en se basant sur la structure théorique de Weiss et Marmar (1997), Brunet et al. ont privilégié le modèle à trois facteurs, obtenant une variance expliquée de 56 %. Les analyses de Heeb et al. (2011), sur la structure de la version francophone de l'IES-R, arrivent à la même conclusion avec un modèle à trois facteurs qui expliquerait plus de 50 % de la variance.

Bien que les traductions de l'IES-R présentent des propriétés psychométriques adéquates et une fidélité satisfaisante, les résultats concernant sa structure s'avèrent non concluants. Plusieurs chercheurs rapportent trois facteurs distincts représentant l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance (Baumert et al., 2004; Beck et al., 2008; Brunet et al., 2003; Heeb et al., 2011; Mystakidou et al., 2007; Weiss & Marmar, 1997), certains suggèrent une quatrième dimension à l'IES-R (Gargurevitch et al., 2009) tandis que d'autres considèrent une solution unifactorielle (Creamer et al., 2003) ou bien à deux facteurs (Baguena et al., 2001; Creamer et al., 2003; Wu & Chan, 2003).

Les conclusions variées des études sur la structure factorielle de l'IES-R peuvent s'expliquer par trois importantes limites méthodologiques. Soit la taille des échantillons était trop petit pour permettre une validation croisée, soit les symptômes étaient liés à un événement stressant mais pas nécessairement menaçant pour la vie (Eid et al., 2009), ou bien encore que le niveau de gravité des symptômes variait d'une étude à l'autre, ce qui peut avoir influencé la structure factorielle (Weiss, 2004).

Jusqu'à présent, les recherches ayant abordé les propriétés psychométriques de l'IES-R ont surtout été réalisées auprès de populations d'adultes ayant vécu le même ÉT (p. ex., catastrophe naturelle) ou un événement similaire (p. ex., agression). À notre connaissance, aucune étude n'a examiné la structure factorielle de l'IES-R auprès d'ainés ayant vécu différents types d'ÉT. D'ailleurs, la problématique de l'ÉSPT reste partiellement explorée chez les aînés, entre autres parce qu'ils sont souvent exclus des études empiriques (Charles et al., 2005; Spitzer et al., 2008).

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer la structure factorielle et la fidélité de l'IES-R auprès d'une population de personnes âgées consultant un service de soins de santé primaires et ayant vécu un ÉT au cours de leur vie. Le second objectif est de décrire les types d'ÉT vécus par cette population au cours de leur existence.

Méthode

Les données de la présente étude proviennent d'une enquête transversale, l'Enquête sur la Santé des Aînés – Étude sur les services (ESA-services), menée en 2011-2013, sur un échantillon non probabiliste d'adultes âgés de 65 ans et plus, recevant des services médicaux dans l'une des cliniques de soins de santé primaires d'une région située au sud du Québec (Canada). Le plan d'échantillonnage de l'étude prévoyait rejoindre des patients provenant de trois types d'organisations de services médicaux primaires : les groupes de médecine familiale (GMF), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les cliniques médicales privées. Sur les 744 médecins potentiels, 409 ont accepté de participer à l'étude, mais seulement 245 médecins ont effectivement recruté des patients. Le taux de participation des médecins généralistes a donc été de 32,9 %.

Les patients âgés de 65 ans et plus qui consultaient l'un de ces médecins durant la période de l'étude reçurent, dans la salle d'attente, un dépliant les invitant à participer à une entrevue individuelle sur leur satisfaction à l'égard des services de santé. Les intervieweurs étaient des professionnels de la santé et des services sociaux (N = 19) qui avaient reçu une journée de formation sur l'administration du questionnaire ESA informatisé.

L'entrevue durait environ 90 minutes et débutait par le rappel des objectifs de l'étude et par l'obtention du consentement écrit du participant. Pour éviter les biais associés à la présence d'un tiers (p. ex. membre de la famille ou ami-e) et les effets de la désirabilité sociale, les entrevues étaient effectuées autant que possible dans un endroit isolé du domicile. Une compensation de 15 \$ CDN était offerte aux répondants pour assurer un nombre suffisant de participants. Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Participants

Au total, 1811 patients ont accepté de participer à l'entrevue. Étant donné que les problèmes de mémoire affectent la précision des informations données, les patients avec des problèmes cognitifs modérés ou sévères, tels qu'évalués au moyen du *Mini-Mental State Examination* (score ≤ 22), étaient exclus ($n = 46$) après avoir complété ce questionnaire et furent remerciés pour leur participation. Les patients sans problème cognitif ($n = 1765$) étaient invités à répondre au reste du questionnaire ESA-services, concernant leur état physique, cognitif et mental ainsi que leur expérience de soins lors de l'utilisation des services de santé. Dans le cadre de la présente étude, seuls les participants ayant répondu aux questions se rapportant à l'un des 14 ÉT cités ont été conservés pour les analyses (N = 1741). Ainsi, les répondants ont d'abord indiqué à quels événements ils avaient été confrontés, puis, en se référant à l'évènement le plus important, ils ont complété l'IES-R.

