

Les traumatismes secondaires ou vicariants au sein de la population des policiers

Auteur : Dabin, Barbara

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

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

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

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/9183>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur 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'œuvre 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-dessus (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Les traumatismes secondaires ou vicariants au sein de la population des policiers

Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du titre de Master en Sciences Psychologiques, à finalité « psychologie clinique »

Présenté par Barbara DABIN

Promotrice : Madame Adélaïde Blavier

Lectrices : Madame Julie Laurent et Madame Laura Rusalen

Année académique : 2019-2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier ainsi que son assistante, Madame Laetitia Dipiazza, pour leur disponibilité, leur écoute, leur soutien et leurs nombreux conseils tout au long de la réalisation de mon mémoire.

Je souhaite aussi adresser mes remerciements à Madame Julie Laurent et Madame Laura Rusalen pour avoir accepté d'être les lectrices de mon mémoire, mais également l'intérêt porté à ce dernier.

Je tiens aussi à remercier Monsieur André Jamers – chef de corps de la police de Waremme, Monsieur Hendrix – chef de corps de la police de Seraing-Neupré ainsi que Monsieur Beaupère – chef de corps de la police de Liège pour l'aide accordée afin d'obtenir des contacts précieux pour la réalisation de ce mémoire. Ils ont défini leur autorisation afin que leurs inspecteurs principaux et/ou commissaires puissent participer à notre étude.

Je remercie chaleureusement tous les policiers qui ont accepté de participer à notre recherche, sans lesquels cette étude n'aurait pas pu être réalisée. Je les remercie pour leur collaboration, leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordées.

Je voudrais, enfin, exprimer toute ma reconnaissance à mes amis et ma famille pour leurs encouragements, leur soutien, leur réconfort et leur écoute tout au long de mes cinq années universitaires et ce particulièrement, pour cette dernière ligne droite compliquée, dans un climat anxiogène lié au coronavirus.

J'adresse également mes remerciements à Manon Heptia pour la relecture et les corrections orthographiques mais aussi pour le soutien sans faille apporté tout au long de mes études.

J'envoie aussi un petit clin d'œil à ma filleule, Théa, pour les nombreux dessins réalisés pour m'encourager dans ces derniers moments universitaires.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
PARTIE THEORIQUE – REVUE DE LA LITTERATURE....	13
1. Approche historique de l'étude des psycho-traumatismes.....	13
2. Le stress.....	15
2.1.Approches individuelles du stress : médicale et psychologique.....	15
2.1.1. Le modèle transactionnel du stress et du coping.....	15
2.1.2. Le syndrome général d'adaptation.....	16
2.2.Approches collectives du stress et l'environnement professionnel.....	18
3. L'importance du stress en milieu policier.....	19
4. Le traumatisme psychique.....	21
5. Les différents types de traumatismes.....	22
5.1.Les traumatismes de type I et II	22
5.1.1. Les traumatismes de type I.....	22
5.1.2. Les traumatismes de type II.....	23
5.2.Les traumatismes simples et complexes.....	23
5.2.1. Les traumatismes simples.....	23
5.2.2. Les traumatismes complexes.....	23
5.3. Les traumatismes directs et indirects.....	24
5.3.1. Les traumatismes directs.....	24
5.3.2. Les traumatismes indirects.....	24
6. Le traumatisme vicariant.....	26
6.1.La fatigue de compassion.....	27
6.2.Modèle de transmission du traumatisme de Figley.....	29
7. Facteurs de protection et de risque.....	31
7.1.Facteurs de protection	31
7.2.Facteurs de risque	32
8. Les années d'expérience du policier	34

9. Le soutien social.....	35
10.L'alexithymie.....	38
11.Les stratégies de coping	42
11.1. Les stratégies de coping centrées sur le problème.....	42
11.2. Les stratégies de coping centrées sur l’émotion.....	43
11.3. Les stratégies de coping centrées sur la recherche du soutien social.....	45
PARTIE PRATIQUE.....	45
Objectifs de l’étude.....	45
Hypothèses.....	46
Méthodologie.....	48
1. L ’échantillon.....	48
1.1.Recrutement.....	48
1.2.La population.....	50
2. Outils d’analyse.....	50
2.1.Entretien semi-structuré.....	50
2.2.Questionnaires.....	51
2.2.1. L échelle d’alexithymie de Toronto (TAS).....	51
2.2.2. La Secondary Traumatic Stress Scale (STSS).....	53
2.2.3. Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL).....	54
2.2.4. La Ways of Coping Checklist : la mesure du coping (WCC).....	56
3. Considérations éthiques.....	58
RESULTATS.....	60
4. Présentation des résultats, des données qualitatives et des analyses statistiques.....	60

4.1.Effet de l'alexithymie sur le traumatisme vicariant ou secondaire	61
4.2.Effet du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire.....	62
4.3. Résultat attendu 1 de l'hypothèse 1.....	63
4.3.1. Recherche complémentaire de l'hypothèse 1.....	64
4.4. Résultat attendu 2 de l'hypothèse 2.....	65
4.5. Résultat attendu 3 de l'hypothèse 3.....	66
4.6. Analyses qualitatives des 10 entretiens semi-structurés.....	68
DISCUSSION.....	78
Discussion concernant les résultats.....	78
5. Concernant la première hypothèse.....	78
5.1.Influence du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire dans la vie en général.....	78
5.2.Influence du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire dans le monde policier.....	79
5.3.L'alexithymie et les stratégies de coping liées aux émotions chez les policiers.....	81
6. Concernant la deuxième hypothèse.....	83
7. Concernant la troisième hypothèse.....	84
7.1.Aspects positifs exprimés du métier.....	84
7.2.Aspects négatifs exprimés du métier.....	85
Discussion concernant la méthodologie et les limites de l'étude	86
PERSPECTIVES.....	87
CONCLUSION.....	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	92
ANNEXES.....	100

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1 :</u> Tableau de corrélation entre le score global à l'échelle TAS-20 et le score global à l'échelle de la STSS.....	61
<u>Tableau 2 :</u> Effet du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire (scores globaux à l'échelle de la STSS).....	62
<u>Tableau 3 :</u> Tableau de la régression multiple de la variable « score global à l'échelle de la STSS » avec les variables « score à l'échelle de la sous-dimension de la stratégie de coping centrées sur les émotions » et « les hommes alexithymiques ».....	63
<u>Tableau 4 :</u> Tableau de la régression multiple de la variable « score global à l'échelle de la STSS » avec les variables « score à l'échelle de la sous-dimension de la stratégie de coping centrées sur les émotions » et « les femmes alexithymiques ».....	64
<u>Tableau 5 :</u> Tableau de la corrélation entre l'ancienneté et le score global à l'échelle de la TAS-20.....	65
<u>Tableau 6 :</u> Tableau de corrélation entre le score global à l'échelle de la STSS des policiers et le score à la sous-dimension « satisfaction de compassion » de l'échelle de la ProQOL.....	66
<u>Tableau 7 :</u> Tableau de corrélation entre le score global à l'échelle de la STSS des policiers et le score à la sous-dimension « satisfaction de compassion » de l'échelle de la ProQOL.....	67
<u>Tableau 8 :</u> Récapitulatif des réponses à la question 8	68
<u>Tableau 9 :</u> Récapitulatif des réponses à la question 9.....	69
<u>Tableau 10 :</u> Récapitulatif des réponses à la question 10.....	70

Tableau 11 : Récapitulatif des réponses à la question 11.....	70
Tableau 12 : Récapitulatif des réponses à la question 11.2.....	71
Tableau 13 : Récapitulatif des réponses à la question 12.....	72
Tableau 14 : Récapitulatif des réponses aux questions 7, 13, 14.....	76
Tableau 15 : Récapitulatif des réponses à la question 15.....	78

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1 :</u> Le syndrome général d'adaptation (Seyle, 1956)	16
<u>Figure 2 :</u> Stress post-traumatique (Lebigot, 2006)	19
<u>Figure 3 :</u> Cadre conceptuel du processus de traumatisation (Serniclaes, 2000)	25
<u>Figure 4 :</u> Modèle de transmission du traumatisme de Figley (Blavier 2016)	29

INTRODUCTION

Printemps 2020. Au moment où nous écrivons ce mémoire, le monde traverse une crise sanitaire terrible, unique et inquiétante. La maladie à coronavirus 2019 ou aussi appelée Covid-19 – acronyme anglais de COronaVirus Infectious Disease 2019 est une maladie infectieuse émergente de type zoonose virale causée par la souche de coronavirus SARS-CoV-2. Pour éviter la contagion et le débordement des hôpitaux, le gouvernement impose au pays un confinement. Les écoles, les restaurants et les maisons de repos sont fermés, les activités sportives, les évènements publics et privés sont annulés. Les services de soins et de bien-être sont suspendus. Chacun a l'obligation de rester sous son toit, de ne s'aventurer à l'extérieur que dans un périmètre restreint et pour une durée déterminée. La pandémie de coronavirus a des répercussions sanitaires, politiques et économiques, mais a aussi des conséquences d'ordre psychologique pour les soignants épuisés et stressés, les malades isolés, les familles endeuillées et la population confinée.

