
Le stress post-traumatique dans la population de policiers : Le traumatisme secondaire

Auteur : Bilas, Justine

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13363>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



**LE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LA POPULATION DE
POLICIERS : LE TRAUMATISME SECONDAIRE**
ETUDE COMPARATIVE DES HOMMES ET DES FEMMES

Auteur : Bilas, Justine

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

Superviseur(s) : Di Piazza, Laeticia

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2020-2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier ainsi que son assistante, Madame Laetitia Di piazza pour les conseils ainsi que le soutien apportés lors de la réalisation de ce mémoire. Ceux-ci furent utiles, voire indispensables.

Je souhaite également remercier Madame Aurélie Wagener ainsi que Madame Cécile Kowal pour avoir accepté d'être nos lecteurs.

A tous les policiers qui nous ont accordé du temps afin de répondre à mon questionnaire sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Je tiens également à remercier ma famille pour leur soutien et l'intérêt porté à mon projet.

A tous mes proches qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de celui-ci.

A Eva, Marlène, Benjamin et mon papa qui nous ont accordé du temps afin de le relire et de corriger les éventuelles fautes orthographiques.

Enfin, je tenais également à remercier Julie pour son soutien lors des difficultés que nous avons rencontrées.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	11
PARTIE THEORIQUE – REVUE DE LA LITTERATURE.....	15
1. Approche historique des traumatismes.....	15
2. La notion de stress.....	17
3. Le stress post-traumatique.....	21
4. Le stress au sein d’une population de policiers.....	23
5. Le traumatisme psychique.....	25
6. Les différents types de traumatismes.....	26
6.1. Classification.....	26
6.2. Les traumatismes directs et indirects.....	27
7. Le traumatisme vicariant.....	28
7.1. Le modèle de la transmission du traumatisme de Figley.....	30
7.2. Le modèle de fatigue de compassion de Figley.....	32
8. Epidémiologie.....	33
9. Diagnostic, symptômes et caractéristiques du stress post- traumatique.....	34
9.1. Diagnostic.....	34
9.2. Diagnostic de l’état de stress aigu.....	36
9.3. Diagnostic du trouble de l’adaptation.....	36
9.4. Symptômes du stress post-traumatique.....	36

9.5. Traitement du stress post-traumatique.....	37
10. Modèles du stress post-traumatique.....	39
10.1. Le modèle des deux facteurs de Mowrer (1960).....	39
10.2 Le modèle de traitement émotionnel de l'information de Foa et al. (1989) et de Foa et Kozak (1986).....	39
10.3. Le modèle biopsychosocial de Jones et Barlow (1990 ; 1992).....	40
10.4. Le modèle des conceptions ébranlées de Janoff-Bulman (1985)....	41
11. Facteurs de risque et facteurs de protection du développement traumatique.....	42
11.1. Facteurs de risque.....	43
11.2. Facteurs de protection.....	43
12. La résilience.....	44
12.1. La résilience au sein de la police : facteurs de risque et facteurs de protection.....	45
12.1.1. Les stratégies de coping.....	46
12.1.2. L'accompagnement social en milieu de travail.....	47
12.2. Modèles de la résilience chez les professionnels des services de protection.....	47
12.2.1. The salutogenic model.....	47
12.2.2. The model of organisational health (Hart et cooper, 2021).....	48
12.2.3. Le modèle actuel.....	48
13. L'alexithymie.....	51

13.1. L'alexithymie et le traumatisme.....	52
13.2. L'alexithymie chez le policier.....	53
PARTIE PRATIQUE.....	55
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	55
HYPOTHESES.....	57
METHODOLOGIE.....	58
1. Recrutement.....	58
2. Population.....	59
3. Outils d'analyse : les questionnaires.....	59
3.1. Questionnaire socio-démographique.....	59
3.2. L'échelle de stress traumatique secondaire – STSS (Bride et al. 2004).....	59
3.3. La Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor et Davidson, 2003).....	61
3.4. La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).....	62
RESULTATS.....	64
4. Présentation des résultats.....	64
4.1. Fréquence des résultats obtenus à la STSS et à la TAS-20.....	64
4.2. STSS et âge du policier.....	65
4.3. STSS et statut civil du policier.....	65
4.4. STSS et nombre d'enfants.....	66
4.5. Hypothèse 1.....	67

4.5.1. Traumatisme et résilience.....	67
4.5.2 STSS et persistance.....	68
4.5.3. STSS et contrôle émotionnel.....	68
4.5.4. STSS et rebondir.....	68
4.5.5. STSS et contrôle/sens.....	68
4.5.6. STSS et spiritualité.....	69
4.5.7. Traumatisme, résilience et différence au niveau du genre.....	69
4.5.8. Conclusion.....	71
4.6. Hypothèse 2.....	72
4.6.1. Traumatisme et alexithymie.....	72
4.6.2. STSS et identifier.....	73
4.6.3. STSS et décrire.....	73
4.6.4. STSS et pensée.....	73
4.6.5. Traumatisme, alexithymie et différence au niveau du genre.....	74
4.6.6. Conclusion.....	76
4.7. Traumatisme secondaire, résilience et alexithymie.....	77
4.7.1. STSS et TAS-20.....	77
4.7.2. CD-RISC et TAS-20.....	78
4.7.3. STSS et CD-RISC.....	78
4.8. Résilience et alexithymie.....	78
5. INTERPRETATION ET DISCUSSION.....	80

5.1. Echantillon.....	80
5.2. STSS et statut civil du policier.....	80
5.4. Hypothèse 1.....	81
5.4.1. Résilience et traumatisme.....	81
5.4.2. Résilience, traumatisme et genre.....	82
5.4.3. Traumatisme et genre.....	82
5.4.4. Résilience et genre.....	83
5.5. Hypothèse 2.....	83
5.6. Résultats complémentaires.....	85
5.7. Limites de l'étude.....	86
6. CONCLUSION.....	88
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	90
8. ANNEXES.....	103

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1 :</u> Tableau de fréquence au niveau des résultats obtenus à la STSS.....	64
<u>Tableau 2 :</u> Tableau de fréquence au niveau des résultats obtenus à la TAS-20.....	64
<u>Tableau 3 :</u> Tableau de la régression multiple de la variable métrique "âge" avec la variable ‘score global à l’échelle de la STSS’.....	65
<u>Tableau 4 :</u> Tableau d'une Anova à 1 facteur des scores de la STSS en fonction du statut civil.....	65
<u>Tableau 5 :</u> Tableau d'une Anova à 1 facteur des scores de la STSS en fonction du nombre d'enfants.....	66
<u>Tableau 6 :</u> Tableau de la régression multiple des sous-dimensions de la variable CD-RISC avec la variable ‘score global à l’échelle de la STSS’.....	67
<u>Tableau 7 :</u> Tableau de la distribution normale au niveau du genre pour les échelles "CD-RISC" et "STSS".....	70
<u>Tableau 8 :</u> Tableau de test t pour variance homogène sur l'échelle "STSS" au niveau du genre.....	70
<u>Tableau 9 :</u> Tableau de test t pour variance homogène sur l'échelle "CD-RISC" au niveau du genre.....	71
<u>Tableau 10 :</u> Tableau de la régression multiple de la variable ‘score global à l’échelle de la STSS’ avec les variables ‘score à l’échelle des sous-dimension identifier, décrire et pensée’.....	72
<u>Tableau 11 :</u> Tableau de corrélation entre les scores à l'échelle STSS et les scores à l'échelle TAS-20 chez les hommes.....	74
<u>Tableau 12 :</u> Tableau de corrélation entre les scores à l'échelle STSS et les score à l'échelle TAS-20 chez les femmes.....	75
<u>Tableau 13 :</u> Tableau de corrélation entre les scores à l'échelle STSS, les scores à l'échelle TAS-20 et les scores de la CD-RISQ chez les policiers.....	77

Tableau 14 : Tableau de la régression multiple de la variable ‘score global à l’échelle de régression’ avec la variable ‘score global à l’échelle d’alexithymie’79

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Le modèle de Karasek (1982).....	18
<u>Figure 2</u> : Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984).....	20
<u>Figure 3</u> : Stress post-traumatique (Lebigot, 2006).....	21
<u>Figure 4</u> : Cadre conceptuel du processus de traumatisation (Serniclaes, 2000).....	28
<u>Figure 5</u> : Modèle de transmission du traumatisme de Figley (Blavier, 2018).....	30
<u>Figure 6</u> : Modèle de fatigue de compassion de Figley (Blavier, 2018).....	32
<u>Figure 7</u> : Modèle biopsychosocial de Jones et Barlow (1990).....	41
<u>Figure 8</u> : Modèle actuel des influences organisationnelles (Burke et Paton, 2006).....	49

INTRODUCTION

Le traumatisme désigne les troubles psychiques qui apparaissent suite à une exposition à des événements traumatiques. Il peut apparaître à tout moment de la vie et de nombreux symptômes peuvent en découler.

Catherine Pichené (2015) définit le psychotraumatisme comme “toutes conséquences psychologiques de la confrontation brutale d’un individu à une agression ou à une menace pour sa vie ou celle d’autres personnes présentes lors de l’agression”. La santé physique et psychique de la victime va être plus ou moins gravement impactée par ces conséquences psychotraumatiques. Ces problèmes peuvent se chroniciser et sont susceptibles de durer des années, voire toute une vie s’ils ne sont pas pris en charge (Salmona, 2009).

Le DSM-IV introduit le terme de traumatisme comme étant défini par “les événements stressants qui présentent des challenges extraordinaires de coping et d’adaptation” (American Psychiatric Association, 2000).

Selon Brewin et al. (2000), reconnaître la nature multidimensionnelle d’une personne subissant un traumatisme est nécessaire afin de comprendre la malléabilité du comportement en réponse à une expérience traumatique. Il est important de savoir que les traumatismes ne sont pas tous identiques au niveau de leurs effets sur l’ensemble des processus conscients et inconscients propres à chaque individu. De plus, leurs dimensions de stress sont très variables. En effet, il existe une multitude d’évènements stressants et ceux-ci diffèrent par la sévérité de leurs impacts.

Plusieurs études (Brillon, 2004 ; Breslau et al. 1998) ont démontré que dans la population générale, 90% des individus sont susceptibles de vivre au moins un événement traumatisant.

Le stress post-traumatique est à différencier du traumatisme psychique. Il se caractérise par un nombre varié de symptômes qui apparaissent lorsqu’une personne fait face à un événement traumatisant engendrant un grand stress. Selon American Psychiatric Association (2013), le stress post-traumatique est caractérisé par “des expositions directes et/ou indirectes à un événement traumatique qui résultent en une multitude de troubles fonctionnels, des symptômes liés au trauma, comme des recollections intrusives ou la ré-

expérience de l'évènement, l'évitement des stimuli liés au traumatisme, un éveil physiologique marqué, et des changements liés à l'humeur, qui perdurent pendant plus d'un mois suivant l'évènement''.

Brillon (2004) a démontré qu'une fourchette de 8% à 9,2% de la population générale va souffrir de stress post-traumatique au cours de sa vie. En ce qui concerne les femmes, le risque est presque doublé et varie de 13% à 18%.

Peu d'études ont cherché à mettre en évidence les problèmes de stress vécus au sein de la police après une expérience traumatique. Pourtant, c'est une population à risque au vu des nombreux évènements stressants auxquels les policiers doivent faire face durant leur carrière. De plus, il a été prouvé que le stress post-traumatique est une préoccupation primordiale pour la santé publique car il peut provoquer des problèmes de santé comme le risque vital cardiovasculaire et l'hypertension artérielle (Franke & al. 2002, cités par Balmer et al. 2014), de la dépression et de l'insomnie (LeBlanc et al., 2008, cités par Balmer et al. 2014), et une augmentation de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac (Kohan et O'Connor, 2002, cités par Balmer et al. 2014).

Le métier de policier fait partie des rares milieux dans lesquels les professionnels sont continuellement exposés à des évènements stressants durant toute leur carrière. Ces évènements stressants, potentiellement traumatiques pour cette population, sont susceptibles d'augmenter le risque de développer un stress post-traumatique. (Carlier et al. 1997).

En effet, selon Marmar et al. (2006), le taux de stress post-traumatique dans cette population de policiers a une prévalence allant de 7% à 19%. Cette exposition répétée au stress durant les prestations de travail engendre de nombreux comportements problématiques tels que l'anxiété, le manque de sommeil, des symptômes somatiques, de la dépression, une détérioration de la performance au travail et des comportements inadaptés pour leur santé. De plus, de véritables modifications de la personnalité peuvent être entraînées suite à un traumatisme vécu conduisant à un état de stress post-traumatique comme une attitude méfiante et hostile, un retrait social, des sentiments de vide et de perte d'espoir, un sentiment de menace et d'insécurité permanente mais aussi un détachement affectif. Les chiffres dans la littérature indiquent de nombreuses pathologies associées au syndrome de stress post-traumatique. Le risque de développer un trouble comorbide est de 39,1% pour l'épisode dépressif, 17,5% pour une dépression récurrente, 61,5% pour le trouble anxieux généralisé, 18,6% pour le trouble de panique, 15,9% pour la phobie sociale, 13,5% pour les troubles liés

à l'alcool, 11,4% pour la consommation de drogues et 30,9% pour le risque suicidaire (Ducrocq, 2009). Le risque de développer un stress post-traumatique chez les policiers montre l'importance de développer cette problématique en profondeur.

La résilience est la capacité à surmonter un stress traumatique. D'après Pooley et Cohen (2010), la résilience psychologique est définie comme 'l'habileté à faire face avec succès et à s'adapter quand on est confronté à l'adversité ou à des événements de vie stressants'. Nous pouvons ainsi qualifier les policiers de 'résilients' s'ils n'ont pas vécu de déficience ou développé de trouble psychologique après avoir été exposés à un événement stressant ou traumatique. On peut donc considérer que la résilience constitue un facteur de protection contre le développement d'un stress post-traumatique.

En ce qui concerne la différence de genre concernant la résilience, Olf & al. (2007) ont montré que les femmes sont plus enclines à percevoir des menaces et des pertes après avoir vécu un événement traumatisant par rapport aux hommes. Cette évaluation cognitive de la situation est propre aux femmes et risque d'engendrer de moins bonnes capacités de résilience par rapport à leurs collègues masculins au niveau de l'aptitude à surmonter un traumatisme. Nous nous pencherons sur la question lors de l'analyse des observations résultant des enquêtes administrées.

L'alexithymie, qui se caractérise par la difficulté à décrire, identifier et différencier ses propres émotions, semblerait au contraire être un facteur de risque face au développement d'un stress post-traumatique. En effet, les personnes moins enclines à décrire et exprimer leur ressenti émotionnel ne bénéficieraient pas du soutien de leur entourage et de leurs collègues, ce qui constituerait un facteur de risque étant donné que le soutien social est un facteur primordial afin de réduire les réactions de stress (Lumley et al. 1996).

Il a effectivement été prouvé que les relations sociales constituent un facteur de résilience (DuMont et al., 2007), alors qu'un manque de support social est un facteur fortement corrélé au risque de stress post-traumatique (Brewin et al., 2000).

A propos de la différence de genre, Jacupack et al. (2006) ainsi que Levant et al. (2003) (cités par Edwards, 2019), ont démontré des niveaux d'alexithymie plus élevés chez les hommes dans une population générale et ces résultats ont été confirmés au sein d'une population de policiers (Marmar et al. 2006). Nous nous intéresserons à ces niveaux élevés d'alexithymie en lien avec le développement du stress post-traumatique dans cette population.

Nous débuterons cette recherche par une revue de la littérature scientifique concernant le stress post-traumatique et nous aborderons les facteurs de risque et de protection, particulièrement l'alexithymie en ce qui concerne les facteurs de risque et la résilience pour les facteurs de protection. De plus, nous nous intéresserons à la possibilité d'un lien entre le vécu traumatique, la résilience et l'alexithymie au sein de cette population. Nous étudierons le sujet en comparant les hommes et les femmes, en se concentrant sur le milieu policier. Nous tenterons de répondre à la question de recherche suivante : "Des taux élevés d'alexithymie engendrent-ils plus de risque de développer un stress post-traumatique, particulièrement chez les femmes ?". Nous tenterons également de répondre à celle-ci : "Des niveaux élevés de stress post-traumatiques engendrent-ils de moins bonnes capacités de résilience, surtout chez les femmes ?" Enfin, nous prendrons en compte d'autres facteurs démographiques tels que le grade au sein de la police, l'âge du participant, le nombre d'enfants présents au sein de la famille, et le nombre d'années d'expérience.

Pour terminer, nous décrirons les échelles d'évaluation de la recherche menée, et nous présenterons les résultats obtenus. Ceux-ci mèneront à une discussion évoquant les possibilités de futures recherches complémentaires.

PARTIE THEORIQUE – REVUE DE LA LITTERATURE

1. Approche historique des traumatismes

La notion de traumatisme est utilisée de nombreuses fois et de façon très variée. Elle peut aussi bien être utilisée en psychologie qu'en psychiatrie, en psychopathologie, en psychanalyse, etc. Un historique succinct nous semblait donc intéressant.

Les premières modélisations du traumatisme virent le jour entre 1862 et 1844. Le but était d'établir un lien de causalité scientifiquement valide entre les troubles observés et un accident initial (Pignol, 2004). Ces premières recherches étaient liées à des accidents de chemin de fer. En effet, ces accidents provoquèrent chez les victimes des états psychologiques graves et variés et ceux-ci semblaient disproportionnés au vu du caractère bénin des dommages observés. Ce sont les médecins de l'époque, avec leurs connaissances propres, qui ont conceptualisé le terme de traumatisme. Ensuite, la neurologie s'y est intéressée et des modèles cliniques sont nés dans le but de proposer des théories explicatives (Pignol, 2004).

L'intérêt pour les traumatismes s'est prolongé tout au long du 20^e siècle. Les deux conflits mondiaux à cette époque ont constitué un regain d'intérêt pour les expérimentations mais également pour les études théoriques sur le traumatisme psychologique. La peur était omniprésente, les personnes étaient dévastées et les soldats étaient également effrayés et épuisés sur le plan psychologique et sur le plan physique (Pignol, 2004).

En 1988, Herman Oppenheim (neurologue allemand), se consacre à l'étude des névroses lorsque le modèle du traumatisme semble incapable de rendre compte des phénomènes émotionnels alors que son importance est de plus en plus observable. Sa thèse d'habilitation intitulée "Importance du choc dans les pathologies du système nerveux" s'est développée suite à cinq années d'observations de patients à la Charité. Celles-ci l'ont persuadé du caractère psychique de nombreux symptômes concomitant à des accidents corporels. Il a été le premier à utiliser le terme de "névrose traumatique" (Kédia et Alleaume, 2020).

Le psychiatre anglais Charles Samuel Myers n'est pas d'accord avec la théorie du neurologue allemand. Il a étudié le comportement des soldats allemands et a observé qu'ils pouvaient développer des traumatismes psychologiques même lorsqu'ils n'avaient pas été directement exposés aux tirs. Il développe le terme de "shell shock" pour expliquer le développement du traumatisme en le définissant par l'association de troubles psychiques et physiques développés par certains soldats de la Première Guerre Mondiale. Selon lui, les perturbations émotionnelles sont les seules causes de l'apparition des symptômes traumatiques (Kédia et Alleaume, 2020).

La théorie des névroses "traumatico-dissociative" est développée par Jean-Michel Charcot en 1887. Il émet l'hypothèse selon laquelle la dissociation de la conscience est provoquée par les symptômes hystériques qui sont dus à un choc traumatique (Pignol et Hirschelmann-Ambrosi, 2014).

Pierre Janet, philosophe, psychologue et médecin, reprend les théories de Charcot en 1889. "Il a été le premier psychologue à formuler une méthode thérapeutique systématique de la post-psychopathologie traumatique et à reconnaître la nécessité d'adapter le traitement aux différents stades de l'évolution des réactions de stress post-traumatique" (Van Der Hart et al., 1989).

Sigmund Freud va plus loin et souligne dans son œuvre "L'homme Moïse" de 1939, que les expériences traumatiques peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi et créer des blessures d'ordre narcissique. Il relève également les effets positifs et négatifs du traumatisme (Bokanowski, 2002).

La guerre du Vietnam a permis une grande avancée des connaissances traumatiques. Les traumatismes étaient omniprésents chez les soldats malgré une faible exposition au champ de bataille. De plus, les tableaux cliniques se compliquent avec les conduites addictives comme l'alcoolisme et la toxicomanie. Ensuite, une nouvelle nosographie du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est née et le terme de névrose traumatique, disparu après la Première Guerre Mondiale, a pu être réintroduit (Crocq, 2012). Des études en neuro-imagerie ont exploré le cerveau de personnes traumatisées psychiquement. Elles ont montré que les perturbations du fonctionnement cortical étaient directement observables. A l'heure actuelle, il est donc possible d'apercevoir les soubassements organiques des traumatismes psychiques (Pignol, 2014).

2. La notion de stress

La notion de stress diffère clairement de celle de traumatisme. De nombreux auteurs ont élaboré divers modèles afin de définir ce concept. Parmi ceux-ci, Hans Seyle est considéré comme le pionnier du concept de stress et le définit comme étant ‘l’ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s’adapter à un événement donné’. Selon lui, « le changement brutal survenant dans les habitudes d’une personne, jusque-là bien équilibrée, est susceptible de déclencher un bouleversement dans sa structure psychique et même somatique » (Seyle, 1975). A la suite de ces recherches, les travaux sur le stress ont longtemps ignoré le rôle primordial de la signification personnelle de la situation pour le sujet, de l’activité de la personne et des caractéristiques personnelles stables du sujet (Rolland, 1999). Les répercussions de cette non-considération mena de nombreux auteurs à se pencher sur le sujet afin de reconceptualiser le phénomène de stress.

Les principaux modèles actuels du stress sont le modèle de Karasek, le modèle de l’ajustement personne-environnement et le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman.

Le modèle de Karasek est un modèle de stress professionnel. Il postule que ‘la tension psychologique ne résulte pas d’un seul aspect de l’environnement de travail, mais des effets réunis des exigences de la situation de travail et de l’étendue de la possibilité de décision dont dispose le travailleur concernant la manière de faire face à des exigences’. (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990 cités par Chapelle, 2018). C’est l’interaction des exigences de la situation et la possibilité de contrôle qui constituent un facteur de risque face au stress.