Tel que présenté au Tableau 1, 63,1 % ($n = 1099$) des participants interrogés ont déjà vécu au moins un ÉT. Ce groupe constitue l'échantillon sur lequel porteront les diverses analyses. Il est constitué de 466 hommes (42,4 %) et de 633 femmes (57,6 %). L'âge varie entre 65 et 96 ans

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

($M = 72,7$). La majorité des répondants ayant vécu un ÉT vit en couple (59,5 %) et a complété un niveau d'études secondaires (12 ans ou plus de scolarité; 77,4 %), tandis que la moitié (50,9 %) possède un revenu inférieur à 35 000 \$ CDN. Finalement, il faut noter que 5,8 % sont nés à l'extérieur du Canada et que 94,6 % présentent au moins une maladie chronique (p. ex. arthrite), ce qui n'est pas surprenant puisque les aînés ont été recrutés dans des cliniques médicales.

Les données de cette enquête ont été pondérées pour s'assurer que la proportion réelle de patients âgés dans chacun des types d'organisations de services médicaux primaires se reflétait bien dans les analyses.

Analyses statistiques

Afin de répondre à l'objectif de recherche qui était de déterminer les propriétés psychométriques de l'IES-R avec une clientèle de personnes âgées, deux procédures ont été effectuées : l'analyse factorielle exploratoire (AFE) et l'analyse factorielle confirmatoire (AFC). La procédure courante avec ces types d'analyses exige que l'échantillon soit réparti aléatoirement en deux groupes (Izquierdo, Olea, & Abad, 2014). Une AFE, utilisant l'estimation des moindres carrés (ULS) avec une méthode d'extraction PROMAX basée sur la matrice de corrélations polychoriques, a donc été réalisée avec le logiciel *Factor 9.2* avec le premier groupe échantillonné (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006; Osborne, 2015). Puis, une analyse parallèle a été menée afin de déterminer le nombre de facteurs (Cota, Longman, Holden, Fekken, & Xinaris, 1993; Hayton, Allen, & Scarpello, 2004). Dans un souci d'obtenir des résultats les plus fidèles possible (Crawford, Garthwaite, & Slick, 2009), la valeur que l'on retrouve exclusivement sur le 95^e percentile (Cota et al., 1993; Glörfeld, 1995; Hayton et al., 2004) est la méthode qui a été retenue. Plus précisément, le nombre de facteurs retenus correspond au nombre de facteurs qui ont obtenu une variance expliquée plus grande que les estimations obtenues par les données aléatoires (Buja & Eyuboglu, 1992).

Pour connaître la stabilité du modèle proposé, l'AFC utilisant la méthode d'estimation de la valeur moyenne quadratique pondérée (*Weighted Root Mean Square* - WLSMV), basée sur la matrice de corrélations polychoriques, a été exécutée avec le deuxième groupe en utilisant le logiciel *Mplus* version 7.11 (Kline, 2011; Muthén & Muthén, 2013). L'efficacité du modèle a été testée selon les indices recommandés par Muthén et Muthén (2013) : le *Weighted Root-Mean Square* ($WLSMV\chi^2/df$) doit être < 3 ; le *Comparative Fit Index* (CFI) et le *Tucker Lewis Index* (TLI) doivent être $> 0,95$; le *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) doit être $< 0,06$. Finalement, l'alpha de Cronbach a été calculé pour connaître la fidélité de l'échelle avec cette population. L'indice de fidélité selon Tabachnick et Fidell (2013) doit être $> 0,70$.

Résultats

Structure factorielle de la version francophone de l'IES-R

Avant d'effectuer l'AFE, il a été nécessaire de procéder à l'évaluation des indicateurs d'adéquation de la matrice de corrélations, soit l'indice de la mesure d'adéquation d'échantillon de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et la statistique de sphéricité de Bartlett. Les résultats confirment la pertinence de faire une AFE puisque le KMO est de 0,95 et que le test de sphéricité de Bartlett est de $\chi^2_{B(231)} = 11\,277,0$; $p < 0,01$.