Le bouleversement de la vie quotidienne du pays rend également la période difficile pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Les mesures de confinement – impliquant cabinets fermés et hôpitaux en état de crise, parfois obligés de repousser les consultations – compliquent le suivi des soins réguliers. Le reste de la population n'est pas à l'abri non plus de développer des montées de stress ou de manifester des troubles émotionnels. Enfermées à leur domicile, parfois en chômage partiel, parfois avec du télétravail et des enfants en bas âge, de nombreuses personnes voient leur rythme de vie chamboulé. « Traverser une pandémie et un confinement peut marquer très durablement » prévient Astrid Chevance, psychiatre et doctorante en épidémiologie à Paris (Roche, 2020).

Une épidémie mondiale est un évènement traumatogène que l'on soit directement concerné ou plus à distance : cela nous confronte directement à la mort, ou du moins à une menace de mort. Ce genre d'évènement peut générer une forte charge émotionnelle très difficile à contrôler, pouvant avoir de nombreuses répercussions sur le plan psychologique : fatigue émotionnelle, troubles du sommeil, préoccupation permanente concernant l'avenir, peur des autres, altération du jugement, troubles de l'humeur et tendance à l'hypocondrie. « La quarantaine est donc une expérience potentiellement traumatisante pour certains et une première dans l'histoire de la nation.

Comme tout trauma, les symptômes peuvent se manifester à distance, soit des mois ou des années plus tard sous forme de flashbacks, d'attaques de panique, d'état pathologique d'alerte ou de vigilance » détaille Johanna Rozenblum, psychologue clinicienne (Thiébaux, 2020).

Ces différents événements aussi violents que soudains peuvent atteindre l'individu dans son intégrité psychique et physique et aboutir au développement de troubles liés au traumatisme et au stress.

Le traumatisme – mot qui dérive du grec et qui signifie une *effraction* et une *blessure* – désigne les conséquences d'un évènement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entraîner un choc psychique, mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme d'un sujet, qui s'en trouve alors altéré (Bokonowski, 2010). En effet, le traumatisme psychique est « l'événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations » (Bloch et al., 2007, p. 965).

Nous considérons qu'un « évènement est traumatique lorsqu'il a impliqué la mort ou une menace de mort, des blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui » (Brillon, 2004, p.24). Selon les études, il semble que près de 90% des personnes dans la population générale vivront au moins un évènement traumatique au cours de leur vie (Blavier, 2016).

Le traumatisme vicariant est, quant à lui, un traumatisme indirect, consécutif aux contacts avec les victimes d'évènements traumatiques. Le Larousse donne comme définition pour le terme « *vicariant* » : qui remplace quelque chose d'autre. Par extension, un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact.

Le traumatisme vicariant consiste en des changements profonds subis par la personne qui établit des rapports d'empathie avec les survivants de traumatismes et qui est exposée à leurs expériences. Ces effets sont cumulatifs et permanents, et ils se répercutent sur la vie tant professionnelle que personnelle de l'individu.

Par empathie, on voit, sent, entend, touche et ressent la même chose que la victime, en écoutant cette dernière raconter ses expériences en détails, dans le but d'atténuer sa propre douleur (Debauche, 2017).

Le traumatisme s'introduit insidieusement dans l'existence de la personne s'accumulant de différentes façons, produisant des changements aussi subtils que profonds. Ces « traumatismes par procuration » provoquent des ruptures profondes au niveau du sens de l'identité de la personne, de sa conception du monde et de sa spiritualité. Ces modifications concernent son cadre de référence interne, c'est-à-dire, ses valeurs, ses croyances et convictions sur le monde. Du fait qu'il est exposé à la réalité de la cruauté d'autres humains envers d'autres êtres humains, le travailleur devient vulnérable, de par son empathie, aux effets émotionnels. Il est fragilisé.

Le traumatisme vicariant et le stress traumatique secondaire partagent de nombreuses caractéristiques, ce qui rend difficile la différenciation entre ces deux concepts et les particularités de chacun (Newell & MacNeil, 2010). Figley propose néanmoins une base de distinction. D'une part, le terme de traumatisme vicariant insiste surtout sur les changements cognitifs entraînant des changements de croyances et de pensées et d'autre part, le stress traumatique secondaire souligne plus particulièrement les symptômes comportementaux apparents (Newell & MacNeil, 2010). Le travail auprès de personnes victimes d'évènements traumatiques reste, toutefois, une caractéristique fondamentale et commune aux deux concepts.

Certains auteurs comme Pearlman, Stamm et Figley se sont penchés sur les conséquences néfastes pour la santé du personnel des services de secours et de leurs interventions auprès de victimes d'évènements traumatiques. En effet, les intervenants psychosociaux, les pompiers, les journalistes, les membres du personnel des services hospitaliers d'urgence, les membres de cellules d'urgence médico-psychologiques, les policiers ou encore les intervenants en santé mentale sont régulièrement confrontés directement ou indirectement à des évènements potentiellement traumatiques et/ou aux discours des personnes parfois teintés de peur, de détresse et de souffrance. Les études de Pearlman, Stamm et Figley démontrent que les secouristes peuvent souffrir de burnout, de fatigue de compassion ou de stress traumatique secondaire à la suite de contacts répétés avec des victimes ou avec des témoins d'évènements traumatogènes.

Usés par le matériel traumatisant rapporté par les victimes accompagnées, les professionnels souffrent alors de traumatisme vicariant ou d'usure par compassion.

Parmi les services à la population, nous nous pencherons plus spécifiquement sur le secteur des policiers dans ce mémoire. Jour après jour, les policiers écoutent des aveux troublants, des confidences atroces, des récits pathétiques gorgés de colère, de haine, de tristesse et d'une grande souffrance. Ils voient l'horreur à l'état brut : scènes de crime, cadavres, corps meurtris, etc. L'engagement de l'intervenant auprès des victimes inclut l'écoute de récits effroyables, d'être témoin de la cruauté dont sont capables certaines personnes, de vivre la mort à travers les victimes, etc. (Pearlman & Mac Ian, 1995).

Une personne travaillant en relation d'aide peut devenir une victime, par saturation et par imprégnation, de la violence dont les victimes sont porteuses (Legault, 2007). Un policier est d'autant plus susceptible d'avoir un traumatisme vicariant ou secondaire s'il a des rapports fréquents avec des personnes traumatisées. Au cours de leur carrière, certains policiers développeront un traumatisme vicariant alors que d'autres y échapperont.

Nous aborderons les facteurs de risque et de protection qui favorisent ou non l'émergence du traumatisme vicariant ou secondaire. Parmi les facteurs de risque, nous nous intéresserons particulièrement à l'alexithymie, soit l'incapacité à verbaliser et à décrire son ressenti émotionnel. Nous tenterons de répondre à la question de recherche suivante : Les individus ayant une tendance à l'alexithymie sont-ils plus à risque de développer un traumatisme vicariant ou secondaire ?

Nous étayerons les notions de stress et de traumatisme psychique, les différents types de traumatisme et plus particulièrement, le traumatisme vicariant. Nous aborderons également les signes cliniques et les symptômes de la fatigue de compassion, du traumatisme secondaire et du traumatisme vicariant. Les facteurs de protection et de risque d'un développement du traumatisme vicariant seront aussi explicités. Nous nous intéresserons aussi au nombre d'années d'expérience, au soutien social et à la satisfaction professionnelle. Le concept de l'alexithymie sera approfondi. Enfin, nous prendrons connaissance des diverses stratégies de coping pouvant être mises en place par les policiers afin de prévenir les risques d'épuisement professionnel.

PARTIE THEORIQUE – REVUE DE LA LITTERATURE

1. Approche historique de l'étude des psycho-traumatismes

Les traumatismes psychiques sont aujourd’hui largement reconnus et pris en charge.

Pourtant, cette reconnaissance n’a pas toujours été une évidence.