Ce modèle environnemental est fondé sur deux hypothèses. La première est la suivante : ‘l’action combinée de fortes exigences dans l’emploi et un faible contrôle dans cet emploi entraîne une tension psychologique et physique’. La deuxième hypothèse concerne ‘les situations (emplois) dans lesquelles les exigences et le contrôle sont importants, procurent du bien-être et favorisent l’apprentissage et le bien-être personnel’. (Chapelle, 2018).

Par le biais de ce modèle, Karasek vise à modifier l’environnement du sujet afin de diminuer les pressions exercées sur celui-ci. Ses recherches ont été largement critiquées. D’abord, Karasek ne prend pas en compte les variables individuelles. En plus, il n’émet

aucune hypothèse concernant les processus psychologiques. Cela mène à des soucis d'opérationnalisation et à un modèle faible au niveau conceptuel. (Chapelle, 2018).

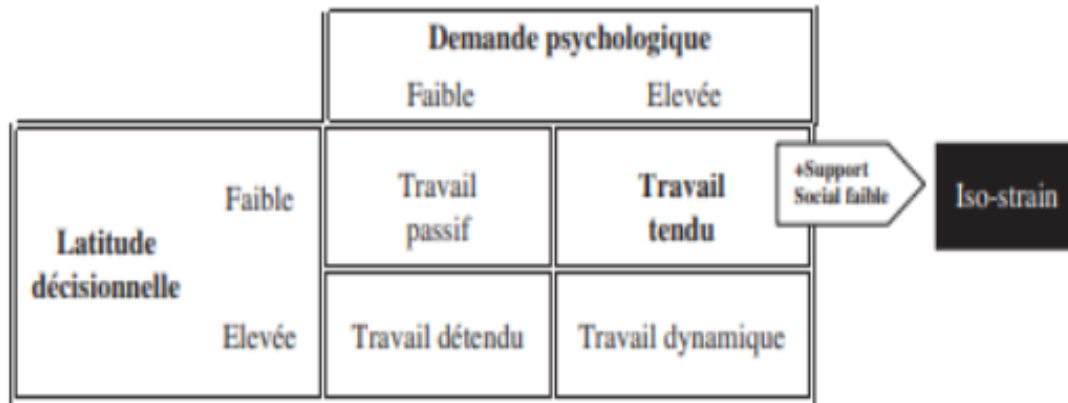


Figure 1 : Le modèle de Karasek (1982)

Le modèle de l'ajustement personne-environnement

Plusieurs auteurs (French et al. 1974 ; Van Harrison, 1978 ; Ivancevich et Matteson, 1980 cités par Edwards et Cooper, 2013), définissent le stress comme ‘un déséquilibre négatif entre la situation perçue et l'état désiré par un individu, à condition que la présence de ce déséquilibre soit considérée comme importante par l'individu’.

Ce modèle postule l'hypothèse selon laquelle des tensions psychologiques, physiologiques et comportementales peuvent survenir, causées par mauvais ajustement entre une personne et son environnement. Les tensions psychologiques, physiologiques et comportementales peuvent se manifester sous différentes formes: dépression, anxiété, irritation, ennui, insatisfaction, hypertension,... ‘L'ajustement personne-environnement peut prendre deux formes : soit l'environnement procure les gratifications et les ressources qui permettent de satisfaire les besoins et les préférences de la personne, soit les compétences, les habilités et les aptitudes de la personne sont adaptées aux exigences et contraintes de l'emploi ou du poste’ (Rolland, 1999).

Le modèle explique que le bien-être est menacé par un déséquilibre entre la personne et son environnement. Si le déséquilibre s'installe, une tension va se créer. La personne va alors tenter de diminuer cette tension via un ensemble de stratégies. Si ces stratégies s'avèrent

inefficaces, les effets du stress vont se manifester d'avantage et cela peut provoquer, à long terme, des problèmes psychologiques, physiologiques et comportementaux.

Ce modèle ne permet pas de mettre en évidence les conditions de travail qui mènent au stress parce qu'il met en avant le stress en tant que valeurs, besoins et aptitudes individuelles sans prendre en compte le rôle des contraintes environnementales. Le stress ne peut donc pas être expliqué selon ses variables spécifiques liées à l'activité de travail. (Psychologie Savoir, 2011).

Le modèle transactionnel du stress est un modèle dominant et massivement utilisé. Il se centre sur les processus psychologiques afin d'expliquer et de comprendre les conduites d'adaptation des personnes en situation de stress.

Selon Folkman et Lazarus (1980), le stress est "une relation entre la personne et l'environnement qui est évaluée par la personne comme imposant un recours excessif à ses ressources ou dépassant ses possibilités de réponse et mettant en danger son bien-être".

Dans ce modèle, les conduites d'adaptation d'une personne face à la présence d'un stress sont à percevoir comme une étape dans un processus qui implique une chaîne d'évaluations (primaire, secondaire, finale) et qui permettent de construire une signification personnelle de la situation. "L'évaluation est le processus cognitif au travers duquel un événement est évalué au regard de l'enjeu (évaluation primaire), [ainsi que] des ressources de coping et des options disponibles (évaluation secondaire). Il y a trois types majeurs d'évaluations stressantes : Dommage-Perte qui réfère à un dommage qui s'est déjà produit ; Menace qui réfère à un dommage ou une perte qui ne s'est pas encore produite mais qui est anticipée, et Défi qui réfère à l'anticipation d'une opportunité de maîtrise ou de gain. Le degré auquel une personne vit l'expérience d'un stress psychologique, c'est-à-dire ressent un dommage, se sent menacé ou vit un défi est déterminé par la relation entre la personne et l'environnement dans cette rencontre spécifique telle qu'elle est définie à la fois par l'évaluation de ce qui est en jeu et l'évaluation des ressources et options de coping" (Folkman et Lazarus, 1980, p.223).

Les conduites d'ajustement sont causées par ces cognitions qui engendrent les réactions émotionnelles. La signification que se fait la personne de l'évènement et les émotions qui y sont liées vont faire naître des stratégies de coping qui sont "les efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes et les conflits entre elles. Ces efforts de coping remplissent deux fonctions

essentielles : la gestion ou l'altération de la relation personne-environnement qui est la source du stress et la régulation des émotions stressantes". Tant que la personne est dans une situation problématique de stress, ces évaluations et ces réactions se succèdent de manière continue (Folkman et Lazarus, 1980, p.223).

Bien que ce modèle soit largement répandu, il est sujet à certaines critiques. En effet, les processus mis en évidence par Lazarus et Folkman sont plus complexes que ceux utilisés par Karasek. Le modèle d'ajustement Personne-Environnement se heurte à des problèmes d'opérationnalisation. De plus, il existe des irrégularités dans ses conduites. Ensuite, cette théorie se base sur un postulat fortement contesté et contredit par de nombreuses études : celui de la primauté des cognitions sur les émotions. Enfin, en se centrant sur une signification personnelle de la situation qui est centrale, le modèle néglige l'exploration du rôle des variables situationnelles et personnelles. En conclusion, ce modèle est limité en ce qui concerne son "potentiel d'explications", mais il semble néanmoins fort intéressant afin d'expliquer les conduites psychologiques employées par une personne vivant une situation de stress. (Chapelle, 2018).

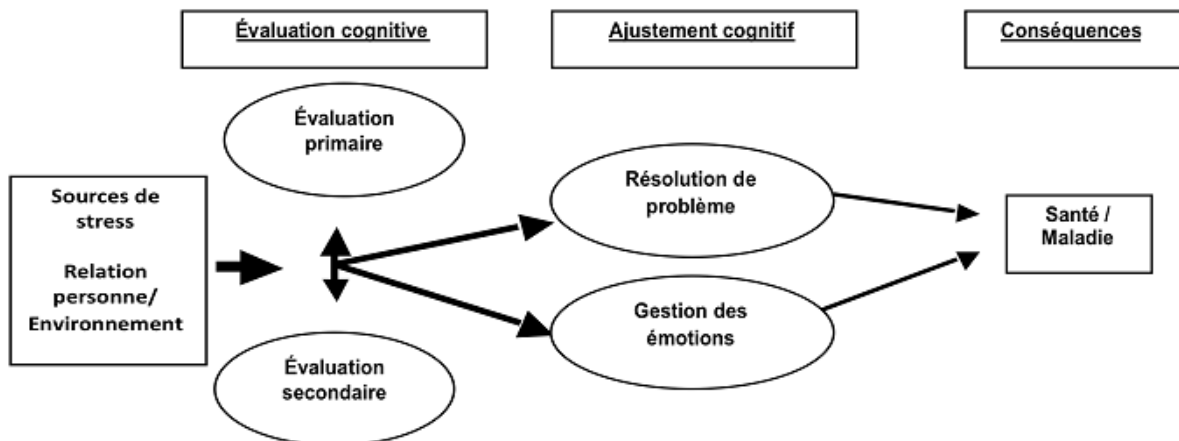


Figure 2 : Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984)

3. Le stress post-traumatique

D'après Lebigot (2006), médecin et psychiatre français, il est d'usage de parler de stress traumatique lorsque, dans une situation traumatogène, il y a présence d'un traumatisme et d'un stress. Il explique celui-ci par la présence d'une menace externe sur l'appareil psychique. Cette menace va alors se concrétiser en stress. C'est dans le cas d'une menace interne sur l'appareil psychique que va apparaître le traumatisme.

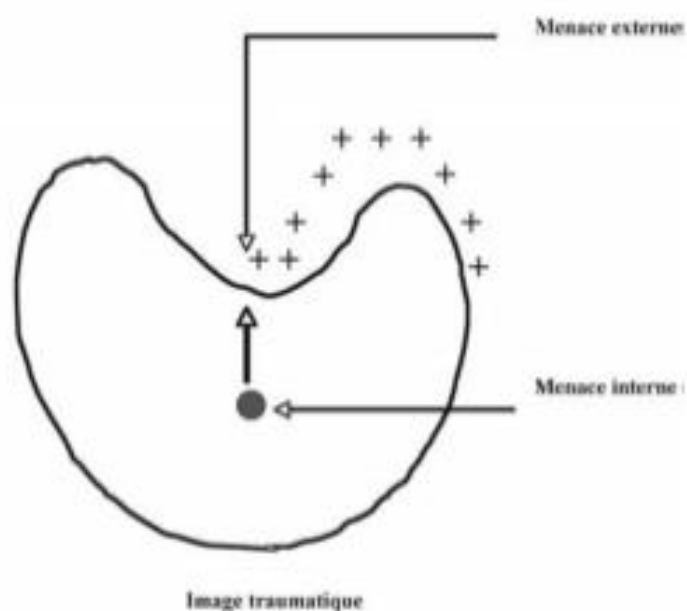


Figure 3 : Stress post-traumatique (Lebigot, 2006)

Selon American Psychiatric Association (2013), le stress post-traumatique est caractérisé par "des expositions directes et/ou indirectes à un événement traumatique qui résultent en une multitude de troubles fonctionnels, des symptômes liés au trauma (comme des recollections intrusives ou la ré-expérience de l'évènement), l'évitement des stimuli liés au trauma, un éveil physiologique marqué, et des changements liés à l'humeur, qui perdurent pendant plus d'un mois suivant l'évènement".

Cette association caractérise aussi le stress post-traumatique par "des cognitions intrusives liées au trauma (pensées, rêves et flashbacks), des réponses affectives exagérées (peur chronique, anxiété et hyperactivité), et, au contraire, des comportements affectifs émoussés (comme l'anhédonie et l'engourdissement émotionnel)".

Stevens et Jovanovic (2018) mettent en évidence le fait que les déficiences en cognition sociale ne sont pas à négliger dans leur lien avec le stress post-traumatique parce que celles-ci augmentent le risque de développer ce trouble. En effet, il existe des preuves robustes qui admettent que les déficits en reconnaissance des émotions et en mentalisation sont corrélés avec le stress post-traumatique.

Selon Catherine Picnehé (2015), nous pouvons distinguer deux formes de stress. La première, appelée ‘‘état de stress aigu’’, est caractérisée par une réaction normale de stress immédiat succédant à un évènement traumatisant, réaction adaptée face aux circonstances, et de courte durée. La deuxième forme de stress est celle que l’on caractérise de stress post-traumatique et apparaît lorsque ces troubles vont s’installer dans la durée. Ils peuvent être aigus pour certains individus et très sévères pour d’autres.

Il est classifié dans le DSM-V, c’est donc un trouble psychologique à part entière.

Au niveau de la propension dans la population, il a été démontré que les femmes sont deux fois plus touchées par ce trouble que les hommes (Ducrocq, 2009). Cependant, les chercheurs n’ont pas réussi à détecter un facteur de personnalité prédisposant à développer ce trouble, ce qui signifie que toute victime d’un traumatisme est susceptible de développer un trouble post-traumatique. Les facteurs circonstanciels de l’évènement stressant mais également la perception de celui-ci par la victime vont influencer le développement ou non de ce trouble (Agaibi et Wilson, 2005).

Néanmoins, Olf & al. (2007) ont étudié les stratégies d’évaluation cognitives au niveau du genre après le vécu d’un évènement traumatisant. Selon eux, les hommes et les femmes utilisent des stratégies de coping différentes. Les femmes seraient plus susceptibles de percevoir des menaces et des pertes après avoir vécu un traumatisme par rapport aux hommes, ce qui pourrait expliquer la haute propension à développer un stress post-traumatique dans cette population féminine.

Fevrier (2020) a mis en évidence que les individus tendent à développer moins de stress post-traumatique et d’autres psychopathologies lorsqu’ils utilisent un locus de contrôle interne par rapport à celles qui utilisent un locus de contrôle externe. En d’autres termes, les personnes qui considèrent que les évènements stressants vécus sont le résultat de leurs actions (locus interne) sont moins à risque de développer un stress post-traumatique que les personnes qui considèrent que ces évènements sont la cause de facteurs externes, sur lesquels

ils n'ont aucune influence (locus externe). Le stress post-traumatique présente de nombreuses comorbidités comme la dépression, des problèmes d'addiction, etc.

Le stress post-traumatique est une préoccupation primordiale pour la santé publique (Kilpatrick et al. 2003). Face à un stress intense, la personne va inconsciemment provoquer un survoltage émotionnel qui va alors entraîner un risque vital cardiovasculaire et neurologique.

4. Le stress au sein d'une population de policiers

La police fait partie des métiers les plus susceptibles de vivre des événements traumatisants lors de leur vie professionnelle. Ces événements peuvent survenir quotidiennement et c'est pourquoi certaines recherches ont été menées au sein de la police. Ils peuvent être exposés à de nombreuses situations telles que les poursuites et les accidents de voiture, les violences domestiques, le contrôle de foules, la manipulation de corps morts, ou devoir agir face à des criminels armés, etc. (Arble et al. 2017 ; Carlier et al. 2000 ; Toch, 2002 ; Van Hasselt et al. 2008, cités par Arble et al. 2018).

Certes, le danger constitue un facteur de stress au sein de la police. Le danger est certainement le premier facteur que l'on associe aux situations stressantes chez le policier. Néanmoins, il existe d'autres facteurs pouvant mener à développer un stress post-traumatique dans cette population.

En 1984, Loo (cité par Payette, 1985), a développé quatre facteurs potentiellement stressants pour les policiers. Premièrement, il parle des facteurs de stress qui émanent de l'organisation policière elle-même tels que le manque de personnel, les possibilités d'avancement limitées, les difficultés avec l'équipement, la gestion autocratique, entre autres. En effet, Des Roches et Dolan (1988) ont démontré que le fait que les policiers patrouillent seuls est susceptible de générer de sérieux problèmes psychologiques. Ensuite, il décrit les facteurs qui proviennent du travail en soi comme par exemple les périodes d'inactivité, les équipes de roulement, les préoccupations liées aux problèmes personnels, et les traumatismes. En outre, il parle des facteurs de stress issus du système judiciaire comme les contre-interrogatoires devant les tribunaux ou la lenteur du processus judiciaire. Enfin, il expose des facteurs de stress provenant des relations avec le public de l'image suscitée par le monde extérieur jusqu'aux insultes verbales et physiques dont les policiers sont victimes. De fait, Duchesneau (1988) a démontré que les médias pouvaient véhiculer une image négative d'eux

et que le public envoie peu de support aux policiers. L'opinion du public à l'égard des policiers réduit les contacts de la police avec la population.

De plus, les facteurs liés à l'entourage du policier peuvent contribuer au développement du stress post-traumatique. Il a été montré que les horaires particuliers de travail et les émotions fortes en lien avec le travail difficilement partageable avec les proches ont causé des séparations et des divorces et que ce taux de séparations/divorces est plus élevé au sein de la police que dans la population générale. En effet, Selon Dolan et Des Roches (1988), la vie familiale des policiers serait impactée négativement par les horaires irréguliers. Cela ferait naître un stress important pour les policiers mais également pour les familles, à cause de la distance engendrée entre eux. Ces séparations/divorces vécus par les policiers pourraient contribuer à une diminution du support social dont ils bénéficient, représentant un facteur de risque quant au développement du stress post-traumatique.

Enfin, des auteurs ont détecté des corrélations positives entre certaines pathologies physiques liées au fonctionnement psychologique de la personne et le niveau d'anxiété particulièrement élevé au sein de la police (LeBlanc et al. 2008, cités par Balmer et al. 2014). Le stress causé par la profession est bel et bien effectif. Il mérite notre intérêt.

Ces expositions répétées à des événements potentiellement traumatisants durant leur carrière conduisent à des risques plus élevés de développer un trouble de stress post-traumatique que dans la population générale (Breslau et al. 1999 ; Stephens and Miller, 1998 ; Vasterling et al. 2010, cités par Darensburg et al. 2006). Dans le milieu policier, il a été prouvé que le risque de développer un stress post-traumatique varie de 7% à 13% (Carlier et al. 1997 ; Maia et al. 2007 ; West et al. 2008, cités par Van Der Meer et al. 2017).

5. Le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est un phénomène très particulier qui se caractérise par un effet sur le psychisme à la suite de certains événements vécus par un individu et qui va créer une ‘‘blessure’’ du psychique (Baubet, 2020). C’est lors de la Première Guerre mondiale, en étudiant le comportement des soldats et en découvrant les mécanismes intrapsychiques qui en émanent que S. Freud et ses élèves ont découvert ce phénomène. Le traumatisme intrapsychique n’est pas un processus directement observable. En effet, comme l’a dit F. Lebigot, ‘‘le traumatisé psychique n’a pas les mots – parce qu’il n’y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive’’ (Lebigot, 2009).

Il existe plusieurs événements qui peuvent être traumatogènes : les événements qui confrontent les personnes de manière brutale à la mort, les menaces de mort, les blessures physiques, ainsi que les violences sexuelles.

Les victimes de traumatisme psychique peuvent être de deux ordres : soit directement menacées par l’évènement traumatisant, soit indirectement menacés mais témoins de la scène traumatisante. Les policiers font partie de la deuxième catégorie de personnes, subissant une exposition répétée à des faits difficiles. Le traumatisme psychique peut se déclencher à tout âge, y compris chez les jeunes enfants.

Lebigot (2009) décrit ce phénomène en le caractérisant de ‘‘blessure invisible’’. Selon lui, ces blessures peuvent perdurer quelques jours à quelques semaines chez certaines personnes, mais elles peuvent dans les cas les plus aigus ‘‘entraîner un état de souffrance chronique comme l’état de stress post-traumatique’’ et il est alors difficile de prédire l’évolution chez les personnes les plus atteintes. Ces blessures invisibles sont susceptibles de refaire surface dans la vie de la personne ayant vécu un traumatisme psychique.

Il existe des facteurs qui augmentent le risque de développer un état de stress post-traumatique suite à l’exposition à un traumatisme psychique : les facteurs liés à l’évènement (la présence de blessures physiques, le fait d’avoir été confronté à des images effroyables, l’intensité et la durée de l’évènement, ...) et les facteurs liés à la personne (antécédents de troubles psychiatriques, avoir déjà vécu un traumatisme, manque de soutien social, ...). Le soutien (des proches, de la famille, au travail, ...) constitue quant à lui un facteur de protection (Baubet, 2020).

6. Les différents types de traumatisme

6.1. Classification

En 1991, Terr (1991) a classifié le traumatisme en deux catégories :

- **Le traumatisme de type I** qu'il définit comme "un évènement unique, isolé, limité dans le temps, induit par un agent stressant aigu et non abusif". On le nomme également "traumatisme simple". Il peut être causé par un incendie, une catastrophe naturelle, un accident de la route, ou encore une agression.
- **Le traumatisme de type II** se rapporte à "une situation qui se répète, lorsque le traumatisme a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps". Il est induit par une exposition à un stress chronique ou abusif comme, par exemple, des faits de guerre, des violences intrafamiliales, des traumatismes secondaires chez les professionnels, les abus sexuels, etc.

Selon Terr (1991), le traumatisme de type I arrive toujours en premier lieu. Le traumatisme de type II va se développer lorsque les mécanismes d'adaptation des victimes ne sont pas appropriés. Néanmoins, il faut rester vigilant : une personne ayant été victime d'un abus sexuel, par exemple, sera toujours assimilée à un traumatisme de type II, voire à un traumatisme de type III (voir infra).

Solomon et Heide (1999) ont complété la théorie de Leonore Terr en ajoutant une troisième catégorie de traumatismes :

- **Le traumatisme de type III** qu'ils caractérisent "d'évènements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps". La torture, l'exploitation sexuelle forcée, les camps de concentration lors de la guerre, les abus sexuels intrafamiliaux peuvent mener à un traumatisme de type III.

Enfin, Josse (2007) propose une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes

- **Les traumatismes de type IV**, contrairement aux trois autres types de traumatismes, se poursuivent dans le présent pour la victime. Ils peuvent être causés par un kidnapping, des faits de guerre, des abus sexuels intrafamiliaux, des épidémies mortelles, etc.

6.2. Les traumatismes directs et indirects

Le traumatisme direct survient lorsque la victime a fait face à un sentiment d'horreur, de mort imminente ou encore au chaos. La victime peut avoir subi l'évènement traumatique mais elle peut aussi l'avoir provoqué, de manière volontaire ou non. Elle peut également avoir été témoin de celui-ci. Lors d'un traumatisme direct, la personne va être considérée comme une victime "primaire".