L'analyse exploratoire révèle la présence d'un facteur dominant avec la première valeur propre de 12,23, la seconde de 1,78 et la troisième de 1,17. La solution factorielle qui en résulte indique que plusieurs items obtiennent une saturation (*factor loading*) sur plus d'une composante en plus de rapporter des corrélations élevées entre les facteurs (0,71 à 0,80). Considérant que la méthode Kaiser (valeur propre > 1) tend à surestimer le nombre de facteurs à retenir (Ruscio & Roche, 2012), il a été décidé de soumettre les données à une analyse parallèle en utilisant la méthode d'extraction

PROMAX. Les résultats appuient les indications d'une solution à un facteur, les pourcentages de variance expliquée étant de 56,2 %, 8,2 % et 5,2 % respectivement pour les trois premiers facteurs obtenus à partir des données réelles; et de 11,6 %, 9,3 % et 8,5 % respectivement pour les matrices de corrélations estimées aléatoirement (95^e percentile). Ainsi, l'analyse parallèle révèle l'adéquation d'un modèle à un facteur, considérant que seulement le premier facteur présente un pourcentage de variance expliquée plus élevé (données réelles) que le pourcentage de variance expliquée à partir des matrices simulées (95^e percentile). Le modèle factoriel est présenté au Tableau 2.

Ensuite, une AFC, utilisant le second groupe sélectionné aléatoirement dans l'échantillon, a été accomplie pour tester la stabilité du modèle à un facteur. Les résultats fournissent de bons indices : $WLSMV\chi^2 = 451,68$; $df = 209$; $WLSMV\chi^2/df = 2,16$; $CFI = 0,99$; $TLI = 0,99$ et $RMSEA = 0,03$ (C.I. 90 % = 0,03 - 0,04). Le résumé du modèle est présenté à la Figure 1. Les items présentent de bonnes saturations factorielles (0,757 à 0,968). L'alpha de Cronbach de 0,94 est très satisfaisant et fournit les premières données sur la cohérence interne de l'outil lorsqu'il est utilisé auprès d'une population d'ainés afin de mesurer les symptômes associés à des ÉT.

Évènements traumatisants chez les aînés

L'Enquête ESA-services a permis d'obtenir de l'information sur 14 ÉT potentiellement vécus par les aînés au cours de leur vie et comparables à ceux évoqués dans le DSM-IV (APA, 1994). Le Tableau 3 présente le nombre d'ÉT vécus par les répondants. On constate que 36,9 % disent n'avoir vécu aucun ÉT. De plus, parmi les répondants masculins, 62,8 % ont déjà vécu un ÉT au cours de leur vie, comparativement à 63,3 % chez les répondantes, sans qu'il n'y ait de différence significative entre les genres. Il est important de mentionner que chez les participants qui sont nés à l'extérieur du Canada ($n = 76$), 73,7 % ont vécu plus de deux ÉT au cours de leur vie; des évènements qui sont majoritairement relatifs à la guerre (p. ex. massacre, réfugié).

Les types d'ÉT vécus par les aînés et leur fréquence sont présentés au Tableau 4. L'évènement qui apparaît le plus fréquemment concerne un proche, que ce dernier ait été atteint d'une maladie grave ou d'une blessure potentiellement mortelle (59,1 %) alors que l'exposition personnelle à ce type d'évènements était moins fréquente (28,1 %). On remarque également que 20,7 % de l'échantillon ont déjà été battus ou témoins de violence physique durant l'enfance, 13,5 % ont vécu une catastrophe naturelle ou un incendie, et 6,8 % ont été confrontés à la guerre.

Parmi les personnes qui ont vécu au moins un ÉT, les femmes (20,1 %) sont significativement plus souvent victimes ou témoins d'agression sexuelle que les hommes (9,7 %), et sont plus à risque de violence, d'abus ou de négligence de la part de leur conjoint ou d'une personne proche (20,2 %) comparativement aux hommes (5,2 %). Les hommes, quant à eux, ont été significativement plus fréquemment confrontés à des évènements tels que des accidents (38,6 %), des vols à main armée (17,2 %), l'exposition à des produits chimiques (12,2 %) et à des atrocités ou des massacres (9,2 %) comparativement aux femmes.