Les premières études scientifiques sur le traumatisme remontent à la fin du XIXème siècle et portent alors sur les victimes d'accidents de chemin de fer. Nous observons des personnes présentant souvent des symptômes graves, sans blessure apparente. D'emblée, la question de l'étiologie des troubles se pose : est-elle organique ou psychologique ? Est-ce l'évènement lui-même ou son interprétation qui provoque les symptômes ? Certains individus présentent-ils des facteurs de vulnérabilité ?

Tout au long du 20^{ème} siècle, l'intérêt pour les traumatismes a connu un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement les deux conflits mondiaux, se sont révélées être des terrains particulièrement propices aux études théoriques et aux expérimentations pratiques du traumatisme psychologique.

La guerre avait des effets dévastateurs sur l'individu. Les peurs étaient aussi fréquentes qu'intenses : la hantise d'être déchiqueté, voire réduit à néant, par des bombes d'une puissance sans cesse renouvelée, l'attente de la mort avant les assauts... Les soldats qui étaient envoyés au front étaient épuisés moralement et physiquement.

En 1988, Herman Oppenheim, neurologue juif allemand, est le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». « Prenant une position organiciste, il estime notamment que les symptômes traumatiques sont le produit de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Il observe aussi la fréquence des problèmes cardio-vasculaires chez les sujets traumatisés, en particulier des soldats. Ainsi, Oppenheim initie une longue tradition d'association des symptômes post-traumatiques avec les névroses cardiaques : on parle alors de « cœurs irritable » ou de « cœurs de soldats » (Kédia, 2008, p.1).

Bien vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais, Charles Samuel Myers, observent que les soldats qui n'ont jamais été directement exposés aux tirs vont développer des traumatismes psychologiques. Ils nous parlent de « *sell shock* », « *choc de l'obus* », aussi appelé « *obusite* » en France pour expliquer le développement d'un traumatisme psychologique en étant à distance des tirs. Il s'agit d'un terme décrivant une association de troubles psychiques et physiques observés chez certains soldats de la Première Guerre Mondiale, essentiellement dans le contexte de la guerre des tranchées. Selon Charles Samuel Myers, ce sont uniquement les perturbations émotionnelles qui vont expliquer l'apparition des symptômes traumatisques. Il réfute alors exclusivement la théorie organiciste de Herman Oppenheim.

En 1887, Jean-Martin Charcot, neurologue français, parle de « choc nerveux » traumatique qui plonge le patient dans un état second comparable à l'hypnose. Il est donc le premier à mettre en évidence l'importance des manifestations dissociatives qui sont à l'origine du traumatisme.

En 1889, Pierre Janet, philosophe, médecin, psychologue français poursuit les recherches de Charcot sur la dissociation. Selon Janet, « le psychisme confronté à une situation terrifiante peut devenir temporairement incapable de gérer ses schémas cognitifs préexistants aux émotions associées à cette situation. Les souvenirs de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils en sont alors mis à l'écart, dissociés, et échappent au contrôle volontaire » (Kédia, Sabouraud-Séguin & al., 2008, p.4).

« Freud et Breuer, dans les *Etudes sur l'hystérie* (1895), avancent l'idée selon laquelle le Moi réprimerait alors activement les souvenirs traumatisques douloureux. Tous les évènements ayant une charge émotionnelle forte vont conduire à un état de conscience modifié. La dissociation serait donc le résultat d'un mécanisme de défense qui protège la conscience » (Kédia, Sabouraud-Séguin & al., 2008, p.5).

Suite à la Seconde Guerre Mondiale, la conceptualisation du traumatisme opère un réel changement. Avec la guerre du Vietnam, beaucoup de soldats américains reviennent dévastés psychologiquement et ce, même lorsqu'ils ne sont pas blessés physiquement. Pour étudier les traumatismes psychologiques, les Américains vont, dès lors, mettre en place beaucoup de moyens financiers. Petit à petit, les premières études étudient les facteurs de

protection du traumatisme tels que l'entraînement physique et psychologique, la cohésion du groupe, le leadership, la morale – les croyances et les valeurs. Les Américains ont aussi recours à des thérapies telles que l'hypnose, la narcosynthèse et les thérapies de groupe.

Actuellement, nous avons des théories analytiques, neuropsychologiques et comportementales qui se sont complétées et mutuellement stimulées. En Belgique, plusieurs approches cohabitent, telles que la tradition psychanalytique et les techniques cognitivo-comportementales.

2. Le stress

Le stress est un phénomène complexe, identifié depuis plus d'un demi-siècle. Il est l'objet de nombreuses recherches scientifiques, essentiellement dans le domaine de la médecine et des sciences du vivant.

2.1. Approches individuelles du stress : médicale et psychologique

2.1.1. Le modèle transactionnel du stress et du coping

A partir du début des années 1960, le modèle transactionnel du stress et du coping est développé grâce aux travaux de Lazarus et Folkman. Ils permettent de mieux comprendre comment les individus répondent à des situations stressantes. Ils définissent le stress comme étant une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Bruchon-Scheweitzer, 2001, p.68).

Selon Lazarus, le stress est un processus à double sens. Ce processus comporte l'existence de facteurs de stress dans l'environnement et la réaction d'un individu soumis à ces facteurs de stress. Ainsi, les événements de vie n'ont pas tous le même impact sur tous les individus. Ce n'est pas tant leur intensité, leur fréquence ni leur gravité « objectives » qui sont stressantes en soi, mais c'est plutôt le retentissement émotionnel et leur signification pour l'individu particulier qui est important. Autrement dit, « le stress n'est pas simplement une propriété des événements objectifs, mais l'expérience de chaque individu vis-à-vis de ces

événements (perception de la situation, signification des événements, savoirs et croyances concernant les stratégies de faire face et leur efficacité,...) » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.68).

Dans ce modèle, le stress résulte de la « double évaluation » que l'individu fait de la situation de stress. L'évaluation « primaire » consiste en l'évaluation de l'ampleur de la situation stressante au plan des menaces et opportunités qu'elle implique pour l'individu. L'évaluation « secondaire », quant à elle, consiste en l'évaluation des ressources et moyens nécessaires pour minimiser, tolérer ou éliminer le facteur de stress et son effet. Autant que la situation de stress, c'est l'évaluation d'une menace sans possibilités d'y faire face avec suffisamment de ressources qui s'avère être nocif pour l'individu (Légeron, 2008).

2.1.2. Le syndrome général d'adaptation

En 1956, Hans Seyle propose un modèle appelé « le syndrome général d'adaptation ». Face à une situation nouvelle, et particulièrement difficile, l'organisme se prépare à l'action pour lui permettre de s'adapter. Le syndrome général d'adaptation se développe en trois phases : le stade d'*alerte*, le stade de *résistance* et le stade d'*épuisement* (figure 1).

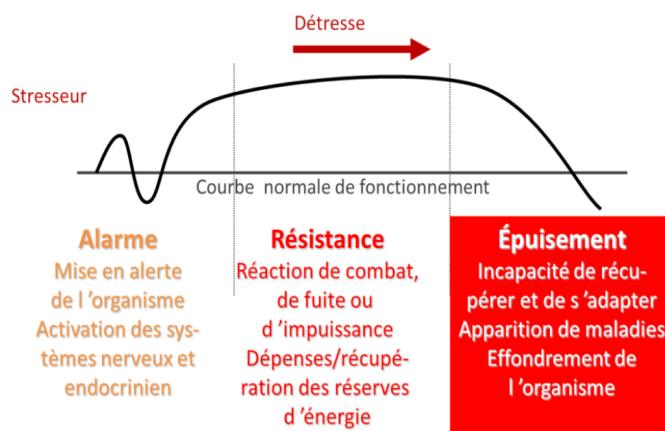


Figure 1 : Le syndrome général d'adaptation (Seyle, 1956)

■ La phase d'alerte :

Il s'agit du début du danger ou de la menace. Dans un premier temps, l'organisme fait face à la nouveauté de la situation. Il y a une réaction d'alarme qui correspond à la prise de conscience de la difficulté de la situation et au questionnement de ce qu'il faut faire – fuir ou combattre,

par exemple. L'organisme commence à développer une série d'altérations physiologiques et psychologiques qui le prédisposent à faire face à la situation.

- La phase de résistance :

La phase de résistance correspond à la phase d'adaptation à la situation stressante pour essayer de retrouver un état d'équilibre dans l'organisme. Des changements physiologiques ont lieu dans le corps pour s'assurer de la distribution des ressources. Il y a une économie d'énergie qui se produit. Ses défenses sont maintenues et sont concentrées sur la réaction à la situation ou à l'évènement. La performance augmente, la sensation de douleur diminue, et la concentration augmente... Lors de cette phase, il y a persistance des phénomènes produits dans le corps. Dans le cas du policier, il se peut qu'il refoule ses sentiments et ses émotions momentanément pour agir et fonctionner adéquatement pendant l'intervention. L'intervenant est essentiellement dirigé vers l'action, est dévoué, motivé, ambitieux et prêt à prendre des risques mesurés (Blavier, 2016).