Le traumatisme indirect concerne les victimes secondaires. Celles-ci vont présenter des troubles psycho-traumatiques en réponse aux contacts entretenus avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, ce n'est pas l'évènement traumatique qui va créer le traumatisme mais la rencontre avec la personne l'ayant subi. Les traumatismes indirects peuvent être définis comme "traumatismes vicariants" (Josse, 2007).

Types de Victimes	Processus de traumatisation	Publics Cibles	Conséquences spécifiques	Cadre
Victime Primaire	-Traumatisation Directe	- Survivant - Témoin - Sauveteur	- Etat de Stress Aigu - Etat de Stress Post-Traumatique	Rupture, effraction
Victime Secondaire	-Traumatisation Indirecte	- Sauveteur - Intervenants : psy de crise entourage, collègues	-Etat de Stress Traumatique Secondaire - Deuil traumatique	Cadre indéfini et fluctuant
Victime Tertiaire	-Traumatisation Vicariante	➤ Thérapeute	➤ Compassion Fatigue	Cadre thérapeutique

Figure 4 : Cadre conceptuel du processus de traumatisation (Serniclaes, 2000)

7. Le traumatisme vicariant

Selon le Larousse, le terme vicariant signifie “qui remplace quelque chose d’autre”. Lorsqu’on utilise ce terme en lien avec un traumatisme, nous voyons une “contamination” chez une personne qui a été en contact avec une victime d’un traumatisme. Pearlman et Saakvitne (1995) définissent le terme de traumatisme vicariant comme “des changements dans sa propre expérience subis par toute personne travaillant avec des survivants de traumatismes qui est exposée à leurs expériences et qui développent avec eux des rapports d’empathie”. Saakvitne et al. (2000), ont élargi cette définition à un plus grand groupe de personnes. Ils incluent toutes les personnes aidant les personnes traumatisées telles que les travailleurs sociaux de première ligne, les membres du clergé, les prestataires de soins, etc.

D’après les théories de Pearlman et Saakvitne (1995), on ne peut parler de traumatisme vicariant sans parler d’empathie. Decetey (2010) va plus loin et insiste sur deux facteurs de l’empathie pour expliquer le traumatisme vicariant. Il parle d’un premier facteur, “le partage affectif non-conscient et automatique avec autrui” et d’un deuxième facteur “la nécessité de supprimer ou de réguler temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l’autre sans perdre son identité”. C’est une lacune de

ce second facteur qui pourrait expliquer l'apparition d'un traumatisme vicariant. Ne jouant plus son rôle protecteur, il amènerait le professionnel à "s'identifier à son patient traumatisé et à commencer à imaginer ce qu'il ressentirait si les événements racontés lui étaient arrivés à lui". (Bouvier, 2019).

Bouvier et Dellucci (2017) ajoutent à cette théorie l'idée selon laquelle le traumatisme vicariant pourrait être "l'effet d'un débordement par des sentiments de désespoir et d'impuissance vécus par un professionnel engagé dans une relation d'aide". Il y aurait donc un sentiment d'impuissance chez le professionnel qui tente de venir en aide à une victime en lien avec une grande motivation de celui-ci à aider la personne traumatisée.

Plusieurs auteurs s'accordent sur l'idée que les symptômes du traumatisme vicariant peuvent avoir des similarités avec les symptômes du stress post-traumatique, mais ils insistent sur le fait qu'ils sont moins intenses. (Arvay et Uhlemann, 1996 ; Brady et al. 1999 ; Ghahramanlou et Brodbeck, 2000 ; Schauben et Frazier, 1995, cités par Bouvier, 2019).

Le traumatisme secondaire est à différencier du traumatisme vicariant. C'est un terme qui englobe un grand nombre de pathologies telles que la fatigue-compassion, le burnout et le stress post-traumatique, y compris le traumatisme vicariant. Il est utilisé pour parler de "tous les concepts décrivant une atteinte de la santé psychique d'un professionnel travaillant avec des personnes traumatisées et se manifestant par les symptômes d'un état de stress post-traumatique" (Pearlman et Saakvitne, 1995).

Le burnout est une pathologie liée à l'activité professionnelle. Les personnes en burnout sont face à une situation de mal-être physique et/ou mental liée au travail. Cette pathologie est décrite dans le DSM V comme étant une sous-dimension de la dépression. On peut distinguer le terme de "burnout" et celui de "traumatisme vicariant" par le fait que le burnout peut atteindre n'importe quelle profession, tandis que le traumatisme vicariant n'apparaît que chez les professionnels travaillant avec des personnes traumatisées (Bouvier, 2019).

La fatigue-compassion, quant à elle, n'implique pas obligatoirement d'être en contact avec une personne traumatisée. Cette pathologie n'est pas non plus liée au secteur professionnel. Elle représente "un débordement du professionnel ou d'un aidant, ainsi qu'un épuisement face à la souffrance d'autrui, sans que cela ne soit forcément en lien avec l'histoire traumatique de la personne aidée" (Bouvier, 2019).

7.1. Le modèle de la transmission du traumatisme de Figley

En 1995, Figley (cité par De soir, 2000), dans son œuvre “Compassion Fatigue”, décrit l'épuisement des professionnels par le stress de compassion. Selon lui, la compassion-fatigue se définit par “un syndrome d'épuisement émotionnel dans lequel le stress traumatique est transmis des victimes aux intervenants”. Par le biais de son modèle, il tente de définir les mécanismes qui interviennent dans la transmission du traumatisme, de la victime à l'intervenant qui en subit un déséquilibre psychique.



Figure 5 : Modèle de transmission du traumatisme de Figley (Blavier, 2018).

Selon ce modèle, l'habilité empathique du professionnel et l'engagement qu'il a envers sa victime ainsi que l'incapacité à trouver un soulagement relatif à son rôle d'aide et de soutien via les processus de découplage émotionnel, l'incapacité de ressentir un sentiment d'accomplissement personnel pour le travail réalisé et l'aide apportée aux victimes traumatisées expliquent l'épuisement émotionnel à travers le stress traumatique secondaire chez les professionnels (De Soir, 2000).

Une interaction entre les 6 facteurs illustre le processus de stress de compassion. L'habilité empathique désigne “l'habilité de ressentir et de percevoir la souffrance d'autrui”. Cette habilité est mise en lien avec la contagion émotionnelle qui se définit comme “le vécu des émotions de la victime en fonction du degré d'exposition à la victime”. La contagion émotionnelle exprime la façon dont le professionnel est affecté par les émotions de la

victime. Ces deux facteurs sont associés et reflètent la compassion qu'a le professionnel envers la victime (De Soir, 2000).

L'habilité empathique est également associée à la préoccupation empathique qui se définit par "la motivation pour agir et procurer de l'aide". La notion de motivation est importante à prendre en compte. En effet, sans cette motivation, l'empathie ne serait pas présente et le stress de compassion n'aurait donc pas lieu d'être (De Soir, 2000).

Vient ensuite la réponse empathique, caractérisée par "la mise en place de quelque chose pour réduire la souffrance de l'autre" (Blavier, 2018), qui est influencée d'une part par la contagion émotionnelle et d'autre part par les préoccupations empathiques. Ce sont donc les habilités empathiques qui vont influencer la réponse empathique du professionnel face à la souffrance de la victime.

Selon Figley (1995), cité par De soir (2000), le découplage de la victime et le sentiment d'accomplissement sont deux facteurs distincts et ceux-ci vont influencer la diminution ou l'augmentation du stress de compassion. D'un côté, le découplage de la victime représente chez le professionnel la mise en distance -ou non- par rapport à la victime. La distance qui est mise en place doit être adéquate, c'est à dire ni trop grande, ni trop étroite. D'un autre côté, le sentiment d'accomplissement représente le degré de satisfaction du professionnel au niveau des efforts fournis dans l'aide et l'assistance aux victimes. Il a le sentiment qu'il a fait tout ce qu'il pouvait faire et ce dans le meilleur intérêt pour la victime. Ici, le professionnel est persuadé des effets bénéfiques de son travail et il pense avoir tout fait dans l'intérêt de la victime.

Le stress de compassion peut être causé par le premier facteur (le découplage de la victime) aussi bien que par le deuxième facteur (le sentiment d'accomplissement). Le degré de stress de compassion va être influencé par le degré de distanciation mis en place envers la victime et par le degré du sentiment d'accomplissement quant à l'aide apportée. Les professionnels, en surestimant l'effet de leur soutien, peuvent essayer de réduire leur stress de compassion ce qui mènerait à une satisfaction erronée. Il est également possible que certains professionnels établissent une distance trop importante envers les victimes dans le même but. Ces deux tentatives d'auto-réduction du stress de compassion représentent un précurseur du burnout.

7.2. Le modèle de fatigue de compassion de Figley (Blavier, 2018)



Figure 6 : Le modèle de fatigue de compassion de Figley (Blavier, 2018)

Le stress de compassion peut inférer des risques chez le professionnel de développer un burnout ou un stress traumatique secondaire. Si le professionnel est exposé de façon prolongée au stress de compassion, il peut développer un sentiment de responsabilité prolongée, il peut aussi ressentir un manque d'apaisement des charges, qu'elles soient physiques ou psychiques, de responsabilité et enfin, il risque de ressentir une impuissance face à la tentative de réduction du stress de compassion. En lien avec cette exposition prolongée, le stress de compassion est susceptible d'engendrer la survenue de souvenirs traumatiques qui peuvent enclencher différents symptômes du stress traumatique. Ces souvenirs traumatiques peuvent également réactiver d'anciens traumatismes non résolus et venir influencer les souvenirs récents en ayant un impact sur le fonctionnement du professionnel. L'exposition prolongée au stress de compassion et l'apparition de souvenirs traumatiques sont deux variables susceptibles de mener à la fatigue de compassion (Blavier, 2018).

8. Epidémiologie

En 2021, les résultats d'une étude de la Fondation de la Santé Mentale indiquent qu'en 2018, 74% de la population ont dû faire face à un stress tellement important qu'elles ont été dépassées par celui-ci.

Une étude menée par Breslau (2009) a démontré que dans la population générale, 89,6% des personnes vont vivre un évènement traumatique, avec une prévalence un peu plus élevée chez les hommes (92.2%) par rapport aux femmes (89.6%). Suite à une telle exposition, le risque de développer un stress post-traumatique au cours de leur vie est de 13% chez les femmes comparé à 6.2% chez les hommes, ce qui représente moins de la moitié pour le sexe masculin.

Il ressort également que «30% des personnes souffrant d'un stress post-traumatique risquent de développer une dépression, 25% présentent des troubles anxieux (attaque de panique, trouble obsessionnel compulsif, anxiété généralisée, phobies...) et 50% consomment de l'alcool, des médicaments ou de la drogue abusivement, ou développent bon nombre d'évitements liés au traumatisme. Dans 20% des cas, le comportement des victimes est organisé et dominé par le vécu de l'expérience traumatique » (Villar-Documet, 2011).

En ce qui concerne le taux de rémission, le syndrome de stress post-traumatique semble disparaître après 6 mois pour 26% de la population et après 12 mois pour 40% de la population (Breslau, 2009).

Au vu de l'importance des chiffres qui ressortent des différentes études dans la population générale, il semble important de s'intéresser au milieu policier où le risque de présenter un traumatisme est considérablement augmenté en raison du métier impliquant la fréquentation quotidienne de personnes traumatisées. Ces professionnels, dont le rôle est en partie l'aide et le soutien aux victimes d'accidents potentiellement traumatisants, sont en exposition constante aux situations traumatisantes susceptibles de causer un traumatisme vicariant et/ou un syndrome de stress post-traumatique mais également de l'anxiété, de la dépression, des abus de drogue et d'alcool, etc.

9. Diagnostic, symptômes et caractéristiques du stress post-traumatique

9.1. Diagnostic

Les critères diagnostics du DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) s'appliquent aux enfants de plus de 6 ans, aux adolescents et aux adultes. Ils sont au nombre de 8 :

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes

1. Vivre directement l'évènement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'évènement traumatique vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'évènement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.

B. Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs évènements traumatisants, débutant après l'évènement traumatique

1. Avoir des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants en lien avec l'évènement traumatique.
2. Faire des rêves pénibles de manière répétée en lien avec l'évènement traumatique.
3. Avoir des réactions dissociatives (comme les flashbacks) durant lesquels la personne se sent ou agit comme si l'évènement traumatisant se reproduisait.
4. Ressentir une détresse psychologique intense ou prolongée à la suite d'exposition à des indices internes ou externes qui évoquent chez la personne un aspect de l'évènement traumatique.
5. Avoir des réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes qui évoquent chez la personne un aspect de l'évènement traumatique.

C. Evitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatisant, qui se sont manifestés après cet évènement traumatisant

1. Evitement ou efforts afin d'éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles relatifs à l'évènement traumatique ou qui y sont étroitement associés.

2. Evitement ou effort afin d'éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui rappellent des souvenirs, des sentiments ou des pensées pénibles concernant l'évènement traumatique.

D. Altération des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatisant qui ont débuté après la survenue de l'évènement traumatique ou qui se sont aggravées à la suite de celui-ci

1. Être incapable de se souvenir d'un ou plusieurs éléments importants de l'évènement traumatique (pas pour les facteurs tels que le traumatisme crânien, la consommation d'alcool ou de drogue).
2. Avoir des croyances ou des attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, des autres ou du monde (par exemple : 'je suis nul', 'les personnes sont profondément mauvaises', 'le monde est très dangereux').
3. Avoir des cognitions persistantes et déformées en ce qui concerne les conséquences ou la cause de l'évènement traumatisant amenant la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. Avoir des états émotionnels négatifs et persistants comme la peur, la colère, la tristesse, la culpabilité, la honte, etc.
5. Réduction marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités plaisantes pour la personne.
6. Avoir le sentiment d'être détaché des autres ou que ceux-ci s'éloignent.
7. Être incapable de manière persistante de ressentir des émotions positives (par exemple : la personne est incapable d'éprouver du bonheur, d'être satisfaite ou encore d'avoir des sentiments affectueux).

E. Altérations profondes de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'évènement traumatisant, qui ont débuté après l'évènement traumatisant ou qui se sont aggravés à la suite de celui-ci

1. Avoir un comportement irritable et des accès de colère (avec peu ou pas de provocation) se traduisant souvent par de l'agression verbale ou physique envers d'autres personnes ou des objets.
2. Avoir des comportements irréflechis ou autodestructeurs.
3. Être hypervigilant.
4. Avoir des réactions de sursaut exagérées.
5. Avoir des problèmes de concentration.

6. Avoir des troubles du sommeil (par exemple, la personne peut avoir des difficultés à s'endormir, à rester endormie ou encore avoir un sommeil agité).
- F. La perturbation (les symptômes des critères B, C, D et E) se maintiennent plus d'un mois**
- G. La perturbation engendre une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les dimensions sociales, professionnelles, ou dans d'autres domaines importants**
- H. La perturbation n'est pas causée par les effets physiologiques d'une substance comme les médicaments ou la drogue ni par une autre condition médicale**

9.2. Diagnostic de l'état de stress aigu

Un diagnostic "d'état de stress aigu" va être posé lorsque, de 3 jours à 1 mois après l'évènement traumatique, l'ensemble de tous les symptômes du stress post-traumatique sont présents. Après un mois, le diagnostic d'état de stress aigu sera remplacé par celui de stress post-traumatique.

9.3. Diagnostic du trouble de l'adaptation

Un diagnostic de "trouble de l'adaptation" va remplacer celui de stress post-traumatique lorsque la réponse à un évènement traumatisant ne fait pas ressortir tous les critères de l'état de stress aigu ou encore lorsque l'exposition à un évènement stressant ne coïncide pas aux critères de l'exposition à un évènement traumatisant.

9.4. Symptômes du stress post-traumatique

L'exposition à un ou plusieurs évènements traumatiques va potentiellement développer chez la personne un état de stress post-traumatique qui comporte un ensemble de symptômes caractéristiques. Selon les critères du DSM-V, ces symptômes peuvent se distinguer en quatre catégories distinctes : La reviviscence de l'évènement traumatisant, l'évitement de toute situation pouvant rappeler le traumatisme, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur de la victime et l'hyper-réactivité (American Psychiatric Association, 2013).

Selon les Publications du Québec Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2018), il existe différents signes caractérisant le trouble de stress post-traumatique. Ce trouble se manifeste par ‘‘un sentiment de peur intense, d’horreur et d’impuissance’’ et il s’accompagne de divers symptômes tels que des palpitations cardiaques, une respiration rapide, des tremblements, des frissons et une transpiration excessive. La personne traumatisée peut aussi avoir des flashbacks, des pensées intrusives et incontrôlables pouvant mener à de l’anxiété et de la dépression, une labilité émotionnelle, des difficultés au niveau du sommeil et de la concentration et enfin, la personne est toujours en état d’alerte, prête à intervenir si quelque chose se produit.

9.5. Traitement du stress post-traumatique

Il existe différentes façons de traiter le trouble de stress post-traumatique. Premièrement, il y a **les thérapies cognitivo-comportementales** basées sur le traumatisme qui appliquent les techniques d’exposition de base. Elles mettent en place des désensibilisations systématiques dans lesquelles les patients apprennent à associer le souvenir traumatique avec un comportement incompatible comme une respiration lente (Brewer, 2001, cité par Ho et Lee, 2012). Ces techniques peuvent également mettre en place des expositions prolongées qui consistent à confronter le patient au stimulus menaçant relatif à l’évènement traumatisant qu’il a vécu. (Foa et Rothbaum, 1998, cités par Ho et Lee, 2012).

Ensuite, il y a **la thérapie par mouvements oculaires de désensibilisation (EMDR)**. Celle-ci a été inventée par Francine Shapiro en 1987 et permet de diminuer le stress en ‘‘facilitant l’accès au réseau de la mémoire traumatique et en permettant cette consolidation en forgeant des associations entre la mémoire traumatique et des souvenirs ou des informations plus adaptées’’ (Ho et Lee, 2012). Une fois que le souvenir traumatisant ne provoque plus de stress et que le patient arrive à faire une association positive avec les cognitions problématiques, on recommence la procédure avec des stimuli que le patient peut rencontrer dans sa vie quotidienne et dans sa vie future dans le but de garantir que le patient est guéri et qu’il fonctionnera sans encombre dans son environnement via la transformation et la résolution de sa mémoire traumatique (Shapiro, 2001, cité par Ho et Lee, 2012).

Troisièmement, **les techniques d’hypnose** sont utilisées pour traiter le stress post-traumatique. Les souvenirs traumatiques peuvent être enfuis hors de la conscience et l’hypnose est une technique efficace pour avoir un accès contrôlé sur ceux-ci. Selon Spiegel

et Cardena (1990), ‘‘l’hypnose peut être utilisée pour aider les patients à faire face et à supporter une expérience traumatisante en l’intégrant dans un nouveau contexte, en reconnaissant l’impuissance pendant l’évènement, tout en reliant cette expérience à des souvenirs qui redonnent le moral tels que les efforts d’autoprotection, une affection partagée avec des amis, la capacité de contrôler l’environnement à d’autres moments, etc.’’. Ce qui est intéressant avec l’hypnose, c’est que les patients peuvent réduire les souvenirs intrusifs liés au traumatisme qu’ils ont vécu si on leur enseigne des techniques d’autohypnose.

Enfin, **la sophrologie** est aussi une méthode efficace afin de réduire le stress post-traumatique. ‘‘Elle agit sur les troubles cardiaques ou digestifs, sur les tensions musculaires accumulées, sur les troubles du sommeil, sur les blocages respiratoires, sur les blocages émotionnels, sur les tensions mentales, etc.’’ (Borchi, 2016). La sophrologie fait appel à la relaxation et aide les personnes victimes de stress post-traumatique à prendre conscience de leurs sensations via la détente, la respiration et le relâchement des tensions musculaires qui amènent à une diminution du stress.

Certains médicaments peuvent s’avérer efficaces afin de traiter le stress post-traumatique mais il est important que ceux-ci soient associés à une prise en charge thérapeutique afin d’être efficaces.

10. Les modèles du stress post-traumatique

10.1. Le modèle des deux facteurs de Mowrer (1960)

Mowrer s'est inspiré des travaux sur les mécanismes d'apprentissage de Pavlov et Skinner et démontre que le conditionnement classique et le conditionnement opérant expliquent le développement et le maintien du stress post-traumatique. Ce modèle postule que les symptômes du stress post-traumatique s'expliquent par le fait que des stimuli neutres intervenant en même temps qu'un stimulus inconditionnel vont créer un stimulus aversif (et donc conditionnel). Ce stimulus aversif, représentant une réponse anxieuse semblable à celle provoquée par la situation traumatisante de base, est également capable de conditionner d'autres stimuli similaires par les mécanismes de "second ordre" et de "généralisation des stimuli". C'est de la sorte que vont se créer les réponses émotionnelles et physiologiques d'anxiété, de détresse et de peur chez la personne traumatisée.

En même temps, le renforcement négatif va s'opérer : la personne traumatisée va mettre en place, via le conditionnement opérant, des comportements d'évitement afin d'échapper aux stimuli aversifs (Brillon et al. 1996).

10.2. Le modèle de traitement émotionnel de l'information de Foa et al. (1989) et Foa et Kozak (1986)

Selon ces auteurs, c'est l'interprétation de la situation qui va faire que la personne développera ou non un stress post-traumatique. Ils expliquent que c'est "l'attribution d'une signification de danger à un lien stimulus-réponse autrefois considéré comme sécuritaire ou neutre qui serait à la base du développement du stress post-traumatique" (Brillon et al. 1996). Ils insistent sur la notion d'imprévisibilité et d'incontrôlabilité : ils postulent l'idée selon laquelle une personne développera plus de symptômes si l'évènement traumatisant vécu est perçu comme imprévisible et incontrôlable. Si c'est le cas, la personne aura du mal à faire la différence entre une situation sécuritaire et une situation dangereuse et ce manque de distinction mènerait à un nombre accru de comportements d'évitements et de réactions anxieuses.