Dans un autre ordre d'idée, il aurait été intéressant d'établir les scores obtenus par les personnes âgées sur les sous-échelles de l'IES-R et de comparer ces scores à ceux obtenus par une population d'adultes qui aurait aussi complété la version francophone de l'échelle. Toutefois dans un souci d'harmonisation des questions de l'enquête, les responsables de l'étude ESA-services ont transformé l'échelle de cotation à 5 niveaux et l'ont remplacée par une échelle à 4 niveaux et ont demandé aux participants d'indiquer s'ils avaient vécu les symptômes au cours des six derniers mois plutôt qu'au cours des sept derniers jours. Conséquemment, des comparaisons entre ces deux types d'échantillons seraient inappropriées.

Discussion

Cette étude visait d'abord à explorer la structure factorielle de la version francophone de l'IES-R avec une population de personnes âgées, puis à décrire le type et la fréquence des ÉT vécus par les aînés consultant un centre de soins de santé primaires dans une région du Québec. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur ces deux aspects de la problématique. Cette recherche présente donc des résultats préliminaires sur les traumatismes et la mesure des symptômes associés à l'évènement le plus important.

La structure factorielle de l'IES-R avec une population d'aînés

Les résultats de l'AFE, avec une population d'aînés, suggèrent une solution à un facteur, expliquant 56 % de la variance, ce qui va à l'encontre du modèle théorique établi par Weiss et Marmar (1997) qui comportait trois facteurs. Toutefois, ils s'avèrent conformes aux résultats de Weiss et Marmar et de Creamer et al. (2003), qui ont obtenu respectivement 49 % et 56 % de la variance expliquée avec un modèle à un facteur. Tel qu'évoqué par Heeb et al. (2011), une solution à un facteur, provenant d'un échantillon où les participants ont vécu des ÉT variés, pourrait refléter une certaine détresse générale plutôt que des symptômes de l'ÉSPT. Ce qui suggère que, chez les aînés, l'IES-R serait simplement un outil de mesure de la détresse reliée à un ÉT. Il faut noter que les études psychométriques qui rapportaient des structures factorielles différentes (Brunet et al., 2003; Gargurevich et al., 2009; Mystakidou et al., 2007) comportaient rarement des personnes âgées et se penchaient sur un ÉT particulier (p. ex. catastrophe naturelle). Dans le cas présent, les participants avaient contacté un établissement de soins de santé primaires pour des problèmes de santé. Cette condition pouvait les amener à se sentir vulnérables et fragiles au moment de l'étude et donc à exprimer davantage de détresse. De plus, comme il s'agit d'une étude rétrospective, les personnes âgées pourraient avoir une représentation distincte des ÉT qu'elles ont vécus en partie parce qu'à cette étape de leur vie, elles ont plutôt une perspective d'ensemble de leur histoire et ne restreignent pas le bilan de leur vie uniquement à l'ÉT (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1989). D'ailleurs, la version employée dans l'Enquête ESA-services faisait référence aux ÉT au cours de la vie.

Une autre hypothèse, qui pourrait expliquer les différences constatées entre les études sur la structure factorielle de l'IES-R, est que la plupart des chercheurs ont utilisé l'APC. Toutefois, cette procédure ne tient pas compte de l'erreur de mesure (Izquierdo et al., 2014). Cette méthode donne des saturations exagérées qui biaisent l'interprétation des résultats; en effet, étant plus indulgente, cette procédure fournit des résultats moins représentatifs de la réalité factorielle. Conséquemment, les résultats des études sur la structure de l'IES-R qui sont basés sur l'APC (p. ex. Brunet et al., 2003; Mystakidou et al., 2007) doivent être interprétés avec précaution.

En résumé, cette étude fournit les premières démonstrations de la structure interne de la version francophone de l'IES-R avec une population de personnes âgées de 65 ans et plus. Les résultats suggèrent une bonne stabilité de la structure interne puisque les résultats obtenus de l'AFE avec le deuxième échantillon appuient les résultats obtenus avec l'AFE. De plus, l'indice de fidélité (Tabachnick & Fidell, 2013) révèle que l'IES-R présente une bonne consistance interne avec une population d'aînés ($\alpha = 0,94$). Toutefois, il est possible que cet alpha soit surestimé du fait que les symptômes vécus par les aînés pourraient aussi être associés à des maladies, à de la douleur ou à la prise de médicaments (p. ex. problèmes de sommeil). Finalement, comme l'IES-R n'est pas un outil diagnostique de l'ÉSPT (Weiss & Marmar, 1997), il serait plus pertinent d'utiliser cette échelle à des fins de dépistage.