- La phase d'épuisement :

La résistance de tout individu étant limitée, l'organisme va progressivement glisser dans la phase de l'épuisement. Si le stress persiste, la résistance diminue inexorablement, d'abord lentement et puis, de plus en plus rapidement. Cette phase est très délicate car la descente peut être brutale et entraîner de lourds dommages à l'individu tels que des troubles physiologiques (hypertension, infarctus du myocarde, altérations nerveuses, ulcères gastro-intestinaux), des troubles psychologiques et/ou des problèmes psychosociaux.

Le terme générique de stress recouvre deux catégories de réaction. La première catégorie concerne les réactions normales, adaptatives tandis que la deuxième s'intéresse aux réactions de stress dépassé inadéquates ou inadaptées.

D'une part, le modèle de Hans Seyle soutient donc l'idée qu'il y a un « bon » stress – appelé *eustress* – qui nous mobilise et nous prépare à l'action. « L'homme a besoin dans sa vie quotidienne d'un niveau minimal de stress » (Josse, 2007, p.3). Des objectifs accessibles, des buts réalistes, des changements voulus, des défis à relever sont autant d'éléments qui montrent

que le stress est une énergie positive nécessaire pour mobiliser les ressources, les performances et le goût de vivre.

D'autre part, le modèle de Hans Seyle soutient aussi qu'il y a un « mauvais » stress – appelé *distress* – qui peut détériorer nos performances et entraîner certaines maladies. Les individus ne sont pas toujours seulement soumis aux stress planifiés ou recherchés. Des situations peuvent être ressenties comme menaçantes, contraignantes ou déplaisantes où de nombreuses demandes émanent simultanément de l'environnement durant une trop longue période. L'individu peut alors avoir le sentiment de ne pas disposer des ressources nécessaires pour y répondre. « Ce stress négatif induit une diminution des performances et mène à l'épuisement » (Josse, 2007, p.3).

2.2. Approches collectives du stress et l'environnement professionnel

Au début des années 1980, Robert A. Karasek, psychologue américain, développe un modèle reposant sur la notion d'équilibre entre deux dimensions : la demande psychologique – *psychological job demands* – et la latitude décisionnelle – *decision latitude*. Autrement dit, l'autonomie de décision et la quantité de travail sont des déterminants du stress. Selon Karasek, le stress est la résultante de deux facteurs qui se combinent entre eux. D'une part, nous avons la demande exercée sur l'individu, c'est-à-dire la charge psychologique, associée aux contraintes liées à l'exécution de la tâche en termes de quantité, de complexité du travail et de contrainte de temps. D'autre part, nous avons la latitude décisionnelle de l'individu, c'est-à-dire, la marge de manœuvre que l'individu possède dans l'organisation des tâches et dans la participation aux décisions.

Ce modèle se décompose ainsi en quatre situations spécifiques de travail : des demandes élevées avec des contrôles élevés (travail actif), des demandes faibles avec des contrôles élevés (travail détendu), des demandes faibles avec des contrôles réduits (travail passif) et finalement, des demandes élevées avec des contrôles réduits (travail tendu ou surchargé). Cette dernière situation provoquerait un stress élevé avec des risques de tension psychologique et de maladie.

En 1990, Karasek et Theorell ajoutent une troisième composante : le support social. Il comporte des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et instrumental des relations

avec la hiérarchie et les collègues. Un manque de soutien social au travail constituerait un risque pour la santé (Giorgio, 2019).

Contrairement à ce qui s'écrit souvent, le traumatisme est un phénomène psychique très différent du stress. Le stress est une souffrance imposée de l'extérieur et cesse quand disparaît la contrainte, parfois au prix d'un travail d'élaboration – un deuil par exemple. Le traumatisme est, quant à lui, une souffrance venant de l'intérieur de l'appareil psychique dans lequel a pénétré et s'est incrustée une image de néantisation qui est dans certains cas, à demeurer longtemps, voire toute la vie du sujet (Lebigot, 2005).

Le stress et le traumatisme sont donc deux notions bien distinctes qu'il faut différencier. Néanmoins, dans la plupart des événements traumatisants, il y a du traumatisme et du stress (Lebigot, 2006). En effet, lorsque la menace est externe sur l'appareil psychique, elle se concrétise par le stress – comme par exemple, un examen échoué – mais elle est aussi interne et dans ce cas, elle entraîne une effraction du psychisme avec un risque d'apparition d'un traumatisme – comme par exemple, une personne victime d'un viol. Nous parlons alors de stress traumatique (figure 2).

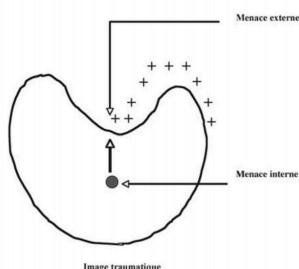


Figure 2 : Stress post-traumatique (Lebigot, 2006)

3. L'importance du stress en milieu policier

Il est largement reconnu que les policiers effectuent un travail particulièrement stressant (Cooper, Davidson & Robinson, 1982). En 1988, l'American Institute of Stress classait au deuxième rang des professions les plus stressantes – derrière les enseignants de secondaire en milieu urbain et devant les contrôleurs aériens (Duchesnau, 1988) – le travail des policiers. L'étude du stress chez les policiers apparaît comme un sujet d'ordre public. En effet, les policiers qui ne peuvent faire face au stress de leur profession représentent une menace pour eux-mêmes, pour leurs collègues et aussi pour la population (Webb & Smith, 1980).

Beaucoup de variables interviennent au niveau du stress en milieu policier. La plus importante d'entre elles demeure probablement l'apprehension cognitive de l'individu stressé – sa perception. Cette apprehension joue un rôle central dans le processus du stress. Il s'agit des processus d'évaluation tels que définit par Lazarus.

Martelli & al. (1989) attribuent à Symonds (1970) la première véritable étude rigoureuse des stresseurs chez les policiers. Ce dernier a distingué deux grandes catégories de sources de stress. La première concerne la nature du travail. Elle prend en compte les diverses facettes liées aux fonctions du travail, tels que l'imprévisibilité des évènements et les dangers inhérents à la profession. La tâche du policier peut être particulièrement stressante et imprévisible : à des périodes d'ennuis et de routine se succèdent des moments d'activités intenses et de grande fébrilité (Constant, 1984). Tremblay et Tougas (1989) apportent l'exemple du policier effectuant une patrouille, qui subitement, se retrouve impliqué dans une situation critique comme une poursuite ou un accident. Pour Babin (1983), le stress au travail incomberait plus à l'imprévisibilité des évènements – imprévisible qui demeure chronique – qu'au danger lui-même. La littérature américaine utilise le terme « *emotional hazard* » afin de désigner ce type de stresseur (Gaines & Jermier, 1983).

Kroes (1985) (as cited in Campbell, 1994) explique notamment que l'utilisation ou non de l'arme de service résulte d'un processus décisionnel que le policier doit effectuer seul, et parfois en quelques secondes à peine. Quel que soit la décision finale qu'il prendra, de graves conséquences risquent souvent de faire suite à celle-ci (décès, enquête, suspension, investigation par les médias, etc.).

La seconde source de stress porte son attention sur la nature de l'organisation. Elle reflète plutôt certaines demandes résultant de la structure particulièrement rigide de l'organisation – conformiste, sous-promotion, affectation à des tâches déplaisantes, etc.

La police n'a d'autre choix que d'utiliser des formes de travail par équipes de roulement pour assurer une présence 24 heures sur 24, (Tremblay & Tougas, 1989). Ces formes de travail par horaires rotatifs constituent une source de stress qui perturbe la vie des policiers (Oigny, 1990). Selon Dolan et Des Roches (1988), les horaires irréguliers auraient un impact négatif sur la vie familiale et sociale des policiers. Cet impact créerait une distance entre eux et leurs

proches et pourrait devenir une source de stress considérable, tant pour les familles que pour les policiers eux-mêmes (Dolan & Des Roches, 1988).