10.3. Le Modèle biopsychosocial de Jones et Barlow (1990 ; 1992)

Ce modèle s'inspire de composantes comportementales, biologiques et cognitives. La première composante implique les prédispositions génétiques de la personne. Elle nécessite de se questionner sur la présence de maladies mentales dans l'historique familial. La deuxième composante, la vulnérabilité psychologique, englobe "le lieu de contrôle interne ou externe, la présence de désordres émotionnels précédant l'expérience traumatique et l'expérience d'évènements malheureux antérieurs au traumatisme" (Brillon et al. 1996). Ensuite, c'est l'expérience directe vécue du traumatisme qui entre en jeu. Cette composante englobe la nature, les caractéristiques et les conséquences du traumatisme mais aussi la menace potentielle et les caractéristiques incontrôlables et imprévisibles de la situation traumatisante. La vulnérabilité biologique, psychologique ainsi que l'expérience vécue du traumatisme vont mener à des émotions intenses de peur, de colère ou d'angoisse qui vont à leur tour créer des appréhensions anxieuses de la situation. S'en suit la dernière composante, dite "alarme apprise", qui va apparaître en dernier lieu en l'absence d'une menace réelle. Elle peut se manifester par des attaques de panique, par exemple, et elle va conduire au stress post-traumatique. Les capacités individuelles de la personne à gérer le stress et le soutien social dont elle bénéficie vont être des variables modératrices et vont influencer le développement du stress post-traumatique (Brillon et al. 1996)

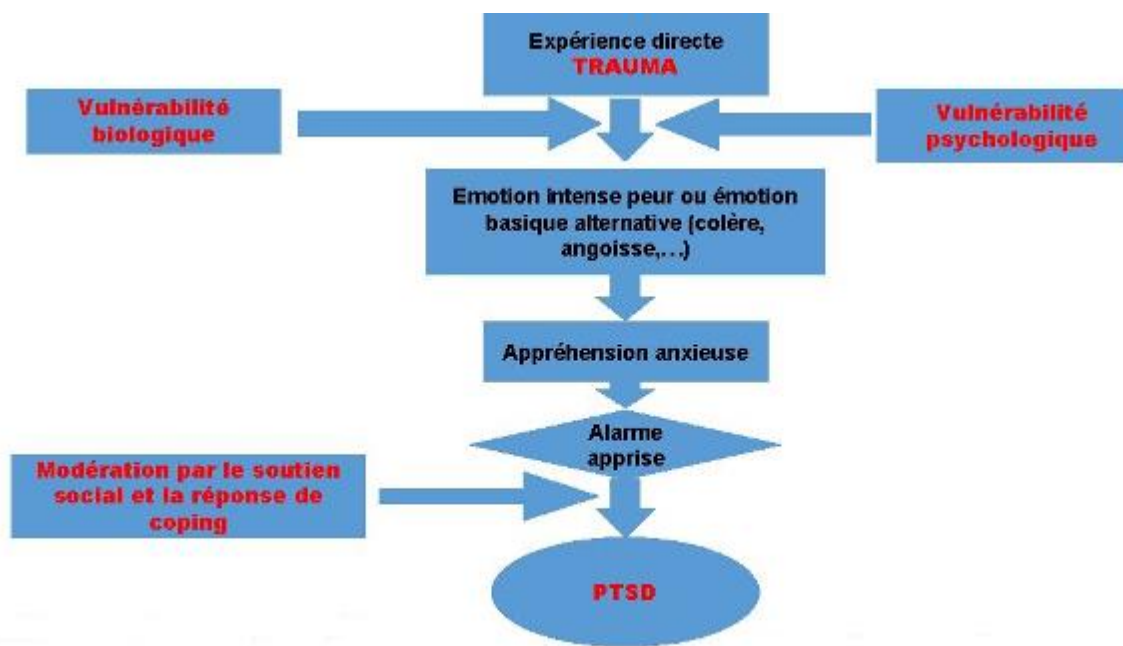


Figure 7 : Modèle biopsychosocial de Jones et Barlow (1990)

10.4. Le modèle des conceptions fondamentales ébranlées de Janoff-Bulman (1985)

Ce modèle se base sur l'expérience de victimisation pour expliquer le stress post-traumatique. Janoff-Bulman se base sur trois concepts fondamentaux pour expliquer sa théorie : la conception que la personne a de sa relation avec le monde, la perception du monde de la personne et la perception que la personne a d'elle-même. Selon lui, une personne qui va vivre un traumatisme va mettre à mal ces trois concepts fondamentaux, ce qui va créer le stress post-traumatique. Premièrement, la personne ne se sentira plus invincible face au monde qui l'entoure et au contraire ressentira de la détresse émotionnelle, de la vulnérabilité et la peur intense de revivre l'évènement. Deuxièmement, le monde en lequel elle avait confiance va devenir dangereux et néfaste. Troisièmement, l'image qu'elle a d'elle-même va changer : elle va se sentir incompétente, dépendante, lâche ou encore coupable. La cohérence interne de la personne va alors s'effondrer et elle va devoir se créer de nouvelles conceptions. Le processus de victimisation engendre un déséquilibre émotionnel et cognitif qui entraîne les symptômes du stress post-traumatique (Brillon et al. 1996).

Selon ces auteurs, le développement du stress post-traumatique peut s'expliquer de deux manières. Soit avec la théorie de Foa et al. (1989) et celle de Jones et Barlow (1990) qui

se rejoignent sur l'importance des caractéristiques de l'évènement traumatisant, notamment en ce qui concerne la nature incontrôlable et imprévisible de celui-ci, soit avec la théorie de Jones et Barlow (1990) et celle de Janoff-Bulman (1985) qui l'expliquent plutôt par les caractéristiques individuelles de la personne (Brillon et al. 1996).

11. Facteurs de risque et de protection du développement traumatique

Il faut rester prudent lorsqu'on parle des facteurs de risque et de protection au sein d'une population car il existe une grande variabilité interindividuelle. En effet, chaque personne est unique et les différents facteurs ne vont pas toucher toutes les personnes de la même manière. De plus, il est important de noter que les facteurs peuvent se confondre. Un même facteur peut être considéré à risque de développer un traumatisme comme, au contraire, être protecteur (Blavier, 2018).

Il existe plusieurs composantes importantes à prendre en compte lorsqu'on parle des facteurs de risque et de protection liés au traumatisme.

La première concerne **la caractéristique de l'évènement**. Si l'évènement traumatique était intentionnel, comme un viol par exemple, le traumatisme vécu risque d'être plus sévère. Une catastrophe naturelle, un accident de voiture, etc. sont des actes non-intentionnels et sont moins à risque de développer un stress post-traumatique. Le degré de violence de l'évènement va aussi avoir un impact. Plus la situation vécue sera intense et violente, plus le risque de développer un traumatisme sera élevé. De plus, si le choix de la victime est fortuit, que l'intention de nuire est présente, le risque sera plus élevé également. On peut aussi parler de l'évènement en le différenciant selon qu'il soit vécu de manière individuelle ou collective. Si la situation traumatisante est collective, le risque est moins élevé de développer un traumatisme. Le degré d'implication de la personne traumatisée va aussi avoir un impact. La personne aura plus de chances de développer un traumatisme si elle a été directement exposée à l'évènement, plutôt que si elle a été témoin directe de la scène. Enfin, la présence de blessures physiques comme les cicatrices va être déterminante (Blavier, 2018).

La deuxième composante implique **la détresse péri-traumatique**. Si la réaction de stress dépasse l'individu, qu'il y a présence d'une dissociation, que la personne subit une grande frayeur et qu'elle développe un état de stress aigu, le risque de développer un

traumatisme sévère est plus élevé. Toute réaction neurophysiologique est également prédictible de développer un stress post-traumatique (Blavier, 2018).

Enfin, la troisième composante implique tout ce qui a trait à **la personne**. Être une femme double le risque de développer un trouble de stress post-traumatique. Avoir des antécédents psychiatriques a le même effet. Pour terminer, avoir un faible niveau socio-économique est un facteur important pour la manifestation de ce trouble (Blavier, 2018).

11.1. Facteurs de risque

De nombreux articles ont mis en évidence un grand nombre d'éléments entrant en jeu dans le développement du stress post-traumatique suite à l'exposition à une situation traumatisante. Le sexe féminin est le premier facteur à mettre en évidence. Il a été prouvé que les femmes ont un risque deux fois plus élevé de développer un stress post-traumatique par rapport aux hommes (Wanklyn et al. 2016). L'âge est aussi corrélé positivement au risque de développer un traumatisme (Bowler et al. 2010 ; Morgan et al. 1995, cités par Jakšić et al. 2012). De plus, un faible niveau socio-économique (Verger et al. 2000), la présence d'antécédents psychiatriques, et le fait d'avoir déjà vécu un ou plusieurs traumatismes psychiques (Brewin et al. 2000 ; Ozer et al. 2003, cités par Jakšić et al. 2012) sont également des variables qui peuvent prédire la survenue d'un traumatisme. Enfin, il faut aussi prendre en compte certains traits de personnalité tels que des hauts niveaux de névrose, d'évitement du danger et/ou de recherche de nouveauté et de sensation (Jakšić et al. 2012).

11.2. Facteurs de protection

La revue de la littérature a démontré que les stratégies de coping efficaces permettent à un individu d'échapper au stress ou du moins le contrôler suite à un événement traumatique. Le coping fait référence à la capacité d'un individu à mettre en place des stratégies adaptées pour faire face à une situation stressante. Resnik (1988) ; Sharkansky et al. (2000) ; North et al. (2001) ; Silver et al. (2002), cités par Olf et al. (2005) s'accordent pour indiquer que les stratégies de coping actives, comme les pensées positives ou faire face de manière active aux problèmes rencontrés, sont associées à de bonnes adaptations face au stress. Silver et al. (2002), cités par Olf et al. (2005) ont étudié les stratégies de coping employées lors des attentats du 11 septembre et les résultats sont congruents : l'utilisation de stratégies de coping actives était la seule méthode qui semblait être protectrice contre la détresse ressentie par les victimes.

Le support social fait aussi partie des facteurs de protection contre le risque de développer un stress post-traumatique. Le support social est défini comme la qualité des interactions d'un individu au sein de son réseau social. Caron et Guay (2005) ont démontré que les relations sociales avaient un impact positif sur la santé et le bien-être. D'autres études montrent qu'avoir des relations sociales adaptées et suffisantes est un puissant facteur de protection contre le développement du stress post-traumatique (Brewin et al. 2000 ; Guay et al. 2011 ; Ozer et al. 2003, cités par Leclerc et al. 2020). Bryant et al. (2015) vont dans ce sens et démontrent que les personnes souffrant de stress post-traumatique vont se rétablir de manière efficace s'ils bénéficient d'un support social adapté.

La résilience est le dernier facteur à prendre en compte lorsque nous parlons de facteurs de protection contre le risque de développer un traumatisme. La résilience fait référence à la capacité d'un individu à s'adapter aux changements lors d'une situation pathogène. Wilson et Drozdek (2004), cités par Agaibi et Wilson (2005), ont montré que les personnes résilientes avaient de très bonnes capacités de récupération suite à un traumatisme ou à un stress vécu. De plus, elles sont capables de mobiliser les ressources nécessaires pour faire face à une situation traumatisante (Agaibi et Wilson, 2005). En résumé, les personnes résilientes sont des personnes flexibles capables de mobiliser les ressources qui leur sont disponibles afin de s'adapter et de faire face aux situations stressantes présentes dans leur environnement.

12. La résilience

On parle de résilience lorsque, face à une situation problématique, un individu a la capacité de s'adapter et de s'ajuster à la situation de façon adéquate. Il existe de nombreuses définitions de la résilience. Il est important de savoir que le terme de résilience au niveau de son utilisation linguistique fait en premier lieu référence à une propriété physique. Selon le dictionnaire anglais "Oxford", la résilience est définie comme "l'activité de rebondir ou de revenir à l'état initial". Elle est également définie comme "la capacité d'un objet à retrouver sa forme structurelle originale, même s'il a été temporairement altéré par des forces externes

qui pourraient le plier ou le compresser au niveau de sa forme''. La résilience dans son utilisation psychologique serait donc la capacité d'une personne à reprendre un fonctionnement normal après avoir subi un stress excessif (Agaibi et Wilson, 2005).

Pooley et Cohen (2010) caractérisent la résilience comme étant un concept complexe et multidimensionnel et ils s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de caractéristique spécifique de la personnalité qui font qu'un individu va être plus résilient qu'un autre. Ils donnent de l'importance aux facteurs circonstanciels et sur la façon avec laquelle l'individu va vivre son expérience stressante. Néanmoins, ils admettent que les personnes définies comme résilientes partagent certaines caractéristiques communes au niveau de leurs attributs dispositionnels : une haute estime de soi, un sentiment d'efficacité élevé, une image de soi positive, un locus de contrôle interne, une vision optimiste du futur, un sentiment de contrôle et de compétence dans sa vie, et, enfin, l'utilisation de stratégies de coping actives. Selon eux, ils ont aussi une histoire familiale stable et cohésive et ils s'engagent dans un support social réciproque avec les autres.

Comme que nous l'avons exposé supra, il existe de nombreuses définitions pour le concept de résilience, mais toutes s'accordent sur le fait qu'elle représente la capacité à s'adapter et à faire face avec succès aux événements stressants et/ou traumatisants. Elle est 'une récupération saine d'un stress extrême et d'un traumatisme'' (Agaibi, 2003 ; Fredrickson, 2002 ; Schore, 2003 ; Southwick et al. 2004 ; Wilson, 1995 ; Zeidner et Endler, 1996 ; Zuckerman, 1999, cités par Agaibi et Wilson, 2005).

12.1. La résilience au sein de la police : facteurs de risque et de protection

Paton et al. (2003) ont proposé une définition de la résilience propre aux policiers : 'La résilience est la capacité d'une personne à s'appuyer sur des ressources individuelles, inter-relationnelles et organisationnelles pour faire face, rebondir ou se développer après la confrontation à des événements potentiellement traumatisants et continuer à fonctionner correctement par la suite''.

Un grand nombre de facteurs entrent en jeu dans le développement de la résilience. Ces facteurs peuvent être considérés à risque de développer un stress post-traumatique après l'exposition à un événement traumatisant. D'autres, au contraire, seront des facteurs de protection afin de diminuer ce risque potentiel. Parmi ces facteurs, nous pouvons déjà citer la culture, la personnalité, le support de l'entourage et l'environnement de travail (Laureys ans Easton, 2019).

Selon Carlson-Johnson et al. (2020), le milieu policier fait face à une multitude de frustrations causées par des problèmes organisationnels, l'imprévisibilité de la discipline, le favoritisme, la politique, ... De plus, l'ambiguïté des rôles qu'ils doivent accomplir, les milieux extrêmes auxquels ils doivent faire face, la constante exposition aux stress et les incidents mettant la vie des policiers en danger constituent les facteurs de risque pour le développement d'un stress post-traumatique. Ces auteurs parlent également du manque d'interaction avec la communauté. Tous ces facteurs de risque peuvent "diminuer le sens de contrôle, l'optimisme et l'espoir" qui ont pourtant été reconnus comme essentiels afin de promouvoir le bien-être et la résilience au sein de la police.

12.1.1. Les stratégies de coping

Les stratégies de coping peuvent permettre aux policiers de développer de la résilience (Fletcher and Sarkar, 2013). Elles sont définies comme "un facteur stabilisant qui peut aider les individus à maintenir une adaptation psychologique pendant des périodes stressantes. Elles nécessitent des efforts cognitifs et comportementaux afin de réduire ou d'éliminer les situations stressantes et sont associées à la détresse émotionnelle" (Holahan et al. 1996).

Les stratégies de coping dites d'engagement semblent efficaces pour lutter contre les événements traumatisants (Holahan and al. 1996). Elles visent à gérer le stress et les émotions qui y sont associées (Carver and Connor-Smith, 2010). Les stratégies de coping d'engagement sont nombreuses et les plus répandues au sein de la police sont celles-ci : l'humour (Evans et al. 2013), les copings de religion et/ou de spiritualité (Peres et al. 2011), et l'acceptation de la situation (Crowe et al. 2017).

Ces stratégies d'engagement peuvent également constituer un facteur de risque au développement du stress post-traumatique. Par exemple, le fait de se blâmer ou avoir une réflexion introspective sur l'évènement traumatisant sont des stratégies qui ne sont pas efficaces (Blaney, 2012). De plus, il a été prouvé que des stratégies de coping de désengagement peuvent permettre au policier de se détacher des menaces perçues ou des émotions qui y sont associées (Easton et Laureys, 2020). Ces stratégies permettent aux policiers de rester concentrés et de "faire le travail à fond" mais il faut rester vigilant (Crowe et al. 2017). En effet, cela semble bénéfique à court terme mais si le policier utilise ce processus de manière prolongée dans le temps, la santé mentale du policier risque d'être mise à mal (Olf et al. 2005).

L'étude menée par Easton et Laureys (2020) sur la résilience des policiers après l'attaque terroriste à l'aéroport de Bruxelles démontre que la stratégie d'engagement la plus utilisée par les policiers consiste à parler avec les autres des événements problématiques rencontrés au travail. Ensuite viennent s'ajouter le support de la part des collègues, les comportements de distraction, l'engagement dans des actions positives, les auto-évaluations, le monologue intérieur positif et l'engourdissement émotionnel. L'utilisation de l'humour est également une stratégie d'engagement utilisée par les policiers.

12.1.2. L'accompagnement social en milieu de travail

L'accompagnement social en milieu de travail est considéré comme un coping de "ressource". Le coping de ressource se définit comme "chaque caractéristique de la personne ou de l'environnement qui peut être utilisé pendant le processus de coping" (Hart et Cooper, 2002). Il a été démontré que les niveaux psychologiques, les comportements actifs dirigés vers un but et la compétence dans la résolution de problèmes sont positivement corrélés avec des hauts niveaux de ressources dans une situation stressante (Hobfoll, 2002).

Easton et Laureys (2020) ont également décelé dans leur étude l'idée selon laquelle la police reconnaît que le soutien sur le lieu de travail est important à la suite de l'exposition à un événement traumatique tant au niveau des efforts fournis qu'au niveau des pertes psychologiques. Selon ces auteurs, il est important pour les équipes de management de promouvoir le sentiment de gratification, la confiance en soi des policiers, et la motivation de ceux-ci pendant les épreuves difficiles. Le soutien émotionnel informel ressort également et il semble primordial d'y prêter attention. En effet, les policiers parlent souvent avec leurs collègues des problèmes rencontrés afin d'évacuer le stress mais il semble qu'ils expriment plutôt de la frustration que les émotions ressenties. L'accès à un suivi psychologique semble donc nécessaire afin d'évacuer les émotions stressantes que vivent ceux-ci, et permettrait d'augmenter le niveau de coping de ressources afin d'augmenter le niveau de résilience de chacun.

12.2. Modèles de la résilience chez les professionnels des services de protection

12.2.1. The salutogenic model

Antonovsky (1990), cité par Burke et Paton (2006), rapporte l'idée selon laquelle le stress est omniprésent dans la vie de tous les jours chez tous les individus. D'après lui, la manière dont une personne va ressentir le stress dans ses dimensions cohérentes, gérables et

significatives va influencer son sentiment de bien-être ainsi que ses capacités de coping. Selon ce modèle, les conceptualisations des processus de stress supposent que ‘plus le sens de la cohérence d’une personne sera fort, plus il est probable que cette personne soit capable de faire face aux stressors de la vie avec succès’. Les connaissances ainsi que les expériences de la vie sont considérées de manière séparées et indépendantes par un pôle positif et négatif. Ce modèle permet de rendre compte de l’importance des facteurs organisationnels en tant que prédictors du stress traumatique (Gist et Woodall, 1998 ; Hart et al. 1993, 1995, cités par Burke et Paton, 2006).

12.2.2. The model of organisational health (Hart & Cooper, 2001)

Ce modèle est en accord avec le modèle salutogenic et repose sur une approche du stress qui est fortement influencée par le processus de ‘dynamique-équilibre’ (Hart, 1994, cité par Burke et Paton, 2006). Selon eux, un grand nombre de variables individuelles et environnementales vont influencer l’apparition du stress. Ils expliquent la survenue du stress par ‘un état de déséquilibre qui se manifeste au sein d’un réseau de variables qui relie les personnes à leur environnement’.

Si l’équilibre se rétablit et qu’il permet à la personne d’avoir un sens de la cohérence globale, la situation créant le déséquilibre peut ‘agir comme un catalyseur d’adaptation et de croissance individuelle’ (Paton, 2006 ; Paton et al. 2003, cités par Burke et Paton, 2006). Si un déséquilibre est présent, on peut le rétablir en identifiant les mécanismes qui ont conduit à celui-ci.

12.2.3. Le modèle actuel

Le modèle actuel se base sur les fondements de la théorie salutogenic ainsi que sur le modèle de Hart et Cooper de 2001. Il a été créé dans le but de simplifier le modèle de santé organisationnel afin de l’employer dans un cadre de service d’urgences (les pompiers, les ambulanciers et les policiers). Cette étude vise, d’une part, à analyser les différents facteurs organisationnels ayant une influence sur le bien-être des professionnels. D’autre part, elle a pour but de ‘soutenir l’idée selon laquelle les influences organisationnelles sont en fait des facteurs saillants dans la détermination du bien-être des employés’ (Burke et Paton, 2006).