Types et fréquences d'évènements traumatisants chez les aînés

Les résultats de l'enquête indiquent que la prévalence chez les aînés d'avoir vécu au moins un ÉT est de l'ordre de 63,1 %. De plus, on ne doit pas s'étonner de constater que plusieurs aînés ont vécu plus d'un ÉT au cours de leur vie puisqu'en raison de leur âge, ils ont eu plus d'occasions d'être exposés à ce genre de situation. Le cumul d'ÉT aurait d'ailleurs un impact particulièrement néfaste sur la santé physique et mentale (Shevlin, Houston, Dorahy, & Adamson, 2008) et sur la satisfaction envers la vie (Krause, 2004). Ainsi, les personnes âgées risquent d'avoir des profils et un cumul d'ÉT différents des adultes et des jeunes.

Globalement, les résultats indiquent aussi que les femmes semblent plus exposées ou témoins d'ÉT associés à une agression physique ou sexuelle comparativement aux hommes. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans ce groupe d'âge, ce qui est représentatif de la population générale (Municipalité amie des aînés, 2011), mais aussi par le fait que les types de métiers qu'elles occupent (p. ex. infirmière) les amènent à jouer plus fréquemment le rôle d'aidantes (Maher, 2009), et se retrouvent ainsi plus à risque de vivre de tels évènements. Dans un même ordre d'idée, il n'est donc pas surprenant de retrouver une plus grande fréquence d'évènements reliés à la guerre, à des accidents (p. ex. au travail) ou à l'exposition à des produits chimiques chez les hommes puisque pour eux aussi, leur contexte de travail (p. ex. militaire) les a davantage exposés à ce genre de situations.

Forces et limites

Il faut noter que les personnes présentant un problème cognitif modéré ou sévère ont été exclues de l'étude, car les problèmes de mémoire affectent parfois le rappel d'informations liées à un évènement lointain et auraient pu altérer la manière de répondre aux questionnaires de l'enquête. De plus, certains chercheurs (Moore, 2009; Solomon & Ginzburg, 1998; Yaffe et al., 2010) rapportent qu'il y a une superposition possible des conséquences du vieillissement et de l'ÉSPT, particulièrement au plan cognitif, et que cela peut conduire à un vieillissement accéléré sur certains aspects. Pour Yaffe et al. (2010), le fait qu'un aîné ait des problèmes de mémoire pourrait être une indication qu'il présente un stress post-traumatique. Conséquemment, il est possible que les résultats de l'Enquête ESA-services présentent une sous-estimation de la prévalence des ÉT chez les personnes âgées à cause de la stratégie de recrutement qui peut avoir entraîné un biais de sélection, ou à cause de la désirabilité sociale qui peut aussi avoir influencé le partage d'informations lors de la déclaration d'ÉT vécus par les personnes âgées (p. ex. agression). Une solution envisageable pour contrer cette désirabilité sociale serait d'utiliser une méthode de cueillette de données à l'aveugle, c'est-à-dire que le participant doit répondre aux questions relatives aux types d'ÉT lui-même sur l'ordinateur sans que l'interviewer soit en mesure de voir ses réponses.

Dans la présente étude, l'administration de l'IES-R s'est effectuée de manière non standard. En effet, dans un souci d'harmonisation de l'ensemble des questionnaires de l'Enquête ESA-services, les chercheurs ont choisi d'établir la cotation sur une échelle de type Likert à 4 niveaux alors que l'IES-R originale utilise une échelle à 5 niveaux. De plus, ils ont demandé aux participants de rapporter le niveau de détresse associée aux difficultés vécues au cours des six derniers mois alors que l'IES-R originale spécifiait au cours des sept derniers jours. Comme stipulé par Weiss (2004), lorsque les critères d'administration standards de l'IES-R sont enfreints, il est important d'en tenir compte lors de l'interprétation et de la comparaison des résultats. Une autre limite à considérer est que la présente enquête n'a pas interrogé les participants sur l'ÉT auquel ils pensaient lorsqu'ils répondaient au IES-R (bien que ce soit l'ÉT le plus important pour eux) ni sur le moment auquel l'ÉT s'est produit dans leur vie alors que l'IES-R exige ces précisions. Comme les symptômes associés à l'ÉSPT peuvent varier considérablement en fonction de l'évènement et du temps écoulé depuis l'évènement (Weiss, 2004), il aurait été important de contrôler la période de temps entre le moment de l'entrevue et l'ÉT puisqu'un