Une autre catégorie de stresseurs correspond à l'attitude négative du grand public envers les policiers (Tremblay & Tougas, 1989). Cette attitude négative se manifeste par un manque de support du travail policier et les médias montrent aussi cette tendance à véhiculer une fausse image de la profession – critiques négatives dans la presse et mythe du héros ou du corrompu à la télévision. Les policiers reçoivent peu de support de la part du public et les médias véhiculent, parfois, une image déformée à leur égard (Duchesneau, 1988). Cette fausse opinion que se fait la population à propos des policiers amène ceux-ci à avoir peu de contacts avec le public. Le fait d'appartenir à un groupe identifié comme policier demeure un élément important pour comprendre le stress au sein du milieu policier (Campbell, 1994).

Les ressources humaines et matérielles sont aussi inadéquates. Le manque de personnel serait aussi perçu comme une source de stress (Loo, 1984a; Payette, 1985, as cited in Campbell, 1994). Par exemple, dans une étude des répercussions sur la santé du système d'auto-patrouille à policier unique, Des Roches et Dolan (1988) ont trouvé que ce système pouvait devenir une source sérieuse de problème mental.

Enfin, le policier doit parfois faire face à des scènes dramatiques de violence, d'accidents et de tragédies humaines. Ces situations, très aiguës, peuvent susciter beaucoup de stress chez les policiers et même devenir traumatisantes (Oigny, 1990).

4. Le traumatisme psychique

Le terme « traumatisme » est issu du grec ancien « *traumatismos* » qui signifie « action de blesser ». Toutefois, son acceptation française actuelle correspond plutôt au mot grec « trauma » qui signifie « blessure ».

En psychologie, le concept de traumatisme psychique ou trauma a été emprunté à la pathologie chirurgicale, où il signifie une transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion (Josse, 2011). Transposé à la psychopathologie, le mot a conservé cette connotation. Le traumatisme psychique est la transmission d'un choc psychique exercé par un agent

psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, que ces dernières soient transitoires ou définitives (Crocq, 1999).

Tenant compte de ces différents éléments, nous pouvons donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur (Josse, 2011).

5. Les différents types de traumatismes

5.1. Les traumatismes de type I et II

5.1.1. Les traumatismes de type I

C'est à Lenore Terr que l'on doit la première catégorie des traumatismes en deux types : le traumatisme de type I et le traumatisme de type II.

Lenore Terr décrit le traumatisme de type I comme « un évènement traumatisant unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif » (Josse, 2007, p.7). Le traumatisme de type I est causé par un évènement isolé, imprévu et limité dans le temps. Par exemple, ce traumatisme peut être une agression, un incendie, un accident de voiture, une catastrophe naturelle, etc. Par convention, le traumatisme de type I se soigne, se guérit beaucoup plus facilement qu'un traumatisme de type II.

Les conséquences du traumatisme de type I sont des réponses comportementales et physiologiques conditionnées à l'évènement traumatisant, comme par exemple, des souvenirs détaillés de l'évènement, des peurs spécifiques à l'évènement, des hallucinations ou une recherche de sens pour expliquer ce qui est arrivé, des évitements, des reviviscences, etc. (Blavier, 2016). Notons qu'« un traumatisme de type I peut avoir des « conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatisante. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique » (Josse, 2007, p.7).

5.1.2. Les traumatismes de type II

Lenore Terr parle de traumatisme de type II lorsque « l'évènement s'est répété, lorsqu'il 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 un agent stressant chronique ou abusif » (Josse, 2007, p.7). Par exemple, nous pensons à la violence intrafamiliale, la violence politique, les faits de guerre, les abus sexuels, les traumatismes secondaires des professionnels de l'aide, les agressions répétées, le harcèlement au travail etc. Nous remarquons alors qu'un traumatisme de type II résulte de l'exposition répétée, prolongée et multiple à des évènements extrêmes, le plus souvent de nature interpersonnelle.

Pour commencer, tout traumatisme est de type I. En effet, les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I. Les symptômes du type I peuvent être considérés comme des puissants mécanismes de défense ayant pour fonction de protéger l'intégrité psychologique de la personne et la sauvegarde de soi. Parmi les mécanismes de défense, nous pouvons citer l'évitement, l'isolement, le refoulement, le détournement de la rage vers soi ou vers les autres (Blavier, 2016). Néanmoins, progressivement, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques se manifestent avec le développement du traumatisme de type II – comme par exemple, d'importants changements de la personnalité.

5.2. Les traumatismes simples et complexes

5.2.1. Les traumatismes simples

Judith Herman, professeur à la Harvard Medical School, distingue les traumatismes simples des traumatismes complexes. Les traumatismes simples peuvent être définis comme des traumatismes de type I tels que précisé par Terr.

5.2.2. Les traumatismes complexes

Elle définit les traumatismes complexes comme « le résultat d'une victimisation chronique à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle

de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper » (Josse, 2007, p.8). Nous pensons notamment aux camps de concentration et de prisonniers de guerre, aux maisons closes, à la violence familiale constante, à la violence physique grave et constante, aux agressions sexuelles durant l'enfance, etc.

5.3. Les traumatismes directs et indirects

5.3.1. Les traumatismes directs

Nous parlons de traumatisme direct « lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été sujette (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'évènement traumatique » (Josse, 2007, p.9).

5.3.2. Les traumatismes indirects

Nous parlons de traumatisme indirect lorsqu' « un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psycho-traumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'évènement traumatique » (Josse, 2007, p.9). Nous retrouvons, par exemple, les enfants réintégrant la cellule familiale après que leurs parents aient subi des évènements traumatogènes.

Dans ce cas, nous parlons de traumatisme vicariant, de traumatisation vicariante ou de traumatisme secondaire.

Type de victimes	Processus de traumatisation	Publics cibles	Conséquences spécifiques
Victime primaire	Traumatisation directe	Survivant Témoin Sauveteur	Etat de stress aigu Etat de stress post-traumatique

Victime secondaire	Traumatisation indirecte	Sauveteur Intervenants Psychologues de crise Entourage Collègues	Etat de stress traumatique secondaire Deuil traumatique
Victime tertiaire	Traumatisation vicariante	Thérapeute	Fatigue de Compassion

Figure 3 : Cadre conceptuel du processus de traumatisation (Serniclaes, 2000).

Le point de départ du cadre conceptuel de la traumatisation indirecte est une victime ayant vécu un évènement traumatique. Cette victime initiale est nommée *victime primaire* – victime d'un processus de *traumatisation directe*. Cette dernière peut présenter des symptômes d'état de stress aigu ou d'un état de stress post-traumatique. Témoins directs de l'évènement, les intervenants de premiers secours tels que des pompiers, des policiers, des médecins, etc. peuvent aussi être des victimes primaires d'un évènement traumatique. Ils peuvent alors aussi développer les mêmes troubles que les victimes primaires.

Pour Serniclaes, « à partir de la victime primaire, une première onde de choc traumatique vient toucher l'entourage direct de la victime et tous les professionnels en contact avec la victime en situation de crise. Ces personnes représentent des *victimes secondaires* potentielles, et peuvent expérimenter une *traumatisation indirecte* qui, elle-même, peut entraîner spécifiquement des symptômes de stress traumatique secondaire » (Auxenfants, 2017, p.22). A moyen et à long terme, les intervenants peuvent représenter des *victimes tertiaires* potentielles et subir un processus de *traumatisation vicariante* basé sur l'écoute empathique des récits traumatiques des victimes primaires. Les troubles et les symptômes engendrés par une traumatisation vicariante constituent la fatigue de compassion.

6. Le traumatisme vicariant

Tous les jours, les professionnels de l'aide entendent des récits de souffrance de victimes. Ils assistent aux effets quotidiens d'une maladie, d'un accident, d'une perte, vivent avec la mort imminente de l'un d'entre eux... Ils doivent, malgré tout, continuer à aider et à soutenir, avec empathie.

L'empathie semble être fondamentale dans le mécanisme pouvant amener un traumatisme vicariant (Pearlman et Saakvitne, 1995). Dans sa description de l'empathie, Decety (2010) indique qu'elle comprend deux facteurs. D'une part, un partage affectif non conscient et automatique avec autrui, et d'autre part, la nécessité de réguler temporairement et consciemment sa propre subjectivité pour se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité. Ce second facteur joue un rôle protecteur qui permet au professionnel de s'interroger sur ce que la personne a subi, comment elle l'a vécu et comment elle y a survécu. Lors de l'émergence d'un traumatisme vicariant, ce second facteur ferait défaut et ne jouerait, dès lors, plus son rôle protecteur. Le professionnel s'identifie alors à la personne traumatisée et commence à imaginer ce qu'elle ressentirait si les événements racontés lui étaient arrivés (Decety, 2010).