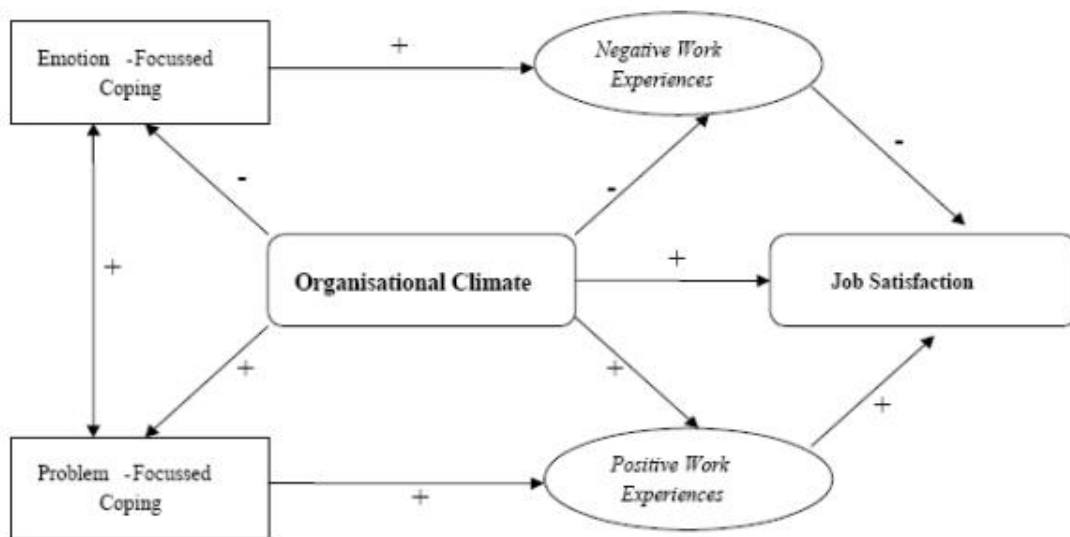


Figure 8 : Modèle actuel des influences organisationnelles (Burke et Paton, 2006)

Dans le but de faire face à des situations stressantes rencontrées dans leur environnement, les professionnels vont mobiliser les stratégies de coping centrées sur les émotions et les stratégies de coping centrées sur les problèmes. Une relation positive va se mettre en place entre ces deux processus. Ensuite, les stratégies de coping centrées sur les émotions vont être influencées négativement par le climat organisationnel et elles vont ensuite avoir une influence positive sur l'expérience des professionnels. En même temps, le climat organisationnel va avoir un effet positif sur les stratégies de coping centrées sur les problèmes, lesquelles vont ensuite avoir une influence positive sur les expériences positives au travail. A posteriori, les expériences négatives au travail vont être influencées négativement par le climat organisationnel, et ce climat organisationnel va aussi avoir des effets positifs sur les expériences positives de travail. Les expériences positives et négatives au travail sont deux facteurs qui vont contribuer de manière équivalente mais indépendante à la satisfaction au travail. Pour terminer, "le climat organisationnel va impacter positivement la satisfaction au travail et va avoir un plus fort impact sur les trois facteurs qui contribuent à la satisfaction au travail". (Burke et Paton, 2006).

Selon Platon et al. (2003), cité par Burke et al. (2006), le bien-être des employés est principalement influencé par les processus organisationnels. Ce modèle montre l'importance du management parce qu'il permet d'améliorer la résilience et l'adaptation des professionnels

qui travaillent dans les services d'urgence.

En conclusion, il existe un grand nombre de facteurs tant individuels qu'environnementaux capables d'influencer la résilience au sein du réseau policier : la perception d'une cohérence personnelle, les connaissances de la personne, les expériences de la vie, les stratégies de coping, la satisfaction au travail, les expériences vécues au travail, ...

13. L'alexithymie

L'alexithymie a d'abord été étudiée selon ses origines biologiques et génétiques (Hoppe et Bogen, 1977 ; Nemiah, 1975 cités par McCaslin et al. 2006). Dans un premier temps, on la décrivait comme étant un trait de personnalité (Sifnéos, 1973). Ensuite, des auteurs ont proposé la théorie selon laquelle l'alexithymie serait un facteur de risque pour plusieurs troubles psychiatriques (Taylor, 1994, cité par McCaslin et al. 2006), dont le stress post-traumatique (Yehuda et al. 1997). D'autres ont ensuite amené l'idée selon laquelle l'alexithymie serait un "état de réaction". Les recherches ont débuté sur l'observation de patients malades qui manifestaient des traits alexithymiques de façon transitoire (Freyberger, 1977, cité par McCaslin et al. 2006). Enfin, l'alexithymie a été pensée comme "une adaptation généralisée aux maladies psychiatriques chroniques incluant le syndrome de stress post-traumatique". (Yehuda & al. 1997).

L'alexithymie est un concept multidimensionnel et les auteurs s'accordent pour dire qu'elle fait intervenir trois composantes : "la difficulté à identifier ses émotions, qui consiste à lutter pour étiqueter correctement une émotion, la difficulté à décrire ses émotions, qui fait référence aux luttes pour pouvoir décrire avec précision les émotions que l'on ressent et les styles de pensée orientés vers l'extérieur, qui fait référence à un style cognitif axé sur les stimuli externes plutôt que sur ses propres émotions ou sur celles des autres" (Bagby et al. 1994).

On considère l'alexithymie sur un continuum, et les taux de prévalence dans la population varient de 9% à 17 % chez les hommes et de 5% à 10 % chez les femmes (Mattila et al. 2007 ; Salminen et al. 1999, cité par Di Tella et al. 2020).

Des études en neuro-imagerie ont indiqué que les patients présentant des troubles alexithymiques manifesteraient une diminution de la connectivité dans les aires du cerveau incluant la conscience émotionnelle et les processus qui font référence à la personne, ainsi qu'une connectivité plus forte au niveau des entrées sensorielles et du contrôle des émotions (Imperatori et al. 2016 ; Liemburg et al. 2012, cité par Di Tella et al. 2020).

D'autres études ont montré qu'une personne présentant des haut niveaux d'alexithymie aura de faibles capacités au niveau de la régulation des émotions, au niveau des processus cognitifs relatifs aux émotions (Taylor et al. 2000, cité par Di Tella et al. 2020), et au niveau des habilités empathiques (Di Tella et al. 2020). De plus, Preece et al. (2020) ont

postulé le fait que les personnes alexithymiques ont une tendance à ‘‘utiliser la suppression des expressions comme stratégie de régulation des émotions, certainement à cause d’un manque de compréhension de ses propres émotions’’.

13.1. L’alexithymie et le traumatisme

Edwards (2019) a montré que les niveaux d’alexithymie semblent associés à la persistance et à la sévérité des symptômes chez les personnes présentant un trouble de stress post-traumatique. Elle dit aussi que plus le niveau de stress posttraumatique est élevé, plus les traits alexithymiques seront élevés. Selon elle, la caractéristique de l’alexithymie la plus saillante en lien avec le stress post-traumatique est la difficulté à identifier ses propres émotions. Les études menées par Orejuela-Davila et al. (2017) vont dans ce sens en affirmant que la difficulté à identifier ses émotions semble être la composante de l’alexithymie la plus corrélée avec les résultats négatifs après avoir vécu un évènement traumatique.

Il est intéressant de savoir que des résultats psychologiques positifs vont de pair avec une grande clarté émotionnelle. En effet, il a été prouvé que plus la clarté émotionnelle était grande, plus le fonctionnement adaptatif et le bien-être étaient élevés (Mayer et al. 2004, cités par Orejuela-Davila et al. 2017) et, plus les styles attributionnels étaient positifs. Cela conduirait à une plus grande satisfaction dans la vie (Palmer et al. 2002, cités par Orejuela-Davila et al. 2017).

En ce qui concerne l’évolution du stress post-traumatique, l’étude de Orejuela-Davila et al. (2017) a montré que le développement de la croissance post-traumatique suite au vécu d’un évènement stressant va être entravé par des hauts niveaux d’alexithymie. Ces hauts niveaux peuvent également amener de la détresse chez les personnes qui en souffrent. Ces auteurs suggèrent qu’un individu vivant un évènement stressant va se détacher de l’anxiété dont il fait face en utilisant ses habilités alexithymiques afin de mettre en place des stratégies d’adaptation d’évitement inconscientes.

Enfin, Yehuda et al. (1997) ont mené une étude chez les survivants de l’holocauste et

ont trouvé une relation positive entre le diagnostic et la sévérité du stress post-traumatique présent et l'alexithymie, sans se soucier du niveau d'exposition des victimes. Cela suggère que c'est la détresse symptomatique liée à l'évènement qui est en lien avec l'alexithymie plutôt que l'exposition à cet évènement.

13.2. L'alexithymie chez les policiers

Une étude menée par Marmar et al. (2006) s'est penchée sur la question de l'alexithymie et du stress post-traumatique au sein d'une population de policiers. D'après cette étude, les policiers ont des niveaux d'alexithymie et de stress post-traumatique plus faibles par rapport à une population de personnes exposées à divers traumatismes. Cela indique de bons niveaux de résilience dans cette population. Les hommes semblent rapporter de plus hauts niveaux d'alexithymie par rapport aux femmes, ce qui peut, d'après ces auteurs, résulter de facteurs sociaux et culturels.

La capacité de détachement émotionnel ainsi que la capacité à maintenir un contrôle émotionnel sont des qualités indispensables chez le policier afin de fonctionner de manière efficace durant les situations critiques. Néanmoins, lors des situations de stress quotidiennement rencontrées par les policiers, cette capacité de contrôle émotionnel peut être mise en péril malgré de hauts niveaux d'alexithymie et exposer ceux-ci à de plus grands risques de détresse ultérieure. De plus, l'identification, la communication et le traitement des émotions sont des composantes de l'alexithymie qui sont importantes à mettre en place suite à l'exposition à des évènements traumatisants, et celles-ci peuvent être entravées à cause de forts niveaux d'alexithymie. Enfin, les auteurs expliquent que "la difficulté à partager ses sentiments peut entraîner une moindre utilisation du soutien social et une plus grande aliénation au travail" (Marmar et al. 2006).

En conclusion, toute personne est susceptible, au cours de sa vie, de développer un trouble du stress post-traumatique. Ces personnes peuvent soit être directement exposées à l'évènement traumatisant, mais elles peuvent aussi être témoin de l'évènement traumatique vécu par un tiers. Le monde des policiers est directement concerné et les probabilités pour ceux-ci de manifester les symptômes du stress posttraumatique identiques à ceux encourus

par les victimes dites ‘primaires’ sont élevés au vu des situations rencontrées durant leur prestation de travail. Un grand nombre de symptômes peuvent se développer tels que les troubles du sommeil, des pensées intrusives, l'évitement des stimuli liés au traumatisme, le sentiment d'insécurité, un éveil physiologique marqué, des changements liés à l'humeur, un désinvestissement professionnel, etc.

Certains facteurs peuvent favoriser la résilience des policiers comme l'environnement de travail, la culture, la personnalité, le soutien social, les stratégies de coping efficaces et la présence d'un accompagnement social au milieu de travail. D'autres, par contre, vont constituer des facteurs de risque au développement du stress post-traumatique. Il s'agit de l'imprévisibilité de la discipline, le favoritisme, un climat organisationnel négatif, des expériences négatives au travail, une mauvaise satisfaction au travail, etc.

Pour terminer, il semble que les personnes avec des hauts niveaux d'alexithymie sont plus enclines à développer un stress post-traumatique suite à l'exposition à une situation traumatisante. Chez les policiers, cela s'explique tout d'abord parce qu'ils sont moins prêts à décrire et exprimer leur ressenti émotionnel, ce qui serait une entrave au soutien de l'entourage. Ensuite, à cause des capacités de contrôle émotionnel élevées dans cette population. En effet, le besoin d'identifier, de communiquer et de traiter les émotions après un traumatisme est important et si les policiers ne font pas intervenir ces processus après un stress intense, cela risque de causer des problèmes à long terme.

PARTIE PRATIQUE

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Peu d'études ont cherché à mettre en évidence les problèmes de stress vécus au sein de la police après un vécu traumatique. Néanmoins, c'est une population à risque au vu des nombreux évènements stressants auxquels les policiers doivent faire face durant toute leur carrière. De plus, les risques liés à la santé, d'une part, et l'ensemble des troubles causés par ces situations stressants tels que les problèmes fonctionnels, les symptômes liés au traumatisme, les changements liés à l'humeur, d'autre part, sont provoqués par le stress post-traumatique et amènent de grandes préoccupations au sein de la santé publique (Franke & al. 2002, cités par Balmer et al. 2014).

La résilience est considérée comme un facteur de protection contre le risque de développer un stress post-traumatique. Certaines expériences mettent en lien la résilience et l'influence du genre, mais les résultats qui en sortent sont contradictoires. D'un côté, les chercheurs ne trouvent aucune influence du genre sur la résilience mais parlent plutôt de développement psychologique et de compétences émotionnelles et cognitives comme facteur d'influence (Isaacs et al. 2017 ; Vogt et al. 2011 cités par Portony et al. 2018). D'un autre côté, des études ont prouvé que le genre peut influencer la résilience. Olf et al. (2007) ont montré que les femmes utilisent davantage des stratégies de coping centrées sur les émotions et des stratégies de coping détachées comparé aux hommes, ce qui amènerait les femmes à développer plus de symptômes de stress post-traumatique.

Cette étude vise à comprendre comment la résilience peut influencer le vécu du traumatisme au sein de la population policière en mettant en évidence des différences potentielles au niveau du genre.

L'alexithymie entretient une forte relation avec le stress post-traumatique. En effet, Yehuda et al. (1997) ont montré un lien entre la sévérité du stress post-traumatique et le niveau d'alexithymie chez les victimes. De plus, il a été prouvé que les hommes ont de plus hauts niveaux d'alexithymie que les femmes. (Marmar et al. 2006).

Nous examinerons dans cette étude les déterminants qui lient l'alexithymie et le vécu traumatisme dans le milieu policier en cherchant à déterminer si l'influence du genre a un impact sur la sévérité du traumatisme vécu.

Nous tenterons de comprendre pourquoi, au sein d'une même population, certains individus sont plus à risque de développer un traumatisme vicariant alors que d'autres sont épargnés à travers la résilience et l'alexithymie.

Enfin, nous examinerons l'éventualité d'un lien entre la résilience et l'alexithymie. En effet, la résilience est considérée comme un facteur de protection et le haut niveau d'alexithymie chez un individu semble, au contraire, être un facteur de risque quant au développement du traumatisme vicariant. Il nous semble intéressant de nous pencher sur la question d'une éventuelle corrélation entre ces deux processus.

HYPOTHESES

Sur base des recherches scientifiques concernant les traumatismes psychologiques dans la population générale et, plus particulièrement, au sein de la police, nous avons formulé deux hypothèses.

1ère hypothèse : Olf & al. (2007) ont montré qu'en général, les hommes et les femmes font une évaluation cognitive de l'évènement traumatique de manière différente, et que les femmes sont plus enclines à percevoir des menaces et des pertes que les hommes, les amenant à développer plus de symptômes de stress post-traumatique. Au sein de la police, cette évaluation cognitive propre aux femmes entraîne de moins bonnes capacités de résilience par rapport aux hommes au niveau de l'aptitude de la personne à surmonter le traumatisme.

Nous formulons donc l'hypothèse selon laquelle plus le traumatisme est élevé, plus les capacités de résilience seront faibles, surtout au niveau du contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, et ce, particulièrement chez les femmes.

2ème hypothèse : selon Grynberg et al. (2014), nous devons mobiliser davantage les ressources attentionnelles face à un stress et l'alexithymie influence les processus émotionnels de peur, en particulier au niveau de la description des émotions et des styles de pensées orientées vers l'extérieur. Ainsi, de hauts niveaux d'alexithymie entraînent de moins bonnes capacités à faire face au stress. Nous pensons que les hommes sont plus touchés car Marmar et al. (2006) ont démontré que les hommes policiers rapportent des niveaux d'alexithymie plus élevés que leurs collègues policières.

Nous émettons l'hypothèse que plus les niveaux d'alexithymie sont élevés, surtout dans les sous-dimensions comprenant la difficulté à décrire ses sentiments aux autres et la pensée opératoire, plus le traumatisme vécu sera sévère, particulièrement chez les hommes.

METHODOLOGIE

Cinquante policiers ont été recrutés sur base de volontariat. Ceux-ci proviennent de différentes zones de police dans toute la Belgique. Nous avons procédé avec des tests auto-rapportés afin d'évaluer la présence d'un traumatisme vicariant chez les participants et de déterminer d'éventuelles influences de certaines variables sur ce traumatisme. Les tests ont été déterminés en fonction de leurs qualités psychométriques afin de répondre à nos hypothèses. Les analyses statistiques ont donné lieu à la vérification de l'effet des différentes variables observées sur le traumatisme vicariant.

1. Recrutement

Pour commencer, nous avons établi une demande au Comité Ethique de la faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education de l'Université de Liège afin d'obtenir l'accord préalable au testing. Suite à quelques modifications, le lancement des questionnaires a été légèrement retardé mais le Comité Ethique a finalement accepté le projet et nous avons pu commencer à tester les sujets.

C'est en mars 2021 que nous avons débuté le recrutement des policiers. Nous avons commencé par introduire un mail au chef de corps du commissariat de la police de Grâce-Hollogne/Awans afin d'obtenir l'autorisation pour tester les policiers de cette zone. La réponse fut positive, mais les questionnaires récoltés étaient insuffisants. Nous avons donc étendu notre recherche à l'ensemble des policiers de Belgique francophone via l'utilisation de questionnaires en ligne.

La covid-19 a modifié notre manière de fonctionner. Au départ, nous devions distribuer les questionnaires en version papier aux différents commissariats. Suite au confinement obligatoire, nous avons décidé de diffuser les questionnaires en ligne via internet. Cette méthode a été très efficace. En effet, elle nous a permis de récolter les questionnaires de 50 policiers, hommes et femmes.

Tous les policiers volontaires furent clairement informés du but de l'étude et de la confidentialité de celle-ci. Ils savaient aussi qu'ils pouvaient quitter l'étude à tout moment, et chacun a marqué l'accord relatif à sa participation.

2. Population

La population de l'étude se compose de 50 policiers provenant de zones de police dans toute la Belgique. Le seul critère d'inclusion était d'être toujours en fonction au moment de l'étude. L'échantillon se compose de 19 policières et de 31 policiers. Les participants sont âgés de 22 à 65 ans et leur ancienneté de travail varie de 1 à 48 ans. En ce qui concerne leur statut civil, 12 policiers sont célibataires, 19 sont en couple, 16 sont mariés et 3 sont divorcés. 14 participants n'ont pas d'enfants, 18 en ont deux et 18 ont deux enfants ou plus. Enfin, en ce qui concerne leur grade au sein de la police, 40 sont inspecteurs de police, ce qui représente une très grande partie de l'échantillon. Ensuite, 7 policiers sont inspecteurs principaux, et deux sont commissaires.

3. Outils d'analyse : les questionnaires

3.1. Questionnaire socio-démographique

Les premières questions posées dans le questionnaire en ligne incluent des informations d'ordre socio-démographiques. Elles ont été élaborées dans le but d'obtenir des renseignements personnels et professionnels chez les policiers. Les questions d'ordre personnelles impliquent des informations sur le sexe de la personne, son âge, son statut civil et le nombre d'enfants qu'elle a. Les questions d'ordre professionnel concernent le grade au sein de la police et les années d'ancienneté du participant.

Ce questionnaire a pour but de mettre en lien des informations intéressantes à propos du participant avec les résultats statistiques obtenus suite au dépouillement des différents questionnaires.

3.2. L'échelle de stress traumatique secondaire – STSS (Bride et al. 2004)

L'échelle de stress traumatique secondaire de Bride et al. (2004) est un instrument de 17 items qui permet de mesurer les réactions des professionnels de l'aide qui ont vécu un stress traumatique lors de leur prestation de travail avec des clients traumatisés. (Jacobs et al, 2019). Elle mesure, en accord avec la définition du DSM-VI pour l'état de stress post-traumatique, les symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative associés à l'exposition indirecte à des événements traumatisants (Bride et al. 2004).

Pour répondre à ce questionnaire, il est demandé aux participants d'évaluer la fréquence à laquelle chaque question est vraie pour lui durant les 7 derniers jours, sur une échelle de type Likert allant de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Les trois dimensions sont l'évitement, l'intrusion et l'éveil. On attribue un score à ces sous-dimensions en additionnant les fréquences choisies par les participants à chaque item. Ce questionnaire ne nécessite pas d'inversement d'items (Bride et al. 2004).

Pour calculer le score d'intrusion, il faut prendre en compte les items 2,3,6,10 et 13. L'intrusion désigne "des souvenirs répétitifs et envahissants, des rêves répétitifs et des cauchemars en lien avec l'évènement et les flashbacks" (Bride et al. 2004).

Le score d'évitement se calcule en prenant les items 1,5,7,9,12,14 et 17. Il désigne "des efforts pour éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse" (Bride et al. 2004).

Enfin, on calcule le score de l'éveil avec les items 4,8,11,15 et 16. Cette dimension se centre sur "la perturbation du sommeil, un comportement irritable, des accès de colère, une hypervigilance et des difficultés de concentration". (Bride et al. 2004).

En ce qui concerne l'interprétation, il faut rester vigilant car elle ne correspond pas à un diagnostic. Les cut-off scores traduisent les résultats et ils s'expriment par des groupes à faibles risques, à risques modérés, à risques sévères et à haut risque de traumatisme secondaire. Ces groupes sont définis en fonction du score total obtenu après l'addition de tous les items. On interprète les résultats des participants ayant un score allant de 28 à 37 avec un stress traumatique secondaire léger. Les scores allant de 38 à 43 correspondent à un stress traumatique secondaire modéré. Les participants ayant des scores de 44 à 48 sont considérés comme présentant un stress traumatique secondaire élevé. Enfin, les personnes avec des scores allant au-delà de 49 sont définies comme présentant un stress traumatique secondaire sévère (Bride et al. 2004).

A propos des qualités psychométriques du questionnaire, elles semblent de bonne qualité. La STSS obtient comme résultat un alpha de 0,94 ce qui signifie qu'elle a des niveaux élevés en ce qui concerne la cohérence interne et la fiabilité. De plus, la fiabilité permet de démontrer que chaque item reflète bien ce qu'il est censé mesurer avec un coefficient alpha de 0,83 pour l'intrusion, de 0,89 pour l'évitement et de 0,85 pour l'éveil. Le niveau élevé de la validité, tant au niveau de la convergence qu'au niveau de la discrimination, a également été démontré (Bride et al. 2004).

L'échelle de stress traumatique secondaire permet d'évaluer les troubles traumatiques existants actuellement, ce qui la différencie des autres outils existants. C'est un grand avantage qu'il est important de souligner. En effet, la moitié des questions font référence à des stressseurs spécifiques à l'exposition des personnes traumatisées, même si elles ressemblent fortement aux items de tests plus classiques. (Bride et al. 2004).

Cette échelle va nous être utile en nous permettant de déceler une éventuelle différence de genre chez les policiers face au développement du traumatisme vicariant. De plus, il va nous donner des informations concernant les liens potentiellement existants entre le traumatisme vicariant, la résilience et l'alexithymie au sein du réseau policier.

3.3. La Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor et Davidson, 2003)

La Connor-Davidson Resilience Scale est un questionnaire composé de 25 items. Il permet d'évaluer les facteurs de protection menant à la résilience. Cette échelle a été développée dans le but de répondre uniquement à l'évaluation des variables individuelles. Les recherches s'intéressant aux caractéristiques personnelles ont mené à la conception de la CD-RISC. Elle se répartit en cinq facteurs (Hébert et al. 2018).