évènement plus récent aura probablement plus de répercussions sur la présence de symptômes. Aussi, les participants proviennent d'une région spécifique du Québec, soit la Montérégie, où se sont produits des ÉT particuliers (p. ex. tempête de verglas, déversement de la rivière Richelieu) et conséquemment, les résultats doivent être interprétés avec prudence, car des aînés d'une autre région pourraient potentiellement avoir des expériences différentes (p. ex. inondations dans la région du Saguenay) ou avoir vécu beaucoup moins d'ÉT. Malgré ces limitations, cette étude est intéressante parce qu'elle a été réalisée auprès d'un large échantillon d'aînés vivant à domicile, provenant de la population générale et qu'elle examine des ÉT variés.

Recherches futures

Depuis la sortie du DSM-5 et de la révision des critères diagnostiques de l'ÉSPT, l'IES-R n'a pas été modifié. La faible compatibilité de l'IES-R avec les nouveaux critères diagnostiques font de cet instrument un outil de dépistage et de mesure de la détresse associée aux ÉT vécus par les aînés plutôt qu'un outil pour le diagnostic de l'ÉSPT. Or, il apparaît pertinent que les recherches futures procèdent à une validation de contenu de l'échelle en plus d'explorer sa validité convergente et divergente. Aussi, il serait intéressant de procéder à des analyses factorielles distinctes pour les hommes et les femmes. De nouveaux items devraient être créés pour mesurer les symptômes associés à l'altération négative des cognitions et des affects ainsi que la dissociation. Finalement, il est recommandé que les futures recherches s'intéressent davantage aux aînés puisqu'ils constituent une proportion de plus en plus grande de la population et qu'ils connaissent des changements physiologiques et développementaux spécifiques à leur âge qui peuvent influencer l'expression des symptômes associés aux ÉT. D'ailleurs, il serait intéressant, dans les recherches subséquentes, de comparer les scores obtenus avec l'IES-R par une population d'aînés et une population d'adultes, en tenant compte du genre et en prenant soin de conserver les standards de passation établis par Weiss et Marmar (1997) afin de mieux comprendre la problématique de l'ÉSPT chez les personnes âgées.

Références

- Acierno, R., Lawyer, S. R., Rheingold, A., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (2007). Current psychopathology in previously assaulted older adults. *Journal of Interpersonal Violence, 22*, 250-258.
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.). Washington, D.C.: Authors.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., ... Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 190*, 175-182.
- Baguena, M., Villarroya, E., Belena, A., Amelia, D., Roldan, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicometricas de la version Espanola de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R) [Psychometric properties of the Spanish version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R)]. *Analisis y Modificacion de Conducta, 27*, 581-604.
- Baumert, J., Simon, H., Gündel, H., Schmitt, C., & Ladwig, K.-H. (2004). The Impact of Event Scale-Revised: Evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of a life-threatening cardiac event. *Journal of Affective Disorders, 82*, 29-41.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 187-198.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives General Psychiatry, 48*(3), 216-222.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 56-61.
- Buja, A., & Eyuboglu, N. (1992). Remarks on parallel analysis. *Multivariate Behavioral Research, 27*(4), 509-540.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 67*(5), 489-496.
- Charles, E., Garand, L., Ducrocq, F., & Clément, J. P. (2005). Post-traumatic stress disorder in the elderly. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement, 3*(4), 291-300.
- Cook, J. M., & Niederehe, G. (2007). Trauma in older adults. Dans M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Éds), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 252-276). New York, NY: The Guilford Press.
- Cota, A. A., Longman, R. S., Holden, R. R., Fekken, G. C., & Xinaris, S. (1993). Interpolating 95th percentile eigenvalues from random data: An empirical example. *Educational & Psychological Measurement, 53*, 585-596.
- Crawford, J. R., Garthwaite, P. H., & Slick, D. J. (2009). On percentile norms in neuropsychology: Proposed reporting standards and methods for quantifying the uncertainty over the percentile ranks of test scores. *The Clinical Neuropsychologist, 27*, 1173-1195.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1489-1496.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine, 31*(7), 1237-1247.
- De Vries, G.-J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 259-267.
- Eid, J., Larsson, G., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., Bartone, P. T., & Carlstedt, B. (2009). Psychometric properties of the Norwegian Impact of Event Scale-Revised in a non-clinical sample. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(5), 426-432.
- Erikson, J. M., Erikson, E., & Kivnick, H. (1989). *Vital involvement in old age*. New York, NY: Norton.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*(3), 272-299.
- Gargurevich, R., Luyten, P., Fils, J.-F., & Corveleyn, J. (2009). Factor structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different Peruvian samples. *Depression & Anxiety, 26*, E91-E98.
- Glörfeld, L. W. (1995). An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and Psychological Measurement, 55*, 377-393.
- Hayton, C. J., Allen, D. J., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods, 7*(2), 191-205.
- Heeb, J.-L., Gutjahr, E., Gulfi, A., & Castelli Dransart, D. A. (2011). Psychometric properties of French version of the Impact of Event Scale-Revised in mental health and social professionals after a patient suicide. *Swiss Journal of Psychology, 70*(2), 105-111.