L'engagement de l'intervenant auprès des victimes inclut l'écoute de récits d'événements effroyables, d'être témoin de la cruauté dont sont capables certaines personnes, de vivre la mort à travers les victimes, etc. (Pearlman & Mac Ian, 1995). Le fait d'entendre de façon répétée des expériences traumatiques peut progressivement provoquer un traumatisme chez l'intervenant, qui n'a pas vécu lui-même le traumatisme. L'écoute n'est jamais sans effets sur l'écoutant (Debauche, 2017).

Cette exposition particulière peut être à l'origine de réactions délétères chez le professionnel, investi dans la relation d'aide. Ce qui a menacé la vie de leurs patients ou leur intégrité psychique ou physique va atteindre insidieusement les intervenants psychosociaux au niveau cognitif, émotionnel, comportemental, relationnel et spirituel. Les professionnels souffrent alors de ce qui est nommé traumatisme vicariant ou d'usure par compassion.

Les concepts de traumatisme vicariant et de traumatisme secondaire ont été proposés par Laurie Pearlman et Karen Saakvitne – psychologues dans les années 1990. Les principales recherches et les apports les plus conséquents sur le traumatisme vicariant sont nés de l'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales et d'actes de torture.

Le traumatisme s'introduit insidieusement dans l'existence de la personne s'accumulant de différentes façons, produisant des changements aussi subtils que profonds. Ces « traumatismes par procuration » provoquent des ruptures profondes au niveau du sens de l'identité de la personne, de sa conception du monde et de sa spiritualité. Le processus de traumatisation vicariante est une violation répétée de nos convictions, valeurs et croyances (Duhoux, 2014).

L'intervenant est confronté à un risque de fatigue de compassion, d'épuisement professionnel, de dépression, de syndrome de burnout, ou de traumatisme par procuration.

Les effets de ce « traumatisme par compassion » peuvent ressembler aux signes d'un syndrome post-traumatique ou d'une dépression. Ils ont des répercussions dans toutes les sphères de la vie du professionnel : insomnies et/ou cauchemars à répétition, hypersensibilité, vigilance accrue, nervosité, ou au contraire repli sur soi, désinvestissement des relations menant à une déshumanisation du lien et un isolement de plus en plus dépressogène (Debauche, 2017).

6.1. La fatigue de compassion

« Quand la douleur des autres me perce le cœur... » (Côté, 2014, p.1)

La fatigue de compassion est un terme prononcé par Charles Figley – directeur de l'institut de traumatologie à Tulane University en 1995.

Aussi appelée « la fatigue de l'empathie » ou « l'usure de compassion », la fatigue de compassion est une usure, une érosion graduelle de notre empathie, de notre espoir et de notre compassion non seulement pour les autres, mais aussi pour nous-même. Cette « usure » change notre vie personnelle et professionnelle puisqu'elle entraîne des compromis dans notre bien-être.

L'usure de compassion affecte les personnes qui reçoivent les récits d'individus ayant vécu des situations difficiles, voire traumatiques. La fatigue de compassion est une usure profonde, douloureuse, à la détresse d'autrui (Brillon, 2013). Nous pensons notamment aux psychologues, au personnel médical, au personnel judiciaire, aux policiers et toute autre personne venant en aide de près ou de loin à des personnes vivant des évènements difficiles.

Les signes précurseurs peuvent se manifester par des réactions au stress comme des maux de tête, des perturbations de sommeil, des douleurs lombaires et des problèmes d'estomac. Les réactions mentales et émotionnelles comprennent l'irritabilité, l'hostilité, le manque de concentration, une faible confiance en soi et l'instabilité émotionnelle. Ces signes peuvent entraîner une autre détresse ou d'autres comportements d'évitement.

Les professionnels deviennent hypersensibles à leur état émotionnel ou à la violence en général. Ils sont vidés de toute vitalité, incapables de donner, d'aider et de soutenir. En effet, les personnes qui subissent de l'usure de compassion éprouvent un épuisement émotionnel, physique, social et spirituel qui réduit leur désir, leur capacité et leur énergie pour aider les autres. Les autres sont devenus synonymes de souffrance.

Ils peuvent aussi ressentir un fort sentiment d'impuissance acquise. La fatigue de compassion s'accompagne souvent de remises en question de notre vision des choses et de notre spiritualité.

« Les symptômes principaux du traumatisme vicariant sont des perturbations dans les cadres cognitifs de référence du thérapeute concernant sa propre identité, sa vision du monde, sa spiritualité, ses capacités et compétences, ses besoins et croyances psychologiques ; touchant principalement les domaines de la sécurité, de la confiance, de l'estime, de l'autonomie » (Auxenfants, 2014, p.42).

Les perturbations liées au domaine de la sécurité peuvent se manifester par un sens accru de sa propre vulnérabilité, une augmentation de la prise de conscience de la fragilité de la vie. Les modifications liées au domaine de la confiance peuvent être de la suspicion, un cynisme et une méfiance vis-à-vis d'autrui. Le domaine de l'estime peut être aussi ébranlé en se montrant par de l'amertume, de la colère et du pessimisme chez l'intervenant. Enfin, les perturbations relatives à l'autonomie peuvent se manifester par un vécu de stigmatisation, d'isolement et de marginalisation.

6.2. Modèle de transmission du traumatisme de Figley

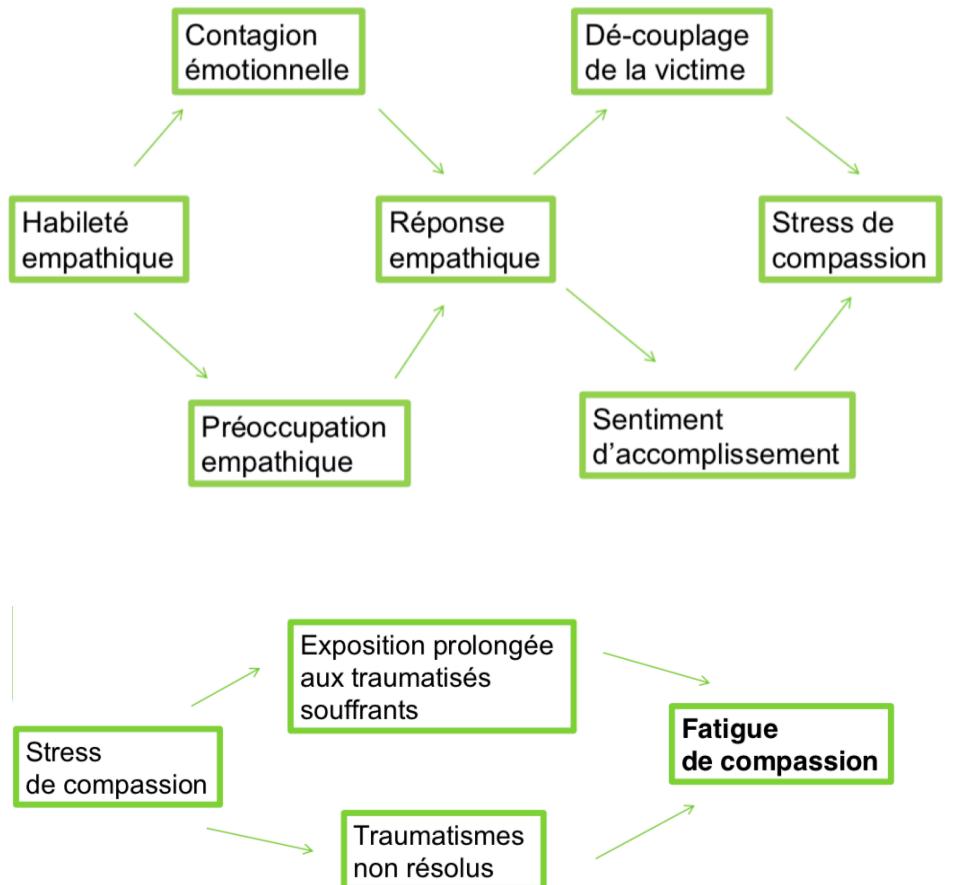


Figure 4 : Modèle de transmission du traumatisme de Figley (Blavier, 2016)

Le modèle de Figley permet de visualiser les étapes pouvant mener à la fatigue de compassion. Le modèle représente cette situation que nous pourrions qualifier de « crescendo émotionnel ».

Figley base son modèle sur l'empathie, c'est-à-dire, la capacité d'apercevoir et de sentir la souffrance d'autrui. Cette habileté empathique peut aboutir à deux concepts : soit, la contagion émotionnelle, soit la préoccupation empathique. La contagion émotionnelle est le transfert des émotions d'une personne émettrice vers une personne réceptrice, c'est-à-dire, que l'intervenant vit les émotions de la victime – il devient triste comme la victime. Il ne parvient pas à faire la distinction entre soi et autrui. La préoccupation empathique, quant à elle, est la motivation à agir et à procurer de l'aide pour soulager la souffrance de la victime.