Pour répondre à ce questionnaire, il est demandé aux participants d'évaluer la fréquence à laquelle chaque question est vraie pour elle, sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (presque tout le temps).

Le premier facteur concerne la persistance et le sens de l'efficacité personnelle. Il fait référence à "la compétence personnelle, à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité". Il se calcule en additionnant les items 10,11,12,16,17,23,24 et 25. Le deuxième facteur implique le contrôle émotionnel et cognitif sous la pression. Il correspond à "la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress". On

obtient son score en additionnant les items 6,7,14,15,18,19 et 20. Le troisième facteur est la capacité à rebondir. Il concerne ‘l’acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives’. Il se calcule en additionnant les items 1,2,4,5 et 8. Le quatrième facteur, contrôle/sens, fait référence ‘au sentiment de contrôle’. Son score s’obtient avec les items 13,21 et 22. Enfin, le cinquième facteur concerne la spiritualité et se calcule avec les items 3 et 9 (Hébert et al. 2018).

Pour interpréter cette échelle, il faut additionner le score total de chaque item. Les scores vont de 0 à 100. Plus le score est élevé chez une personne, plus sa capacité de résilience est importante.

En ce qui concerne la fidélité de la version française de la CD-RISC, les résultats prouvent une consistance interne élevée avec un alpha de Cronbach de 0.86. De plus, tous les items représentent bien ce qu’ils doivent représenter avec des corrélations allant de 0,46 à 0,64.

La validité présente aussi des résultats élevés. Elle a été mesurée à l’aide de corrélations entre le score à la CD-RISC et les sous-dimensions. Les résultats montrent une corrélation négative entre la CD-RISC et les scores d’anxiété, d’hostilité et de dépression. Ils montrent également des corrélations positives entre les scores de la CD-RISC et l’indice de bien-être et le sentiment de maîtrise de soi.

Cette échelle peut s’avérer intéressante afin de mettre en lumière une potentielle différence de genre au niveau de la résilience dans le milieu policier. Elle peut aussi nous aider à voir si elle est corrélée avec le traumatisme au sein de la police. De plus, nous pouvons grâce à elle voir s’il existe des liens entre la résilience et l’alexithymie dans cette population d’aidants (Hébert et al. 2018).

3.4. La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

L’échelle d’alexithymie de Toronto (TAS) est un questionnaire qui a vu le jour pendant les années 80. Elle comprend 26 items et mesure cinq dimensions qui permettent d’évaluer ‘L’incapacité à décrire ses émotions, l’incapacité à identifier ses émotions, la baisse des capacités de rêverie et les pensées tournées vers l’extérieur’ (Luminet et al. 2003).

En 1994, le questionnaire a été revisité pour donner lieu à l'échelle d'alexithymie de Toronto dans le but de faire une version plus courte en supprimant la dimension de la rêverie. Loas et al (1995) (cités par Zimmerman et al. 2007) sont à l'origine de la version française de la TAS-20. Cette échelle permet de déterminer le niveau d'alexithymie des participants (Bagby et al. 1994).

Il est demandé aux personnes de répondre à ce questionnaire en évaluant la fréquence à laquelle chaque affirmation est vraie pour elles sur une échelle de type Likert allant de 1 (désaccord parfait) à 5 (accord parfait).

Trois caractéristiques de l'alexithymie sont évaluées. La première dimension concerne la difficulté à identifier ses sentiments et se calcule en additionnant les scores des items 1,3,6,9,11,13 et 14. La deuxième dimension mesure la difficulté à décrire ses sentiments aux autres. On la calcule en additionnant les items 2,4,7,12 et 17. La dernière dimension fait référence à la pensée opératoire ou la difficulté à symboliser. On la mesure en additionnant les items 5,8,10,15,16,18,19 et 20.

Pour l'interprétation, il est important d'inverser les items 4,5,10,18 et 19. Ensuite, il faut additionner les scores de tous les items pour obtenir le résultat total. Les participants avec des scores inférieurs ou égaux à 44 seront considérés comme non alexithymiques. Ceux dont les scores varient entre 45 et 55 seront dits 'subalexithymiques', ce qui signifie que leur fonctionnement est indéterminé. Enfin, les sujets qui auront obtenu des scores supérieurs ou égaux à 56 seront considérés comme alexithymiques.

En ce qui concerne ses qualités psychométriques, la TAS-20 a une consistance interne élevée avec un alpha de Cronbach supérieur à 0,70. Peu d'études se sont intéressées à la fidélité de cette échelle, mais une étude en test-retest réalisée par Bagby et al. (1994) a cherché à l'évaluer. Les résultats indiquent une bonne fidélité du questionnaire ainsi qu'une validité efficiente (Luminet et al. 2003).

L'échelle d'alexithymie de Toronto peut nous aider à déterminer si l'alexithymie a une influence sur le développement du traumatisme vicariant. De plus, elle peut nous informer quant aux éventuelles différences de genre au niveau de ce processus chez les policiers. Enfin, elle va aussi nous permettre de voir si la résilience et l'alexithymie sont corrélées.

RESULTATS

4. Présentation des résultats

4.1. Fréquence des résultats obtenus à la STSS et à la TAS-20

STSS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
elevé	9	18.00	9	18.00
léger	19	38.00	28	56.00
modéré	10	20.00	38	76.00
Aucun	7	14.00	45	90.00
sévère	5	10.00	50	100.00

Tableau 1 : Tableau de fréquence au niveau des résultats obtenus à la STSS

Dans notre échantillon, nous pouvons observer une majorité de policiers présentant un stress traumatique secondaire léger avec un taux de 38%, suivi de 20% présentant un stress traumatique secondaire modéré. 18% ont obtenu des résultats avec un stress traumatique secondaire élevé, 14% semblent ne subir aucun stress traumatique secondaire et 10% présentent un stress traumatique secondaire sévère.

TAS-20	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Alex	12	24.00	12	24.00
Non_Alex	24	48.00	36	72.00
Sub_Alex	14	28.00	50	100.00

Tableau 2 : Tableau de fréquence au niveau des résultats obtenus à la TAS-20

Les données indiquent que 48% des policiers de notre échantillon sont non-alexithymiques, 28% sont considérées comme subalexithymiques et 24% sont alexithymiques.

4.2. STSS et âge du policier

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr > t 	Tolerance	Variance Inflation
Age	1	0.19234	0.14419	1.33	0.1893	0.90070	1.11025

Tableau 3 : Tableau de la régression multiple de la variable métrique "âge" avec la variable « score global à l'échelle de la STSS »

$$H_0 : p = 0$$

La valeur de F est de 1.33 pour la variable "âge" avec une probabilité de dépassement de 0.1893, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle l'âge dans la régression multiple explique le comportement de la variable dépendante, soit le score à l'échelle de la STSS dans la population de policiers.

Autrement dit, les résultats indiquent que l'âge ne permet pas de prédire le niveau de stress traumatique secondaire dans la population de policiers.

4.3. STSS et statut civil du policier

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	832.361798	277.453933	2.85	0.0477

Tableau 4 : Tableau d'une Anova à 1 facteur des scores de la STSS en fonction du statut civil

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

La valeur de F est de 2.85 pour la variable "statut civil" avec une probabilité de dépassement de 0.0477, inférieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle le statut civil explique le comportement de la variable dépendante, soit le score à l'échelle de la STSS dans la population.

4.4. STSS et nombre d'enfants du policier

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	627.440317	209.146772	2.05	0.1196

Tableau 5 : Tableau d'une Anova à 1 facteur des scores de la STSS en fonction du nombre d'enfants

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

La valeur de F est de 2.05 pour la variable "nombre d'enfants" avec une probabilité de dépassement de 0.1196, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle le nombre d'enfants explique le comportement de la variable dépendante, soit le score à l'échelle de la STSS dans cette population.

En conclusion, une variable démographique semble entrer en compte dans le développement d'un traumatisme secondaire chez le policier ; il s'agit du statut civil. Les années d'ancienneté, l'âge ainsi que le nombre d'enfants qu'a le policier semblent ne pas jouer un rôle dans le développement d'un stress traumatique secondaire.

4.5. Hypothèse 1

Hypothèse 1 : plus le stress traumatique est élevé, plus les capacités de résilience seront faibles, surtout au niveau de la sous-dimension "contrôle émotionnel et cognitif sous la pression", et ce, particulièrement chez les femmes.

4.5.1 Traumatisme et résilience

Analysis of Variance					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	6	698.50778	116.41796	1.08	0.3869

R² = 0.13

Parameter Estimates							
Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr > t	Tolerance	Variance Inflation
Intercept	1	43.78853	13.82206	3.17	0.0028	.	0
Total_Persistence	1	-0.01410	0.74401	-0.02	0.9850	0.25105	3.98334
Total_Controle_emo	1	-0.41200	0.73911	-0.56	0.5801	0.52781	1.89463
Total_Rebondir	1	-0.46421	1.07382	-0.43	0.6677	0.37251	2.68450
Total_Controle_Sens	1	-0.38827	1.25862	-0.31	0.7592	0.43998	2.27281
Total_Spiritualite	1	1.32052	1.05895	1.25	0.2191	0.81905	1.22093

Tableau 6 : Tableau de la régression multiple des sous-dimensions de la variable CD-RISC avec la variable « score global à l'échelle de la STSS ».

H₀ : p² = 0

La valeur de F est de 1.08 avec une probabilité de dépassement de 0.3869, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle les sous-dimensions "persistance, contrôle émotionnel, rebondir, contrôle/sens et spiritualité" de la CD-RISC dans la régression multiple n'expliquent rien du comportement de la variable dépendante, soit le score à l'échelle de la STSS dans la population de policiers.

Autrement dit, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse selon laquelle le stress traumatique élevé conduit à des niveaux de résilience faibles chez les policiers.

4.5.2. STSS et persistance

$H_0 : p^2 = 0$

La régression pour la sous-dimension "persistance" est de -0.56 avec une probabilité de dépassement de 0.9850, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores de la sous-dimension "persistance" de la CD-RISC et les scores à l'échelle de la STSS chez les policiers.

4.5.3 STSS et contrôle émotionnel

$H_0 : p^2 = 0$

La régression pour la sous-dimension "contrôle émotionnel" est de -0.27737 avec une probabilité de dépassement de 0.05801, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores de la sous-dimension "contrôle émotionnel" de la CD-RISC et les scores à l'échelle de la STSS chez les policiers.

4.5.4. STSS et rebondir

$H_0 : p^2 = 0$

La régression pour la sous-dimension "rebondir" est de -0.43 avec une probabilité de dépassement de 0.6677, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores de la sous-dimension "rebondir" de la CD-RISC et les scores à l'échelle de la STSS chez les policiers.

4.5.5. STSS et contrôle/sens

$H_0 : p^2 = 0$

La régression pour la sous-dimension "contrôle/sens" est de -0.31 avec une probabilité de dépassement de 0.7592, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse

selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores de la sous-dimension "contrôle/sens" de la CD-RISC et les scores à l'échelle de la STSS chez les policiers.

4.5.6. STSS et spiritualité

$H_0 : p^2 = 0$

La régression pour la sous-dimension "spiritualité" est de 0.25 avec une probabilité de dépassement de 0.2191, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores de la sous-dimension "spiritualité" de la CD-RISC et les scores à l'échelle de la STSS chez les policiers.

En conclusion, lorsqu'on décortique les résultats par sous-dimension, aucun de ceux-ci ne permettent d'observer une relation entre les sous-dimensions de l'échelle de la résilience et le traumatisme secondaire chez les policiers.

4.5.7. Traumatisme, résilience et différence au niveau du genre

Afin de voir s'il existe une différence au niveau du genre pour la résilience chez les policiers en fonction du stress traumatique vécu, nous commencerons par tester les hommes, ensuite les femmes.

Tests for Normality					
Variable	Test	Statistic		p Value	p Value
H. Trauma	Shapiro-Wilk	W	0.976329	Pr < W	0.7050
H. Trauma	Kolmogorov-Smirnov	D	0.106808	Pr > D	>0.150 0
H. Resilience	Shapiro-Wilk	W	0.975606	Pr < W	0.6831
H. Resilience	Kolmogorov-Smirnov	D	0.095062	Pr > D	>0.150 0
F. Trauma	Shapiro-Wilk	W	0.96071	Pr < W	0.5865
F. Trauma	Kolmogorov-Smirnov	D	0.135939	Pr > D	>0.150 0
F. Resilience	Shapiro-Wilk	W	0.966373	Pr < W	0.7023
F. Resilience	Kolmogorov-Smirnov	D	0.157141	Pr > D	>0.150 0

Tableau 7 : Tableau de la distribution normale au niveau du genre pour les échelles "CD-RISC" et "STSS"

Les résultats obtenus nous indiquent que toutes les données sont normalement distribuées, ce qui nous amène à faire un test t pour variances homogènes afin de déterminer une éventuelle différence au niveau du genre sur les échelles "STSS" et "CD-RISC".

Metho d	Variances	DF	t Value	Pr > t
Pooled	Equal	48	0.34	0.7371

Tableau 8 : Tableau de test t pour variance homogène sur l'échelle "STSS" au niveau du genre.

H0 : $\mu_1 = \mu_2$ dans la population

Les résultats indiquent un score t de 0.34 avec une probabilité de dépassement de 0.7371, qui est supérieure à 0.05. Cela nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de différence de genre au niveau des scores à l'échelle de STSS.

En conclusion, les hommes et les femmes ne diffèrent pas au sein de la police en ce qui concerne le stress traumatique secondaire.

Metho d	Variances	DF	t Value	Pr > t
Pooled	Equal	48	-0.25	0.8017

Tableau 9 : Tableau de test t pour variance homogène sur l'échelle "CD-RISC" au niveau du genre.

H0 : $\mu_1 = \mu_2$ dans la population

Les résultats indiquent un score t de -0.25 avec une probabilité de dépassement de 0.8017, qui est supérieure à 0.05. Cela nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de différence de genre au niveau des scores à l'échelle CD-RISC.

En conclusion, les hommes et les femmes ne diffèrent pas au sein de la police en ce qui concerne le niveau de résilience.

4.5.8. Conclusion

En conclusion, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse selon laquelle un traumatisme secondaire élevé mène à une diminution des capacités de résilience spécifiquement chez les femmes au sein de la police. De plus, nous ne pouvons pas confirmer que la sous-dimension "contrôle émotionnel et cognitif sous la pression" joue un rôle particulier.

4.6. Hypothèse 2

Hypothèse 2 : plus les niveaux d'alexithymie sont élevés, surtout dans les sous-dimensions comprenant la difficulté à décrire ses sentiments aux autres et la pensée opératoire, plus le traumatisme vécu sera sévère, particulièrement chez les hommes.

4.6.1. Traumatisme et alexithymie

Analysis of Variance				
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value
Model	3	1012.11254	337.37085	3.61

$R^2 = 0.19$

Parameter Estimates						
Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr > t	Tolerance
Intercept	1	26.25634	7.84677	3.35	0.0016	.
Total_Identifier	1	0.92567	0.38005	2.44	0.0188	0.57465
Total_Descrire	1	0.13086	0.47223	0.28	0.7829	0.54132
Total_Pensee	1	-0.26062	0.41390	-0.63	0.5320	0.82865

Tableau 10 : Tableau de la régression multiple de la variable « score global à l'échelle de la STSS » avec les variables « score à l'échelle des sous-dimension identifier, décrire et pensée »

$H_0 : p^2 = 0$

La valeur de F est de 3.61 avec une probabilité de dépassement de 0.0202, inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle les variables "identifier, décrire et pensée" de la TAS-20 dans la régression multiple n'expliquent rien du comportement de la variable dépendante, soit le score à l'échelle de la STSS dans la population de policiers.

Autrement dit, nous pouvons confirmer l'hypothèse selon laquelle le traumatisme secondaire s'observe davantage chez les policiers ayant une tendance à l'alexithymie.

4.6.2. STSS et identifier

$H_0 : p^2 = 0$

La valeur de t est de 2.44 pour la sous-dimension "identifier" avec une probabilité de dépassement de 0.0188, qui est inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores à la sous-dimension "identifier" de la TAS-20 et la STSS.

4.6.3. STSS et décrire

$H_0 : p^2 = 0$

La valeur de t est de 0.28 pour la sous-dimension "décrire" avec une probabilité de dépassement de 0.7829, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre les scores à la sous-dimension "décrire" de la TAS-20 et la STSS.

4.6.4. STSS et pensée

$H_0 : p^2 = 0$

La valeur de t est de -0.63 pour la sous-dimension "pensée" avec une probabilité de dépassement de 0.5320, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de corrélation entre les scores à la sous-dimension "pensée" de la TAS-20 et la STSS.

En conclusion, les résultats dégagent une relation significative entre la sous-dimension "identifier" de l'échelle d'alexithymie et l'échelle de stress traumatique secondaire.

4.6.5. Traumatisme, alexithymie et différence au niveau du genre

A. Hommes

Pearson Correlation Coefficients, N = 31 Prob > r under H0: Rho=0	
	Total_Alex
Total_Alex	1.00000
Total_Trauma	0.27090 0.1405

Tableau 11 : Tableau de corrélation entre les scores à l'échelle STSS et les scores à l'échelle TAS-20 chez les hommes.

H0 : $p = 0$ -> Nullité de la corrélation entre les deux variables.

La corrélation de Pearson est de 0.27090 avec une probabilité de dépassement de 0.1405, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de corrélation entre les scores à l'échelle de la STSS et les scores à l'échelle de la TAS-20 chez les hommes policiers.

B. Femmes

Pearson Correlation Coefficients, N = 19 Prob > r under H0: Rho=0		
	Total_Alex	Total_Trauma
Total_Alex	1.00000	0.46491
		0.0449
Total_Trauma	0.46491	1.00000
	0.0449	

Tableau 12 Tableau de corrélation entre les scores à l'échelle STSS et les score à l'échelle TAS-20 chez les femmes.

H0 : $p = 0$ -> Nullité de la corrélation entre les deux variables.

La corrélation de Pearson est de 0.46491 avec une probabilité de dépassement de 0.0449, qui est inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de corrélation entre les scores à l'échelle de la STSS et les scores à l'échelle de la TAS-20 chez les femmes policières.

Nous pouvons donc confirmer la présence d'une corrélation entre les niveaux d'alexithymie et le niveau de stress secondaire chez les femmes.

H0 : $u_1 = u_2$ dans la population

Néanmoins, lorsqu'on fait un test Z pour comparer les deux corrélations, on obtient un Z score de -0.70 avec une probabilité de dépassement de 0.48 qui est inférieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de différence de genre au niveau des scores de la TAS-20.

4.6.6. Conclusion

En conclusion, nous pouvons confirmer l'hypothèse selon laquelle des hauts niveaux d'alexithymie vont conduire à un vécu du traumatisme plus important, mais nous ne pouvons pas confirmer le fait que les hommes sont plus touchés par ce phénomène dans une population de policiers. De plus, nous ne pouvons pas admettre que les sous-dimensions "décrire" et "pensée" sont en relation avec le traumatisme secondaire mais que la dimension de l'échelle d'alexithymie qui joue un rôle dans le stress traumatique secondaire est la difficulté à identifier ses sentiments.

4.7. Traumatisme secondaire, résilience et alexithymie

Pearson Correlation Coefficients, N = 50 Prob > r under H0: Rho=0			
	Total_Trauma	Total_Resilience	Total_Alex
Total_Trauma	1.00000	-0.21521	0.33947
		0.1334	0.0159
Total_Resilience	-0.21521	1.00000	-0.41918
	0.1334		0.0024
Total_Alex	0.33947	-0.41918	1.00000
	0.0159	0.0024	

Tableau 13 : Tableau de corrélation entre les scores à l'échelle STSS, les scores à l'échelle TAS-20 et les scores de la CD-RISQ chez les policiers.

4.7.1 STSS et TAS-20

H0 : $p = 0$

La corrélation de Pearson est de 0.33947 avec une probabilité de dépassement de 0.0159, qui est inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle il y a

une absence de corrélation entre les scores à l'échelle de la STSS et les scores à l'échelle de la TAS-20 chez les policiers.

4.7.2. CD-RISC et TAS-20

$H_0 : p = 0$

La corrélation de Pearson est de -0.41918 avec une probabilité de dépassement de 0.0024, qui est inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de corrélation entre les scores à l'échelle de la CD-RISC et les scores à l'échelle de la TAS-20 chez les policiers.

4.7.3. STSS et CD-RISC

$H_0 : p = 0$

La corrélation de Pearson est de -0.21521 avec une probabilité de dépassement de 0.1334, qui est supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de corrélation entre les scores à l'échelle de la STSS et les scores à l'échelle de la CD-RISC chez les policiers.

Ces résultats nous permettent d'affirmer qu'une corrélation est bien présente entre le niveau du stress traumatique et les scores d'alexithymie au sein de la police. De plus, nous pouvons affirmer que le niveau de résilience dans cette population est corrélé négativement avec le niveau d'alexithymie. Par contre, les résultats ne nous permettent pas de confirmer qu'il existe une corrélation entre le niveau de traumatisme et le niveau de résilience chez les policiers.

4.8. Résilience et alexithymie

Au vu de la corrélation significative entre la résilience et le traumatisme, nous avons décidé de faire une régression afin de déterminer si l'alexithymie avait un impact sur la résilience.

Analysis of Variance				
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value
Model	1	815.94461	815.94461	10.23

$$R^2 = 0.1757$$

Parameter Estimates					
Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr > t
Intercept	1	91.02095	6.10347	14.91	<.0001
Total_Alex	1	-0.40451	0.12646	-3.20	0.0024

Tableau 14 : Tableau de la régression multiple de la variable "score global à l'échelle de régression" avec la variable "score global à l'échelle d'alexithymie"

$H_0 : \rho^2 = 0$

La valeur de F est de 10.23 avec une probabilité de dépassement de 0.0024, qui est inférieure à 0.05, ce qui nous permet de rejeter l'hypothèse selon laquelle il y a une absence de relation entre l'alexithymie et la résilience.

En d'autres termes, plus les niveaux d'alexithymie seront élevés chez les policiers, plus les niveaux de résiliences seront faibles dans cette population.

5. INTERPRETATION ET DISCUSSION

5.1. Echantillon

Nous pouvons constater dans notre échantillon un nombre plus élevé d'hommes par rapport au nombre de femmes. Les femmes n'ont eu accès au métier de policier qu'à partir de 1981. Les hommes sont plus enclins à choisir la fonction de policier rapidement tandis que les femmes préfèrent terminer leurs études avant de postuler. Ces explications sont peut-être à l'origine de cette différence.