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F. J. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 26(3), 395-400.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3^e éd.). New York, NY: The Guilford Press.
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The Gerontologist*, 44, 615-623.
- Lapp, L. K., Agbokou, C., & Ferreri, F. (2011). PTSD in the elderly: The interaction between trauma and aging. *International Psychogeriatrics*, 23, 858-868.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38(1), 88-91.
- Maher, J. M. (2009). Accumulating care: Mothers beyond the conflicting temporalities of caring and work. *Time & Society*, 18(2-3), 231-245.
- Moore, S. A. (2009). Cognitive abnormalities in posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 19-24.
- Municipalité amie des aînés. (sept. 2011). *Portrait de la population de 65 ans et plus – Agglomération de Montréal*. Ville de Montréal.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2013). *Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide* (Version 7.11). Muthén and Muthén.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, 454-461.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science*, 1(4), 426-434.
- Osborne, J. W. (2015). What is rotating in exploratory factor analysis? *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 20(2). Consulté en ligne le 4 juin 2015 à <http://pareonline.net/getvn.asp?v=20&n=2>
- Prévillé, M., Lamoureux-Lamarche, C., Vasiliadis, H.-V., Grenier, S., Potvin, O., Quesnel, L. ... Berbiche, D. (2014). The 6-month prevalence of posttraumatic stress syndrome (PTSS) among older adults: Validity and reliability of the PTSS Scale. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 548-555.
- Ruscio, J., & Roche, B. (2012). Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychological Assessment*, 24(2), 282-292.
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the National comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193-199.
- Solomon, Z., & Ginzburg, K. (1998). War trauma and the aged: An Israeli perspective. Dans J. Lomranz (Éd.), *Handbook of aging and mental health* (pp. 135-152). New York, NY: Plenum Press.
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 693-700.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6^e éd.) Northridge, CA: Pearson.
- Thorp, S. R., Sones, H. M., & Cook, J. M. (2011). Prolonged exposure therapy for older combat veterans in the VA Healthcare System. Dans K. H. Sorocco & S. Lauderdale (Éds), *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings* (pp. 421-442). New York, NY: Springer Publishing Company.
- van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181.
- Wagner, S. L., & Waters, C. (2014). An initial investigation of the factor-analytic structure of the Impact of Event Scale-Revised with a volunteer firefighter sample. *Journal of Loss and Trauma*, 19, 568-583.
- Weiss, D. S. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. Dans J. P. Wilson & T. M. Keane (Éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2^e éd., pp. 168-189). New York, NY: The Guilford Press.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. Dans J. P. Wilson & T. M. Keane (Éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (1^{re} éd., pp. 399-411). New York, NY: The Guilford Press.
- Wu, K. K., & Chan, K. S. (2003). The development of the Chinese version of the Impact of Event Scale-Revised (CIES-R). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 3, 94-98.
- Yaffe, K., Vittinghoff, E., Lindquist, K., Barnes, D., Covinsky, K. E., Neylan, T., ... Marmar, C. (2010). Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Archives of General Psychiatry*, 67, 608-613.

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

Tableau 1 : *Données sociodémographiques des répondants ayant vécu au moins un événement traumatisant (n = 1099)*

Variables	<i>n</i>	%
Hommes	466	42,4
Femmes	633	57,6
En couple	654	59,5
Sans partenaire	442	40,2
Revenu annuel < 35,000 \$	559	50,9
Revenu annuel ≥ 35,000 \$	540	49,1
Scolarité de niveau primaire	239	21,7
Scolarité de niveau secondaire	482	43,9
Scolarité de niveau postsecondaire	368	33,5
Nés au Canada	1035	94,2
Nés à l'extérieur du Canada	64	5,8
Aucune maladie chronique	59	5,4
Au moins une maladie chronique	1040	94,6