Notons qu'un « manque de préoccupation empathique chez un intervenant est un indicateur d'épuisement professionnel » (Violet, 2010, p.15). L'habileté empathique et la contagion empathique déterminent le degré d'effort que fait l'intervenant pour réduire la souffrance des victimes. Cet effort est appelé la réponse empathique.

Les habiletés empathiques d'un intervenant l'amèneront à répondre de façon empathique à la souffrance de la personne. Néanmoins, l'intervenant doit s'assurer que l'exposition aux traumatismes des personnes qu'il rencontre ne soit pas au-dessus de ses forces. « La réponse empathique envers le patient doit être, dans une situation idéale, surveillée par l'intervenant. Il doit pouvoir identifier ce que représente pour lui une situation et intervenir pour limiter les impacts » (Violet, 2010, p.16).

Selon Figley, le sentiment d'accomplissement et le découplage de la victime sont deux facteurs qui influencent l'augmentation ou la diminution du stress de compassion. D'une part, nous pouvons décrire le sentiment d'accomplissement comme étant le degré de satisfaction de l'intervenant dans ses efforts, l'aide et l'assistance apportée à la victime. L'intervenant a le sentiment « d'avoir tout fait » dans le meilleur intérêt de la victime et il est convaincu des effets bénéfiques de son intervention. D'autre part, le découplage de la victime se réfère au degré dans lequel l'intervenant est capable de réaliser ce désinvestissement émotionnel par rapport à la victime.

Que ce soit la première ou la deuxième réponse, cela peut amener à un stress de compassion. Le degré de stress de compassion dépend du degré auquel le professionnel réalise un découplage émotionnel par rapport à la victime et du degré de satisfaction de l'intervenant quant à l'aide fournie à la victime. En effet, pour réduire le stress de compassion, certains professionnels surestiment parfois le soutien qu'ils ont apporté à la victime, ce qui mène à un degré de satisfaction biaisé. D'autres professionnels, en revanche, créent une distance psychique trop grande envers les victimes – ce qui peut être un premier signe d'épuisement et de burnout.

Le stress de compassion est un état précurseur à la fatigue de compassion. Celui-ci est l'un des premiers signes de burnout ou de stress post-traumatique secondaire.

Les intervenants restent malheureusement exposés aux traumatisés souffrants et ce, de manière prolongée. L'exposition prolongée amène à un sentiment de responsabilité prolongée, un manque d'apaisement des charges physiques et psychiques de responsabilités et

à une impuissance à réduire le stress de compassion (Blavier, 2016). D'après le modèle de Figley, le stress de compassion couplé à l'exposition prolongée provoque des souvenirs traumatisques. Ce sont ces répétitions et ces souvenirs traumatisques qui stimulent la création de symptômes d'un trouble de stress post-traumatique, et d'autres problèmes associés tels que les symptômes de dépression et d'anxiété généralisée. Ceci peut engendrer la réactivation d'anciens traumatismes non-résolus qui viendront influencer les souvenirs récents.

« La fatigue de compassion est l'aboutissement d'un mélange de stress de compassion et de prédispositions personnelles. Le fait d'être souvent, ou pendant de longues périodes, exposé à des récits de traumatismes et de maintenir le contact avec des personnes souffrantes favorise la fatigue de compassion d'un intervenant. Dans le même ordre d'idée, la vie privée de l'intervenant est une source influençant le développement de la fatigue de compassion » (Violet, 2010 p.16). Par exemple, les expériences professionnelles de l'intervenant, s'il a déjà été victime d'un traumatisme ou d'une situation semblable à celle du patient, l'exposent davantage. De plus, les évènements personnels tels un divorce, une maladie d'un proche ont aussi une influence. Même si l'intervenant est désireux de séparer sa vie professionnelle de sa vie privée, rien ne peut garantir que la psyché établira aussi cette barrière vie privée – vie professionnelle.

7. Facteurs de protection et de risque

Rechercher les facteurs de protection et de risque s'avère difficile car la pertinence d'un facteur est d'une part, une question de sensibilité, d'appréciation individuelle et de croyances, et d'autre part, ce facteur peut être influencé par de nombreux facteurs externes. Il existe parfois des interactions fortes et indissociables entre les facteurs de risque ou de protection, qu'il est parfois difficile d'appréhender. Chaque personne est unique. Il est possible de déterminer les facteurs de risque et de protection, mais la portée de chacun diffère d'une personne à l'autre. En outre, les mêmes facteurs peuvent être soit des facteurs de risque, soit des facteurs de protection.

7.1. Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont nécessaires au bon fonctionnement du processus de résilience. En latin, l'étymologie de la résilience signifie « *rebondissant* », « *rejaillissant* ». Il y a résilience lorsque les facteurs de protection prennent le dessus sur les facteurs de

vulnérabilité et permettent de tempérer le danger de désorganisation psychique et, donc, d'atténuer l'impact du traumatisme (Cyrulnik, 2017). En psychologie, nous appelons « résilience » la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité. Ainsi, les facteurs de protection atténuent les effets engendrés par l'adversité et aident à mieux s'adapter.

Fergus & Zimmerman (as cited in Cyrulnik, 2017) différencient les actifs et les ressources. Les actifs sont les facteurs de protection individuels (compétences, habiletés d'adaptation, efficacité, traits de caractère, etc.). Les ressources, quant à elles, sont tout ce qui est externe à l'individu, c'est-à-dire, le support familial et la communauté, les connexions familiales, l'implication dans le milieu ainsi que le rôle des collègues. Nous pouvons alors observer qu'il existe trois axes fondamentaux de la résilience : les facteurs individuels, les facteurs familiaux et les facteurs environnementaux. Chacun des trois piliers va contribuer à l'élaboration du processus défensif menant à la résilience en jouant un rôle plus au moins important en fonction du contexte de vie de la personne.

7.2. Facteurs de risque

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un facteur de risque est un élément augmentant la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

Trois facteurs majeurs sont reconnus dans le développement des facteurs de risque (Blavier, 2016). Le premier facteur prend en considération les caractéristiques de l'évènement potentiellement traumatisant.

- ✓ Les différents types d'évènements n'ont pas la même probabilité de développer un traumatisme. Par exemple, une catastrophe naturelle a un facteur de risque moins élevé où personne n'est responsable qu'une agression où l'auteur a l'intention claire d'agresser.
- ✓ Le degré de violence est aussi un facteur à prendre en compte : plus le degré de violence est élevé, plus le risque de développement d'un traumatisme sera accru.
- ✓ L'émergence d'un traumatisme est aussi plus grand si le choix de la victime est fortuit ou délibéré.

- ✓ Si l'évènement implique un individu ou une collectivité s'avère aussi différent. Le développement d'un traumatisme est plus élevé s'il s'agit d'un individu seul.
- ✓ Le degré d'implication de la personne : si la personne est impliquée dans l'agression directement ou si elle est témoin de l'évènement traumatisante, cela est différent en termes de facteur de risque.
- ✓ La présence de lésions physiques ou non est aussi un facteur de risque de développement d'un traumatisme.

Le deuxième facteur à considérer concerne les réactions « péri-traumatiques ». Proches du moment du choc, elles surviennent pendant les faits et perdurent pendant quelques heures voire quelques jours. De manière générale, les réactions de stress dépassé sont un facteur de risque, mais le fait qu'un individu vit un état de dissociation lors du choc reste un facteur de risque majeur de développement d'un traumatisme. La présence d'un état de stress aigu, l'effroi, la dissociation et la fréquence cardiaque sont des indices prédictifs à observer dans l'immédiat de l'exposition à l'évènement.

Le troisième facteur porte son attention sur les caractéristiques de l'individu. Les capacités de résilience et de vulnérabilité sont influencées par le type de personnalité (Blavier, 2016).

Mentionnons également que l'identification à la souffrance de la famille et/ou de la victime est possible et est considérée comme un facteur de vulnérabilité. Dans certains cas, il se peut que le professionnel n'arrive pas à établir une distance relationnelle adéquate. Par exemple, il s'avère plus difficile de garder la juste distance relationnelle si la victime est un enfant – enfant qui a, en plus, le même âge que l'enfant du professionnel (Blavier, 2016).