5.2. STSS et variable statut civil

Sachant que le soutien social est un facteur de protection contre le risque de développer un stress traumatique secondaire au sein de la police, nous avons comparé le statut civil des participants avec l'échelle de stress traumatique secondaire. Notre échantillon comprend 12 policiers célibataires, 19 en couple, 16 mariés et 3 divorcés. Les résultats montrent que le statut civil peut influencer le développement d'un traumatisme chez le policier, ce qui est en accord avec les études précédentes selon lesquelles le soutien social est un facteur de protection contre le risque de développer un stress post-traumatique. En effet, Marchand et al. (2011) a montré que pouvoir parler d'un événement potentiellement traumatisant vécu sur son lieu de travail réduit le risque de développer les symptômes du stress post-traumatique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les participants qui ne sont pas en couple ou mariés bénéficieraient moins du support social comparé aux autres parce qu'ils n'auraient pas l'occasion de discuter des problèmes rencontrés lors des prestations de travail avec leurs conjoints.

5.4. Hypothèse 1

L'objectif premier de cette étude est de voir si le stress traumatique secondaire peut influencer la résilience des policiers. Pour ce faire, nous avons comparé les hommes et les femmes en leur faisant passer l'échelle de stress post-traumatique ainsi que l'échelle de résilience de Connor et Davidson (2003). Notre hypothèse tente de démontrer que plus le traumatisme est élevé, plus les capacités de résilience seront faibles, surtout pour la sous-dimension ‘ ‘contrôle émotionnel et cognitif sous la pression’ ’, et ce, particulièrement chez les femmes.

5.4.1. Résilience et traumatisme

Les résultats principaux indiquent que le traumatisme n'a aucune influence sur la résilience des policiers. Les scores totaux de l'échelle de résilience ne peuvent pas être expliqués par le stress traumatique vécu.

Nous avons ensuite tenté de mettre en évidence un éventuel impact du traumatisme sur les sous-dimensions de l'échelle de la résilience afin de voir si cette variable pouvait impacter plus qu'une autre le score collecté de chaque sous-dimension.

Les résultats révèlent qu'aucune dimension n'est touchée par le vécu traumatique. Que ce soit la persistance (qui fait référence à la compétence personnelle, à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité), le contrôle émotionnel et cognitif sous la pression (qui correspond à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress), la capacité de rebondir (qui concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives), le contrôle/sens (qui fait référence au sentiment de contrôle) et la spiritualité. Aucune de ces sous-dimensions n'est impactée par le stress traumatique secondaire du policier.

Des études menées vont dans ce sens. Les chercheurs n'ont trouvé aucune influence de genre sur la résilience mais parlent plutôt de développement psychologique et de compétences émotionnelles et cognitives comme facteur d'influence (Isaacs et al. 2017 ; Vogt et al. 2011 cités par Portony et al. 2018), ce qui vient appuyer nos résultats.

5.4.2. Résilience, traumatisme et genre

Nous avons ensuite essayé de mettre en évidence une différence de genre chez les policiers après un vécu traumatique au niveau de la résilience.

Pour ce faire, nous avons testé la différence de genre sur l'échelle de stress traumatique secondaire et ensuite, nous avons testé cette différence sur l'échelle de résilience de Connor et Davidson (2003). Les résultats n'ont révélé aucune différence de genre tant au niveau du stress traumatique vécu qu'au niveau des taux de résilience dans cet échantillon.

5.4.3. Genre et traumatisme

Au sein de cette population de policiers, les résultats ne révèlent aucune différence de genre au niveau du stress traumatique secondaire. Les résultats sont en contradiction avec d'autres études menées au sein d'une population générale montrant que les femmes ont un risque double de souffrir d'un stress post-traumatique par rapport aux hommes (Brillon, 2004). En effet, selon Tolin et Foa (2006), un niveau d'exposition à une situation traumatisante similaire engendre de plus hauts risques de développer un stress post-traumatique si cette exposition est vécue par une femme.

Des études ont été menées au sein d'une population policière et ont des résultats similaires aux nôtres (Asmundson & Stapleton, 2008 ; Hodgins, Creamer & Bell, 2001 ; Pole, Best, Weiss, Metzler, Liberman, Fagan et al., 2001 ; Stephens & Long, 1999, cités par Marchand et al., 2011). Ces études ont prouvé que, "contrairement à la population générale, les femmes policières ne seraient pas plus à risque de développer un état de stress post-traumatique suite à l'exposition à une situation traumatisante que leurs collègues de sexe masculin".

5.4.4. Genre et résilience

Nous ne pouvons pas affirmer qu'une différence de genre est présente au niveau de la résilience chez les participants. Il serait intéressant pour de futures recherches d'explorer cette problématique en profondeur car certaines études menées par Yoo et Franke (2011) ont montré que les femmes policières présentaient des niveaux de stress plus élevés que les hommes policiers, tandis que d'autres études ont des résultats contradictoires avec des niveaux de stress plus élevés pour le sexe masculin au sein de la police (Yao., 2011, cité par Robinson et al., 2014). De plus, des recherches ont été effectuées afin de déterminer une différence de genre pour la dimension de résilience à la police et les résultats indiquent des différences significatives entre les hommes et les femmes (Loo, 2003 ; Kurtz, 2008 ; Violanti et al., 2008, cités par Robinson et al., 2014). Il faut donc rester vigilant à la lecture des résultats de cette étude et garder à l'esprit que ces résultats ne concordent pas avec certaines études s'intéressant à ce phénomène dans le milieu policier.

5.5. Hypothèse 2

Le deuxième objectif de cette étude consiste à observer un lien entre le stress traumatique secondaire et l'alexithymie des policiers. Pour se faire, nous avons comparé les hommes et les femmes en leur faisant passer l'échelle de stress post-traumatique secondaire ainsi que l'échelle d'alexithymie de Toronto. Notre hypothèse est la suivante : "Plus les niveaux d'alexithymie sont élevés, surtout dans les sous-dimensions comprenant la difficulté à décrire ses sentiments aux autres et la pensée opératoire, plus le stress traumatique secondaire sera élevé, particulièrement chez les hommes."

Traumatisme et alexithymie et différence de genre

Afin de déterminer si l'alexithymie avait un impact sur le stress traumatique secondaire des participants, nous avons réalisé une régression de la variable "score global" à l'échelle de stress traumatique secondaire avec les sous-dimensions de l'échelle d'alexithymie, soit la difficulté à identifier ses sentiments, la difficulté à décrire ses sentiments aux autres et la pensée opératoire. Les résultats ont indiqué que les niveaux d'alexithymie avaient bel et bien un impact sur le vécu traumatique des policiers.

En ce qui concerne les sous-dimensions de l'alexithymie, il semble qu'elles ne soient pas toutes un facteur pouvant mener au stress traumatique secondaire. Les résultats démontrent que les sous-dimensions "difficulté à décrire ses sentiments" et "pensée opératoire" n'ont pas d'impact sur le développement du traumatisme. Contrairement, la sous-dimension "identifier" semble être un facteur de risque au développement du stress traumatique secondaire chez les policiers. En d'autres termes, le traumatisme secondaire est plus élevé chez les policiers qui rencontrent des difficultés à identifier leurs sentiments. La difficulté à décrire ses sentiments aux autres et la pensée opératoire semblent n'avoir aucun impact sur le développement du stress traumatique secondaire dans cette population.

D'autres études cherchant à mettre en évidence l'impact de l'alexithymie sur le stress traumatique indiquent qu'il existe un lien entre la sévérité des symptômes du stress post-traumatique avec les sous-dimensions "difficulté à identifier ses émotions" et "difficulté à décrire ses émotions" (Frewen et al. 2008). Cela vient appuyer les résultats significatifs pour la sous-dimension "identifier" mais nous avons trouvé des résultats contradictoires concernant la sous-dimension "difficulté à décrire ses émotions". Une étude supplémentaire sur les niveaux d'alexithymie au sein de la police serait bénéfique afin de comparer ces sous-dimensions entre elles dans un plus grand échantillon afin de déterminer si la difficulté à décrire ses émotions a un impact sur le traumatisme secondaire.

Par la suite, nous avons tenté de voir s'il existait une différence de genre sur les scores d'alexithymie en prenant en compte les scores à l'échelle du stress traumatique secondaire. Pour ce faire, nous avons, dans un premier temps, fait une corrélation des scores totaux de l'échelle de stress traumatique secondaire avec les scores totaux de l'échelle d'alexithymie de Toronto chez les hommes, puis chez les femmes. Les résultats semblent contradictoires, avec une corrélation significative entre l'alexithymie et le traumatisme vécu chez les femmes et une corrélation non significative de ces deux variables chez les hommes. Nous avons alors réalisé une comparaison de ces deux corrélations avec un test Z afin de déterminer si oui ou non la différence de genre était significative. Les résultats ont indiqué que les hommes et les femmes avaient des niveaux d'alexithymie relativement similaires en fonction du stress traumatique secondaire.

En conclusion, nous pouvons confirmer l'hypothèse selon laquelle des hauts niveaux d'alexithymie mènent à un stress traumatique secondaire plus important chez les policiers.

Des recherches ont été menées afin d'évaluer le risque de développer des troubles mentaux en fonction de hauts niveaux d'alexithymie et il en ressort un risque plus élevé de développer de la dépression, des troubles alimentaires, des abus de substances, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique (Taylor, 2000, cité par Eid, 2015). Cela appuie les résultats de notre étude considérant l'alexithymie comme un facteur prédisposant au risque de développer un stress traumatique secondaire.

Enfin, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse selon laquelle les hommes sont plus enclins à développer un stress traumatique secondaire parce qu'ils ont des niveaux d'alexithymie plus élevés que les femmes au vu des résultats ne permettant pas de mettre en évidence une différence de genre sur les niveaux d'alexithymie.

5.6. Résultats complémentaires

Traumatisme, alexithymie et résilience

Au vu des résultats obtenus, il nous a semblé intéressant de réaliser une corrélation entre les scores totaux aux échelles de stress traumatique secondaire, de résilience et d'alexithymie.

Premièrement, dans le but de vérifier les résultats obtenus mais aussi pour voir si un lien existait entre les scores à l'échelle de résilience et ceux à l'échelle d'alexithymie.

Les résultats indiquent une corrélation non-significative entre les scores à l'échelle de stress traumatique secondaire et les scores à l'échelle de résilience. Cela confirme les résultats obtenus conduisant au rejet de notre première hypothèse selon laquelle le traumatisme secondaire influence la résilience chez les policiers.

Ensuite, nous pouvons observer une corrélation significative entre les scores à l'échelle de stress post-traumatique et les scores à l'échelle d'alexithymie. Cela avait déjà été confirmé par d'autres études cherchant une corrélation entre l'alexithymie et les symptômes du stress post-traumatique (Badura, 2003; Cloitre, Scarvalone, & Difede, 1997; Fukunishi, Sasaki, Chishima, Anze, & Saijo, 1996; Hyer, Woods, Summers, Boudswyns, & Harrison, 1990; Monson, Price, Rodriguez, Ripley, & Warner, 2004; Söndergaard & Theorell, 2004; Yehuda et al., 1997; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001, cités par Frewen et al., 2008) et

ça vient appuyer la confirmation de notre deuxième hypothèse selon laquelle des hauts niveaux d'alexithymie engendrent un vécu traumatique plus élevé.

La corrélation obtenue entre les scores à l'échelle de résilience et les scores à l'échelle d'alexithymie était significative. Cela nous a mené à nous pencher sur la question. Un lien entre le niveau de résilience et le niveau d'alexithymie est présent au sein de la police. Suite à la lecture de ces résultats, nous avons décidé d'amener une troisième hypothèse selon laquelle, au sein de la police, plus les niveaux d'alexithymie sont élevés, plus la résilience est faible.

Afin de tester cette hypothèse, nous avons réalisé une régression entre les scores totaux de l'échelle de résilience et les scores totaux de l'échelle d'alexithymie. Les résultats qui en ressortent sont significatifs, ce qui nous amène à confirmer l'hypothèse selon laquelle plus les niveaux d'alexithymie sont élevés chez un policier, plus ses capacités de résiliences seront faibles. De futures recherches pourraient s'intéresser à ce phénomène dans le but d'amener des théories explicatives concernant l'impact de l'alexithymie sur la résilience

5.7. Limites de l'étude

Une première limite que nous pouvons apercevoir dans notre étude est : les questionnaires en ligne. En effet, la situation sanitaire liée à la Covid-19 ne nous a pas permis d'être présents lors de la passation. Des lors, il est possible que les policiers se soient posé des questions auxquelles nous n'avons pas pu répondre, qu'ils aient été distraits lorsqu'ils répondaient aux questionnaires, et que leurs collègues les aient influencés pour certains choix de réponse.

De plus, notre étude se limite à la Belgique. Il serait bénéfique d'entreprendre une telle étude à un niveau plus élargi, en prenant en compte d'autre pays afin de déceler une éventuelle différence culturelle pour généraliser l'ensemble des résultats. En effet, notre échantillon ne représente qu'une infime partie de la population de policiers. De surcroît, la distribution du genre n'est pas normalement distribuée étant donné que notre échantillon comporte 19 sujets féminins et 31 sujets masculins, ce qui peut s'expliquer par le fait que l'univers policier se compose majoritairement d'hommes. Il aurait été bénéfique d'avoir une population comportant le même nombre d'hommes et de femmes dans le but d'être certain que les résultats obtenus soient significatifs.

Une autre limite à souligner dans notre étude est qu'elle est uniquement quantitative. Cela aurait été intéressant d'y ajouter une partie qualitative en réalisant des entretiens semi-structurés. Ça nous aurait permis d'analyser en profondeur le vécu des policiers et d'avoir un avis personnel sur leur ressenti concernant le stress vécu sur le lieu de travail. Il serait utile par la suite d'effectuer une étude qualitative afin d'explicitier les résultats obtenus par le biais du discours des policiers.

Dans le futur, il serait intéressant d'ajouter un questionnaire mesurant l'utilisation des stratégies de coping. Notre première hypothèse concerne l'impact du traumatisme sur la résilience. Elle est fondée sur la revue de littérature impliquant l'impact des stratégies de coping différentes entre les hommes et les femmes. Dès lors, il serait intéressant de se questionner sur ces stratégies mises en place par les policiers afin de pouvoir expliquer en profondeur ce phénomène de résilience au sein de la police.

L'échelle de stress traumatique secondaire (Bride et al. 2004) présente une limite à mettre en évidence. Elle impose aux participants de répondre sur base de leur vécu des 7 derniers jours précédant la participation à l'étude. Or, le métier de policier est très variable et peut changer d'une semaine à l'autre. Cela engendre la possibilité que les policiers répondant au questionnaire pourraient avoir des réponses différentes en fonction de la fluctuation de la quantité de travail menant à un vécu différent de semaine en semaine.

Enfin, force est de constater que la crise sanitaire liée à la Covid-19 a peut-être influencé le niveau de stress vécu par les policiers. Les questionnaires ont été administrés durant la pandémie et les policiers ont été hautement sollicités durant cette période, les amenant à gérer la crise en vérifiant le respect des limites imposées que ce soit durant le confinement ou durant le déconfinement.

6. CONCLUSION

Au sein d'une population de policiers constituée de 31 hommes et 19 femmes âgés entre 22 et 65 ans, nous avons étudié le stress traumatique secondaire en se penchant plus particulièrement sur les processus de résilience et d'alexithymie.

Les résultats statistiques sont en accord avec les recherches précédentes montrant que, contrairement à la population générale où les femmes présentent un risque double de développer un stress post-traumatique, ce n'est pas le cas au sein de la police. Les policiers présentent donc un risque similaire de développer un stress traumatique secondaire, qu'ils soient de sexe féminin ou masculin.

Concernant la résilience, cette étude démontre qu'elle ne diffère pas selon le genre. De plus, il semble que le vécu traumatique des policiers n'influence pas les niveaux de résilience chez ceux-ci.

L'alexithymie, quant à elle, va influencer le vécu traumatique. En effet, les résultats statistiques démontrent que plus les niveaux d'alexithymie seront élevés chez le policier, plus le stress traumatique secondaire vécu sera important. Le genre semble n'avoir aucun impact sur ce phénomène.

Cette étude a également démontré qu'un lien était présent entre l'alexithymie et la résilience. Grâce aux analyses statistiques complémentaires, nous avons pu prouver que les scores élevés d'alexithymie engendraient de moins bonnes capacités de résilience au sein du réseau policier.

Le support social est un facteur de protection qui semble important à prendre en compte. En effet, notre échantillon comportait 12 personnes célibataires et 4 personnes divorcées et celles-ci semblaient plus enclines à rapporter des scores élevés à l'échelle de stress traumatique secondaire.

Pour terminer, les recherches futures pourraient s'intéresser au traumatisme secondaire au sein de la police avec un échantillon plus conséquent afin qu'il soit plus représentatif de cette population. Il serait intéressant d'élargir la population et d'explorer ce phénomène dans d'autres pays pour déterminer si ce traumatisme secondaire n'est pas influencé par d'autres facteurs comme la culture. Enfin, l'influence de l'alexithymie sur le stress traumatique

secondaire et sur la résilience pourrait s'étudier sur une autre population d'intervenants de première ligne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience A Review of the Literature. *Trauma Violence & Abuse*, 6(3), 195-216.

<https://doi.org/10.1177/1524838005277438>

American Psychiatric Association. (2000). *MINI DSM-IV-TR : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : Text revision* (4th ed.). Traduction française par Guelfi, J.-D., *MINI DSM-IV-TR : Critères diagnostiques*. (2004).

American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Arble, E., Daugherty, A. M., & Arnetz, B. B. (2018). Models of first responder coping: Police officers as a unique population. *Stress Health*, 34(5), 612-621.

<https://doi.org/10.1002/smi.2821>

Badura, A. S. (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Anxiety Disorders*, 17(3), 349-360. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00201-3](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00201-3)

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)

Balmer, G. M., Pooley, J. A., & Cohen, L. (2014). Psychological resilience of Western Australian police officers: Relationship between resilience, coping style, psychological functioning and demographics. *Police Practice & Research: An International Journal*, 15(4), 270-282. <https://doi.org/10.1080/15614263.2013.845938>

Baubet, T. (2020). *Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats ?* Santé Publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats#block-224852>

Blaney, L. S. (2012). Beyond 'Knee Jerk' Reaction: CISM as a Health Promotion Construct. *The Irish Journal of Psychology*, 30(1-2), 37-57.

<https://doi.org/10.1080/03033910.2009.10446297>

Blavier, A. (2018). Cours de Psychotraumatisme. Liège, Belgique : Université de Liège

Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66, 745-757. <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>

Borchi, S. (6 aout 2016). *Attentat : la sophrologie pour soulager le stress post-traumatique*. EFDS. <https://www.efds-sophrologie.fr/attentat-sophrologie-soulager-stress-post-traumatique/>

Boudoukha, A. (2013). Chapitre 2. Trouble de stress post-traumatique: Le cas de Monsieur T. *Traiter l'Anxiété: 11 cas pratiques enfants et adultes en TCC*, 30-43.

<https://doi.org/10.3917/dunod.rusin.2013.01.0030>

Bouvier, G., & Dellucci, H. (2017). Chapitre 25. Les traumatismes vicariants. *Pratique de la psychothérapie EMDR*, 269-278.

Bouvier, G. (2019). Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge. Vicarious traumas: Definition, context and proposals for care. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.004>

Breslau, N., Kessler R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-32. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>

Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse, 10*(3), 198-210.

<https://doi.org/10.1177/1524838009334448>

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.5.748>

Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>

Brillon, P., Marchand A., & Stephenson, R. (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Sante mentale au Quebec, 21*(1). <https://doi.org/10.7202/032383ar>

Brillon, P. (2004). *Se relever d'un traumatisme*. Outremont (Québec), Canada : Quebecor

Bryant, R. A., Nickerson, A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Galatzer-Levy, I., McFarlane, A. C., & Silove, D. (2015). Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science, 206*(5), 417-23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145516>

Burke, K. J., & Paton, D. (2006). Well-being in protective services personnel: Organisational Influences. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 2*(2). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/239526148_Well-being_in_protective_services_personnel_Organisational_Influences

Campbel, S. (1994). Stress et engagement organisationnel chez trois groupes de policiers-patrouilleurs [Master's thesis, University of Québec]. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/5228/1/000607728.pdf>

Carlier, I. V., Lamberts, R. D., & Gersons, B. P. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(8), 498-506. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00004>

Carlson-Johnson, O., Grant, H., & Lavery, C. F. (2020). Caring for the Guardians—Exploring Needed Directions and Best Practices for Police Resilience Practice and Research. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01874>

Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 15-41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>

Chapelle, F. (2018). 16. Modèle de Karasek. *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions*, 107-112. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0107>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Crowe, A., Glass, J. S., Lancaster, L. F., Raines, J. M., & Waggy, M. R. (2017). A Content Analysis of Psychological Resilience Among First Responders and the General Population. *Psychology Journal of Police Emergency Response, 7*(1). <https://doi.org/10.1177/2158244017698530>

Darensburg, T., Andrew, M. E., Hartley, T. A., Fekedulegn, D., Burchfiel, C. M., & Violanti, J. M. (2006). Gender and age differences in posttraumatic stress disorder and depression among Buffalo police officers. *Traumatology, 12*(3), 200-228. <https://doi.org/10.1177/1534765606296271>

Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de Neuropsychologie, 2*(2), 133-144. <https://doi.org/10.3917/rne.022.0133>

De Soir, E. (2000). Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte. *Les traumatismes psychiques*. Retrieved from http://www.erikdesoir.be/files/les_traumatismes_pshychologiques.pdf

Des Roches, J., & Dolan, S.L. (1988). *Étude empirique de certaines dimensions de la qualité de vie au travail chez les policiers* (Doctoral dissertation). Université de Montréal, Montréal.