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

Tableau 2 : *Modèle factoriel de l'IES-R à un facteur avec une population d'ainés*

Items	Coefficients de saturation
1	0,812
2	0,612
3	0,756
4	0,680
5	0,760
6	0,859
7	0,346
8	0,833
9	0,701
10	0,738
11	0,815
12	0,710
13	0,755
14	0,805
15	0,710
16	0,853
17	0,799
18	0,665
19	0,712
20	0,619
21	0,714
22	0,687

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

Tableau 3 : *Nombre d'évènements traumatisants (ÉT) vécus au cours de la vie*

	Hommes		Femmes		Total (N = 1741*)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aucun	276	37,2	366	36,6	642	36,9
Un	177	23,9	231	23,1	408	23,4
Deux	120	16,2	191	19,1	311	17,9
Trois	82	11,1	102	10,2	184	10,6
Quatre	50	6,7	53	5,3	103	5,9
Cinq	17	2,3	35	3,5	52	3,0
Six ou plus	20	2,6	21	2,1	41	2,5

* Données pondérées

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

Tableau 4 : Liste des 14 événements traumatisants (ÉT) présentés dans l'enquête

	N = 1741		N = 1099 ¹		
	Hommes et Femmes		Hommes <i>n</i> = 466	Femmes <i>n</i> = 633	
Types d'événements traumatisants (ÉT)	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1- Avez-vous déjà été dans un lieu où il y avait une guerre, une révolution, un coup militaire ou une invasion militaire?	4,2	39	8,4	36	5,7
2- Avez-vous déjà vu des atrocités ou des massacres comme des corps mutilés ou des tueries collectives?	3,2	43	9,2***	13	2,1
3- Avez-vous déjà été un(e) réfugié(e), c'est-à-dire vous êtes-vous déjà enfui(e) de votre pays pour fuir un danger ou une persécution?	0,5	2	0,4	6	0,9
4- Une personne très proche de vous ou vous-même, avez-vous déjà été kidnappé(e) ou gardé(e) en captivité?	1,9	17	3,6	17	2,7
5- Avez-vous déjà été exposé(e) à un produit chimique toxique ou à une substance qui aurait pu vous causer une blessure grave?	4,0	57	12,2***	13	2,1
6- Une personne très proche de vous ou vous-même, avez-vous déjà été impliqué(e) dans un accident de voiture, ou un autre type d'accident (ex : au travail) potentiellement mortel?	20,0	180	38,6***	173	27,3
7- Une personne très proche de vous ou vous-même, avez-vous déjà été pris(e) dans une catastrophe naturelle comme une inondation, un ouragan ou un tremblement de terre ou dans un incendie ou l'explosion d'une bombe?	8,4	67	14,4	81	12,8

¹ Participants qui ont vécu au moins un ÉT.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

Tableau 4 : Liste des 14 événements traumatisants (ÉT) présentés dans l'enquête (suite)

Types d'événements traumatisants (ÉT)	N = 1741		N = 1099 ¹		
	Hommes et Femmes		Hommes <i>n</i> = 466		Femmes <i>n</i> = 633
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
8- Avez-vous déjà eu une maladie ou une blessure potentiellement mortelle?	17,5	143	30,7	166	26,2
9- Une personne très proche de vous a-t-elle déjà eu une maladie ou une blessure potentiellement mortelle?	36,8	262	56,2	388	61,3
10- Dans votre enfance, avez-vous déjà été battu(e) par vos parents ou vos gardiens ou témoin de violence physique?	12,9	87	18,7	140	22,1
11- Avez-vous déjà été victime d'un vol à main armée ou menacé(e) avec une arme?	8,3	80	17,2**	67	10,6
12- Une personne très proche de vous ou vous-même, avez-vous déjà été victime d'agression sexuelle?	9,7	45	9,7	127	20,1***
13- Quelqu'un vous a-t-il déjà pourchassé(e), c'est-à-dire vous suivre ou surveiller vos activités de telle manière que vous vous sentiez sérieusement en danger?	7,3	41	8,8	87	13,7*
14- Avez-vous déjà été victime de violence, d'abus ou de négligence de la part de votre conjoint(e), d'un de vos enfants ou d'une personne de votre entourage?	8,6	24	5,2	128	20,2***

¹ Participants qui ont vécu au moins un ÉT.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Structure factorielle de l'IES-R avec une population de personnes âgées

Figure 1 : Modèle structural de l'ÉSPT chez les aînés.