Di Tella, M., Adenzato, M., Catmur, C., Miti, F., Castelli, L., & Ardito, R. B. (2020). The role of alexithymia in social cognitions: Evidence from a non-clinical population. *Journal of Affective Disorders*, 273, 482-492. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.012>

Ducrocq, F. (2009). Le psychotrauma en chiffres : Des enjeux multiples. *Stress et Trauma*, 9(4), 199-200. Retrieved from https://traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-199-200_Ducrocq.pdf

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 255-274. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015>

Easton, M., & Laureys, V. (2020). Behind blue lights : exploring police officers' resilience after the terrorist attack at Brussels Airport on March 22, 2016. *The Quarterly Journal*, 19(3), 77-97. <https://doi.org/10.11610/Connections.19.3.06>

Edwards, E. R. (2019). Posttraumatic stress and alexithymia: A meta-analysis of presentation and severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000539>

Edwards J.R., Cooper C.L. (2013) The Person-Environment Fit Approach to Stress: Recurring Problems and Some Suggested Solutions. *Stress to Wellbeing. 1*, 91-108. https://doi.org/10.1057/9781137310651_5

Eid, P. (2015). Alexithymie et perceptions de la satisfaction conjugale et de la violence entre partenaires intimes (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://archipel.uqam.ca/8131/1/D2950.pdf>

Evans, R., Pistrang, N., & Billings, J. (2013). Police officers' experiences of supportive and unsupportive social interactions following traumatic incidents. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19696>

Fevrier, M. (7 avril 2020). *Trouble de stress post traumatique, croissance post-traumatique et résilience...* Psy'Cli Nantes. <https://psycli.fr/trouble-de-stress-post-traumatique-croissance-post-traumatique-et-resilience/>

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist, 18*(1), 12–23.
<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239.
<https://doi.org/10.2307/2136617>

Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 243-246. <https://doi.org/10.1002/jts.20320>

Grynberg, D., Vermeulen, M., & Luminet, O. (2013). Amplification of attentional blink by distress-related facial expressions: Relationships with alexithymia and affectivity. *International Journal of Psychology, 49*(5), 371-380. <https://doi.org/10.1002/ijop.12006>

Hart, P. M., & Cooper, C. L. (2002). Occupational stress: Toward a more integrated framework. *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology, 2*, 93-114. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2003-00438-005>

Hébert, M., Parent, N., Simard, C., & Laverdière, A. (2018). Validation of the French Canadian version of the brief Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Canadian Journal of Behavioural Science, 50*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/cbs0000092>

Ho, M. S. K., & Lee, C. W. (2012). Cognitive behaviour therapy versus eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic disorder – is it all in the homework then? *European Review of Applied Psychology, 62*(4), 253-260.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.001>

Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. Review of General Psychology. *6*(4), 307-324. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>

Holahan, C.J., Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1996). Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications, 24-43*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1996-97004-002>

Jacobs, I., Charmillot, M., Soelch, C. M., & Horsch, A. (2019). Validity, Reliability, and Factor Structure of the Secondary Traumatic Stress Scale-French Version. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 191. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00191>

Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina, 24*(3). 256-266. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23013628/>

Josse, E. (2007). Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels. *Journal International de Victimologie 15*, 5(3).

Kédia, M. & Alleaume, B. (2020). 1. Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. *Psychotraumatologie*, 1-16. <https://doi.org/10.3917/dunod.kedia.2020.01.0003>

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 692-700. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.692>

Lachal, C. (2010). Le traumatisme et ses représentations. *Journal français de psychiatrie, 36*, 9-12. <https://doi.org/10.3917/jfp.036.0009>

Laureys, V.A.S., & Easton, M. (2019). Resilience of public and private security providers: a state-of-the-art literature review. *Policing: An International Journal, 42*(2), 126-140. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-09-2017-0114>

Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Retrieved from http://www.yapaka.be/files/ta_trauma_psychique.pdf

Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma, 9*(4), 201-204. Retrieved from http://www.traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-201-204_Lebigot-2.pdf

Leclerc, M.-E., Paradis, A., Dewar, M., & Fortin, C. (2020). The involvement of a significant other in the treatment of posttraumatic disorder: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation, 5*(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100188>

Les Publications du Québec Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale. (30 octobre 2018). *État de stress post-traumatique (ESPT)*.
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/etat-stress-post-traumatique#c3458>

Luminet, O., Taylor, J. G., & Bagby, R. M. (2003). La mesure de l'alexithymie. *Psychopathologie de l'alexithymie*. 183-204. Retrieved from
<http://hdl.handle.net/2078.1/13776>

Lumley, M. A., Oviess, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00227-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00227-9)

Magroun, I., Ghannouchi, H., Fehri, S., Chatti, M., Ben Salah, F., & Nouaigui, H. (2016). Évaluation des contraintes psycho-organisationnelles selon le modèle de Karasek chez des salariés de 14 entreprises du secteur privé tunisien. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. Retrieved from
<http://www.isst.nat.tn/fr/article/evaluation-des-contraintes-psycho-organisationnelles-selon-le-modele-de-karasek-chez-des-salaries-de-14-entreprises-du-secteur-prive-tunisien>

Marchand, A., Boyer, R., Nadeau, C. & Martin, M. (2011). Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers. Montréal, Québec : IRSST. Retrieved from
<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-710.pdf>

Marmar, C.R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., Liberman, A., Pole, N., Otte, C., Yehuda. R., Mohr, D., & Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071(1), 1-18. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.001>

Martin, M., Germain, V., Marchand, A., Guay, S., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. *Les Troubles Liés Aux Événements Traumatiques. Dépistage, Evaluation et Traitements*, 51-86.

Masika, Y. D. (n.d.). *Expressions culturelles et ethniques du trauma Psy Yvonne*.
<https://slidetodoc.com/expressions-culturelles-et-ethniques-du-trauma-psy-yvonne/>
Mattila, A. K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 657 – 665.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.002>

McCaslin, S. E., Rogers, C., Metzler, T. J., & Best, S. R. (2006). The Impact of Personal Threat on Police Officers?? Responses to Critical Incident Stressors. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(8), 591-597.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000230641.43013.68>

Mental Health Fondation. (2021). *Mental health statistics : stress*.
<https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/mental-health-statistics-stress>
Meyer, E. C., Zimering, R., Daly, E., Knight, J., Kamholz, B. W., & Gulliver, S. B. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychological Services*, 9(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1037/a0026414>

Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10),974-982.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.009>

Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. (2005). Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(3), 457-467. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.12.006>

Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological bulletin*, 133(2), 183-204.<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>

Orejuela-Dávila, A. I., Cann, A., & Tedeschi R. G. (2017). Alexithymia Predicts Posttraumatic Growth and Distress After Trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 171-182. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284468>

Paton, D., Violanti, J. M., & Smith, L. M. (Eds.). (2003). *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2003-02891-000>

Payette, P. (1985). À propos du stress dans le travail policier. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 140–144. <https://doi.org/10.7202/030301arr>

Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558-565. Retrieved from <https://www.psycnet.org>

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 150-177. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1995-97891-008>

Peres, J. F., Foerster, B., Santana, L. G., Ferreira, M. D., Nasello, A. G., Savoia, M., Moreira-Almeida, A., & Lederman, H. (2011). Police officers under attack: resilience implications of an fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 727-34. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.004>

Pichené, C. (2015). *Les Psychotraumatismes*. (novembre 2015). <https://www.lareponsedupsy.info/Psychotraumatisme>

Pignol, P. (2014). Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884). *L'information psychiatrique*, 90, 415-425. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9006.0415>

Pignol, P. & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2014). La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*, 90, 427-437. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9006.0427>

Poirel, E., Denecker, C., & Yvon, F. (2013). Mieux comprendre le stress au travail : limites des méthodes quantitatives et proposition d'une méthode alternative par rétroaction vidéo. *Recherches Qualitatives*, 32(1), 81-106. Retrieved from <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:88572>

Pooley, J. A., & Cohen, L. (2010). Resilience: A Definition in Context. *The Australian Community Psychologist*, 22(1), 30-37. Retrieved from <https://www.psychology.org.au/APS/media/ACP/ACP-1-2010.pdf#page=30>

Portnoy, G. A., Relyea, M. R., Decker, S., Shamaskin-Garroway, A., Driscoll, M., Brandt, C. A. & Haskell, S. G. (2018). Understanding Gender Differences in Resilience Among Veterans: Trauma History and Social Ecology. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 845-855. <https://doi.org/10.1002/jts.22341>

Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., & Gross, J. J. (2020). The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Properties in General Community Samples. *Journal of personality assessment*, 102(3), 348-356. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1564319>

Psychologie Savoir. (15 novembre 2011). *Les modèles du stress au travail : L'individu face au stress*. <https://psychologie.savoir.fr/les-modeles-du-stress-au-travail-l-individu-face-au-stress/>

Robinson, S., MacCulloch, R., & Arensten, V. (2014). The Effects of Gender and Country on Stress and Resilience: A Comparative Study of Police Academy Recruits from Australia, China and Canada. *The Police Journal: Theory, Practice and Principles*, 87(4). <https://doi.org/10.1350/pojo.2014.87.4.678>

Rolland, J.-P. (1999). Modèles psychologiques du stress : Analyse et suggestions. *Pratiques Psychologiques*, 4, 99-122.

Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A., & Lev, B. T. (2000). Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse. *The Sidran Press*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2000-08464-000>

Salmona, M. (2009). *Conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viols*. http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/doc_violences_sex_cons_troubles_psychotrauma_sur_prise_en_charge_victimes_de_viol.pdf

Seyle, H. (1975). *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation*. (P. Verdun, Trans.). Gallimard.

Sifnéos, P.-E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy psychosomatics*, 22(2), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

Solomon, E. P., & Heide, K. J. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>

Spiegel, D., Cardena, E. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39-46. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2211565/>

Stevens, J. S., & Jovanovic, T. (2018). Role of social cognition in post-traumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Genes, brain and behavior*, 18(1). <https://doi.org/10.1111/gbb.12518>

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2021). Examining Proposed Changes to the Conceptualization of the Alexithymia Construct: The Way Forward Tilts to the Past. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3). <https://doi.org/10.1159/000511988>

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>

Tolin, D., Foa, E. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, 132(6), p. 959-992. <http://doi:10.1037/0033-2909.132.6.959>

Van Der Hart, O., Brown, P., & Van Der Kloek, B. A. (1989). Le traitement psychologique du stress post-traumatique de Pierre Janet. *Société Médico-Psychologique: Annales Médico-Psychologiques*, 9, 976-980.

Van Der Meer, C. A., Bakker, A., Smit, A. S., Van Buschbach, S., Den Dekker, M., Westerveld, G. J., Hutter, R. C., Gersons, B. P., & Olf, M. (2017). Gender and Age Differences in Trauma and PTSD Among Dutch Treatment-Seeking Police Officers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(2), 87-92. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000562>

Verger, P., Hunault, C., Rotily, M., & Baruffol, E. (2000). Risk factors for post traumatic stress symptoms five years after the 1992 flood in the Vaucluse (France). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48(2), 44-53. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10992109/>

Villar-Documet, R. (2011). *Le stress post-traumatique*. <https://www.rvd-psychologue.com/trouble-anxieux-stress-post-traumatique.html>

Wanklyn, S. G., Pukay-Martin, N. D., Belus, J. M., St. Cyr, K., Girard, T. A., & Monson, C. M. (2016). Trauma types as differential predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD), major depressive disorder (MDD), and their comorbidity. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(4), 296–305. <https://doi.org/10.1037/cbs0000056>

Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Zelman, S., & Giller, E. L. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 93-100. <https://doi.org/10.1023/a:1024860430725>

Yoo, H., & Franke, W. D. (2011). Stress and cardiovascular disease risk in female law enforcement officers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(3), 279-286. <http://doi:10.1007/s00420-010-0548-9>

Zimmerman, G., Quartier, V., Bernard, M., Samalin, V., & Maggiori, C. (2007). Qualités psychométriques de la version française de la TAS-20 et prévalence de l'alexithymie chez 264 adolescents tout-venant. *L'Encéphale*, 33(6), 941-946. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.12.006>

ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire en ligne

- Page 1 :

LIÈGE université

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Système d'enquêtes en ligne

Vous êtes Un homme ▾

♦ Quel âge avez-vous?

Quel est votre statut civil? Célibataire ▾

Avez-vous des enfants? Oui ▾

Combien d'enfants avez-vous? 1 ▾


Quel est votre grade au sein de la police? Inspecteur ▾

♦ Depuis combien d'années travaillez-vous en tant que policier?

Suivant...

Page 1/5

GDPR Privacy Notice

Développement : UDI-Fplse 

- Page 2 :

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
--	--------	----------	-------------------	---------	--------------

♦ Votre travail vous met-il en contact avec des personnes traumatisées sur le plan psychologique?

Consigne:

Voici une liste de déclarations faites par des personnes qui ont été affectées par leur travail avec des personnes traumatisées. Lisez chaque déclaration et indiquez ensuite à quelle fréquence cette déclaration était vraie pour vous dans les **7 derniers jours** en entourant le numéro correspondant à côté de la déclaration.

NOTE: "Client" est utilisé pour indiquer des personnes avec qui vous avez été engagé(e) dans une relation d'aide. Vous pouvez substituer un autre nom qui représente mieux votre travail, comme "consommateur", "patient", "bénéficiaire", etc.

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
--	--------	----------	-------------------	---------	--------------

♦ Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible

♦ Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients

♦ C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par le (les) client(s)

♦ J'ai eu du mal à dormir

♦ Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur

♦ Des rappels de mon travail avec des clients me bouleversent

♦ J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes

♦ Je me suis senti(e) nerveux(se)

♦ J'étais moins affectif(ve) que d'habitude

♦ J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention

♦ J'avais des difficultés de concentration

♦ J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients

♦ J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients

♦ J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients

♦ J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)

♦ Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal m'arrive

♦ J'ai remarqué des trous de mémoire à propos des séances avec les clients

Précédent...

Suivant...

Page 2/5

Consignes: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes. Il suffit de cocher la case à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion.

	Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni en accord, ni en désaccord	Accord relatif	Accord parfait
♦ Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'arrive facilement à décrire mes sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Être conscient de ses émotions est essentiel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ On me dit de décrire davantage ce que je ressens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Il m'est difficile de révéler mes sentiments même à mes amis les plus proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page 3/5

Le concept de résilience est défini comme étant la capacité d'un individu à s'adapter positivement face à l'adversité ou aux événements stressants de la vie. L'étude de ce concept est donc particulièrement pertinente auprès des personnes qui vivent des événements traumatiques. Indiquez le plus spontanément possible à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre situation.

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
♦ Je suis capable de m'adapter lorsque les changements surviennent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e) à des problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je fais de mon mieux quel que soit le résultat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

♦	Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Lorsque l'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Je sais où je veux aller dans la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Je sens que je maîtrise ma vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	J'aime les défis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Mes réussites me procurent de la fierté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précédent...

Suivant...

- Page 5 :



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Système d'enquêtes en ligne


Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à notre enquête

Précédent...

Suivant...

Page 5/5

GDPR Privacy Notice

Développement : UDI-Fplse 

2. Annexe 2 : Tableau des statistiques descriptives

Variable	N	Mean	Median	Std Dev	Minimum	Maximum
Age	50	38.2200000	37.0000000	10.8162576	22.0000000	65.0000000
Anciennete	50	14.8200000	14.0000000	11.4101459	1.0000000	48.0000000
Total_Intrusion	50	10.2400000	10.0000000	3.4967040	5.0000000	20.0000000
Total_Evitement	50	15.3200000	15.0000000	4.4420992	7.0000000	26.0000000
Total_Eveil	50	11.6600000	11.0000000	3.8682908	5.0000000	22.0000000
Total_Trauma	50	37.2200000	37.0000000	10.4144523	17.0000000	64.0000000
Total_Persistance	50	24.7000000	25.0000000	3.9705549	14.0000000	31.0000000
Total_Controlle_emo	50	19.4400000	20.0000000	2.7565136	13.0000000	24.0000000
Total_Rebondir	50	15.0400000	15.0000000	2.2584083	8.0000000	20.0000000
Total_Controlle_Sens	50	8.8600000	9.0000000	1.7729256	4.0000000	12.0000000
Total_Spiritualite	50	3.6800000	4.0000000	1.5444436	0	7.0000000
Total_Resilience	50	71.9200000	73.0000000	9.7349360	48.0000000	90.0000000
Total_Identifier	50	15.6800000	15.5000000	4.7955762	7.0000000	29.0000000
Total_Decrire	50	12.0600000	12.0000000	3.9765127	5.0000000	20.0000000
Total_Pensee	50	19.6800000	20.0000000	3.6669511	12.0000000	27.0000000
Total_Alex	50	47.2200000	45.0000000	10.0879601	26.0000000	73.0000000

3. Annexe 3 : Tableau de fréquence genre

Sexe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
hommes	31	62.00	31	62.00
femmes	19			100.00

4. Annexe 4 : Tableau de fréquence nombre d'enfants

Enfant s	Frequenc y	Percent	Cumulativ e Frequency	Cumulative Percent
0	14	28.00	14	28.00
1	18	36.00	32	64.00
2	8	16.00	40	80.00
3	9	18.00	49	98.00
4	1	2.00	50	100.00

5. Annexe 5 : Tableau de fréquence STSS

STS S	Frequency	Percent	Cumulativ e Frequency	Cumulative Percent
elev	9	18.00	9	18.00
lege	19	38.00	28	56.00
mode	10	20.00	38	76.00
rien	7	14.00	45	90.00
seve	5	10.00	50	100.00

6. Annexe 6 : Tableau de fréquence alexithymie

Alexithimie	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Alex	12	24.00	12	24.00
Non_Alex	24	48.00	36	72.00
Sub_Alex	14	28.00	50	100.00

7. Annexe 7 : Test de normalité des scores à la STSS en fonction du statut civil et du genre

Trauma partout	Tests for Normality				
Statut Civil	Test	Statistic		p Value	
H 1	Shapiro-Wilk	W	0.9732	Pr < W	0.9413
H 2	Kolmogorov-Smirnov	D	0.115292	Pr > D	>0.1500
H 3	Shapiro-Wilk	W	0.972793	Pr < W	0.8306
H 4	Kolmogorov-Smirnov	D	0.127645	Pr > D	>0.1500
F 1	Shapiro-Wilk	W	0.978649	Pr < W	0.9520
F 2	Kolmogorov-Smirnov	D	0.116639	Pr > D	>0.1500
F 3	Shapiro-Wilk	W	0.964286	Pr < W	0.6369
F 4	Kolmogorov-Smirnov	D	0.253037	Pr > D	>0.1500

Nb : 1 = Célibataire, 2 = En couple, 3 = Marié, 4 = Divorcé

8. Annexe 8 : Test de normalité des scores à la STSS en fonction du nombre d'enfants et du genre

Trauma	Tests for Normality				
Variab le	Test	Statistic		p Value	
H 0	Shapiro-Wilk	W	0.949241	Pr < W	0.5490
H 1	Kolmogorov-Smirnov	D	0.176198	Pr > D	>0.1500
H 2	Shapiro-Wilk	W	0.966627	Pr < W	0.7324
H 3	Kolmogorov-Smirnov	D	0.117258	Pr > D	>0.1500
F 0	Shapiro-Wilk	W	0.945255	Pr < W	0.6634
F 1	Kolmogorov-Smirnov	D	0.178675	Pr > D	>0.1500
F 2	Shapiro-Wilk	W	0.963061	Pr < W	0.8298
F 3	Kolmogorov-Smirnov	D	0.152325	Pr > D	>0.1500

Nb : 0 = 0 enfants, 1 = 1 enfant, 2 = 2 enfants, 3 = 3 enfants ou plus.

9. Annexe 9 : Problème de colinéarité entre les variables “âge” et “ancienneté”

Variable	D F	Paramete r Estimate	Standar d Error	t Valu e	Pr > t	Toleranc e	Varianc e Inflation
Age	1	0.70638	0.34009	2.08	0.0441	0.15826	6.31885
Anciennete	1	-0.51153	0.31657	-1.62	0.1138	0.16412	6.09295

Lorsque nous avons voulu prendre en compte l'âge et l'ancienneté pour dégager un lien entre ces variables, le traumatisme vécu et la résilience, nous avons rencontré des problèmes de tolérance dus au fait que ces variables étaient trop proches. Pour corriger les erreurs possibles suite à ce problème de colinéarité, nous avons décidé de supprimer la variable “ancienneté” afin de ne prendre en compte que l'âge des participants.

RESUME

Les études mettant en évidence le stress post-traumatique au sein de la police ne sont pas nombreuses. Néanmoins, c'est une population à risque au vu des nombreux événements stressants auxquels ils doivent faire face durant leur carrière.

En effet, Marmar et al. (2006) ont étudié la prévalence du stress post-traumatique dans la sphère policière. Les résultats de son étude montrent des taux plus élevés que ceux observés dans la population générale, allant de 7% à 19%. Ces niveaux élevés de stress observés au sein de la police engendrent de nombreux problèmes tels que l'anxiété, le manque de sommeil, des symptômes somatiques, de la dépression mais également des modifications de la personnalité.

L'objectif de cette recherche est d'étudier le traumatisme secondaire dans cette population de policiers. Elle vise à déterminer s'il existe des différences de genre au niveau du stress traumatique secondaire vécu, en observant d'éventuels liens possibles entre le traumatisme secondaire et la résilience, d'une part, et entre le traumatisme secondaire et l'alexithymie, d'autre part. Plus précisément, l'étude tentera de déterminer si le traumatisme secondaire vécu par les policiers peut avoir une influence sur leurs capacités de résilience. De plus, elle essayera de déterminer si les niveaux d'alexithymie peuvent influencer le vécu traumatique.

La recherche rapporte les résultats de 50 policiers (31 hommes et 19 femmes) à l'échelle de stress traumatique secondaire – STSS (Bride et al., 2004), à l'échelle de résilience de Connor-Davidson – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) et à l'échelle d'alexithymie de Toronto – TAS-20 (version française, Loas et al., 1995).

Les résultats statistiques ne mettent en évidence aucun effet de genre que ce soit sur le stress traumatique secondaire, sur les niveaux de résilience ou sur les niveaux d'alexithymie. De plus, la sévérité du stress traumatique secondaire semble n'avoir aucune influence sur les capacités de résilience des policiers. L'alexithymie, quant à elle, joue un rôle dans le développement du stress traumatique secondaire. En effet, les résultats indiquent que plus les niveaux d'alexithymie sont élevés chez les policiers, plus le traumatisme secondaire sera sévère. Enfin, la recherche permet de déceler un lien entre la résilience et l'alexithymie. Des niveaux élevés d'alexithymie conduisent à des capacités de résilience plus faibles dans ce réseau policier.