L'imprévisibilité de l'intervention constitue aussi un facteur de vulnérabilité. Plus le policier ne connaît pas l'intervention en détails, plus il y a un risque de développement d'un traumatisme psychologique. Nous comprenons ainsi toute l'importance de la préparation psychologique de la formation et de disposer d'informations utiles et correctes sur l'évènement difficile avant de s'y rendre. En outre, le moment de l'appel téléphonique avant de se rendre

sur les lieux d'une intervention est essentiel car il aide notamment les intervenants à se préparer psychologiquement (Blavier, 2016).

Enfin, le policier se trouve dans un critère de la perfection théorique comme référence. La moindre faute entraîne un doute sur ses propres compétences professionnelles. La vulnérabilité est très importante car il considère que même un blessé en intervention est déjà un échec. Identifier les fautes commises altère les capacités de relativisation. Or, pour vaincre la peur, l'angoisse, le stress et l'inquiétude au cours d'un évènement, il est souvent nécessaire de relativiser. Selon Elsa Godart, docteure en philosophie et en psychanalyse, relativiser ses peurs revient à les maîtriser. Il faut objectiver la situation qui nous inquiète plutôt que de la subir. La relativisation vous permet de ne pas vous laisser submerger par un flot d'émotions nocives (Zen, n.d.).

8. Les années d'expérience du policier

La juvénilité est un facteur prédisposant de développement d'un traumatisme psychologique (Blavier, 2016). Chacun est probablement passé par une succession de périodes : période initiale sans blindage, puis période d'augmentation régulière du blindage. Plus on reçoit des projectiles puissants, plus on augmente l'épaisseur du blindage. Plus on est solide de l'intérieur, moins on éprouve le besoin d'une carapace pour résister aux agressions externes (Monfort, 2005).

Lorsque la préparation psychologique au métier de policier n'a pas été adéquate, l'intervenant peut avoir des doutes quant à sa propre efficacité mais aussi celle de son métier. Il ressent alors une tension permanente avec des réactions physiques (troubles du sommeil, fatigue, difficultés de concentration, agitation ou nervosité, maux divers ou des douleurs anatomiques, etc.) et psychologiques intenses (sentiment de tristesse ou de désespoir, anxiété ou peur, culpabilité, honte, colère, sauts d'humeur, déni ou incrédulité, etc.). Ses doutes peuvent survenir avant, pendant et après l'intervention. Par conséquent, le policier se trouve plus à risque de faire des erreurs pendant l'intervention car il s'en trouve plus vulnérable psychologiquement et physiquement.

Lors de la période sensible initiale du jeune, la dissociation est souvent observée. Le jeune policier présente alors un choc dissociatif prolongé avec un ralentissement idéomoteur.

Il a surestimé ses ressources ; il ne s'attendait pas à un tel vécu en tant que policier (Blavier, 2016).

Un jeune policier qui n'est pas à sa place ne tiendra qu'une année au grand maximum au sein de la police (Blavier, 2016). En revanche, dès que le policier a passé sa première année et a « survécu », il a acquis de nouvelles compétences. Il a alors une valorisation professionnelle avec une émergence de la confirmation d'une vocation. L'avant et l'après dans la prise en charge de certaines personnes structure la carrière. En outre, l'intervention traumatique devient un rituel de passage qui relie les différents intervenants entre eux. Par exemple, la première pendaison est vécue comme un rituel de passage : « *tu l'as vécu comme nous, tu ressens la même chose que nous* ». Il y a donc un partage d'une symbolique commune. Ces différents éléments permettent de gagner la confiance du groupe, de se sentir appartenir et intégré dans le groupe de policiers.

9. Le soutien social

Le soutien social fait référence aux interactions et aux ressources provenant d'autres individus qui peuvent être utiles pour aider une personne à composer avec une difficulté (Wills & Fegan, 2001). Cette définition plutôt large sous-tend une variété de perspectives selon lesquelles on peut mesurer ce construit. Il existe actuellement plusieurs instruments de mesure du soutien social. La présence de nombreuses échelles de mesure reflète la difficulté à bien mesurer cette variable et surtout la nature multidimensionnelle du construit du soutien social (Nadeau, 2013). Certains mesurent le *soutien structurel*, c'est-à-dire celui qui renvoie à la quantité de personnes ressources ou de liens sociaux que la personne possède. D'autres mesurent le *soutien fonctionnel* qui reflète la qualité des ressources disponibles et la perception de l'individu concernant l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches (Wills & Fegan, 2001). « Les études auprès de victimes de traumatismes suggèrent que le soutien fonctionnel est plus fortement relié à la sévérité des réactions post-traumatiques que le soutien structurel » (Nadeau, 2013, p.7).

Concernant le concept de soutien social fonctionnel, nous distinguons le *soutien émotionnel*, *informationnel*, *tangible* et de *camaraderie*. « Le *soutien émotionnel* comprend le fait de pouvoir se confier à quelqu'un, de se sentir compris, apprécié et accepté. Le *soutien informationnel* se présente, quant à lui, sous forme de conseils ou de feedbacks qui aident la

personne à mieux comprendre et à mieux gérer des situations difficiles. Le *soutien tangible* consiste en une aide matérielle ou financière ou en services offerts ou rendus à l'individu dans le besoin. Enfin, le *soutien de camaraderie* permet à l'individu de se relaxer et de se changer les idées en partageant avec lui diverses activités de détente et de loisirs » (Nadeau, 2013, p.7).

Le soutien social peut aussi être divisé en deux grandes catégories : le *soutien perçu* et le *soutien reçu*. Le *soutien perçu* renvoie à la perception de la disponibilité du soutien si l'individu en a besoin alors que le *soutien reçu* consiste, quant à lui, en la perception de la fréquence des comportements de soutien reçus.

Le soutien social est considéré par plusieurs auteurs comme une véritable variable « tampon » produisant un effet protecteur contre les effets du stress, prévenant ainsi le développement d'une symptomatologie (*stress buffering model*) (Cutrona & Russell, 1990 ; Cohen & Wills, 1985 ; Cobb, 1976, as cited in Caron & Guay, 2006). En outre, « l'effet bénéfique du soutien perçu sur la santé mentale et les symptômes d'état de stress post traumatisque a été démontré de manière beaucoup plus constante comparativement au soutien reçu » (Kaniasty, 2005 as cited in Nadeau, 2013, p.8).

Le soutien reçu au travail, dans le milieu familial et social peut aider la personne à répondre aux exigences de son travail et atténuer l'impact du stress sur son état psychologique (Vézina et al., as cited in Vanier, & Fortin, 1996). En effet, le soutien des collègues et de la hiérarchie aurait la propriété de diminuer les risques de stress post-traumatique et parler de son ressenti émotionnel avec les collègues et/ou la hiérarchie serait protecteur (Stephens & Long, 2000).

Nous soulignons l'importance du rapport particulier qu'entretiennent les policiers avec leur réseau social au travail. Les policiers n'entretiennent souvent que les réseaux relatifs au travail parce qu'ils perçoivent leurs collègues comme étant les seules personnes capables de comprendre leur réalité (McCarty & al., 2007). Cette forte culture policière peut se traduire par une méfiance envers le soutien extérieur et une perte de confiance envers toute forme d'aide, même celle provenant de la famille (Waters & Ussery, 2007).

Une analyse subséquente (Stephens & Long, 2000) a évalué l'impact de différents aspects de la communication des policiers avec leurs collègues et supérieurs sur les réactions post-traumatiques. Les résultats révèlent que les effets de la communication sur les symptômes

d'état de stress post-traumatique varient en fonction des aspects de la communication et de leurs niveaux de fréquence. Le fait de parler aisément au travail des expériences traumatisques et d'avoir des communications positives à propos du travail, comme par exemple, parler des aspects positifs de leur métier, ressortent comme des variables qui modèrent la relation positive entre le nombre d'expériences traumatisques vécues et les réactions post-traumatiques.

Nous comprenons ainsi que le fait de pouvoir parler aisément des expériences traumatisques au travail et d'échanger positivement à propos du travail sont deux éléments associés à une plus faible relation trauma/symptomatologie. De plus, un niveau modéré de communication sur les expériences perturbantes reliées au travail (comprenant des événements traumatisques) avec les collègues présente aussi un effet modérateur sur la relation positive trauma/symptomatologie. Cette étude révèle aussi que la plupart des contenus de communication avec les superviseurs n'ont pas montré d'effets modérateurs.

En outre, il semble que « les policiers qui décèlent une attitude d'ouverture à l'expression des émotions parmi leurs collègues, qui rapportent pouvoir parler aisément au travail de leurs expériences traumatisques et qui perçoivent une disponibilité élevée de soutien des collègues, des superviseurs et des proches rapporteraient moins de symptômes d'état de stress post-traumatique » (Nadeau, 2013, p.13).

« Le soutien provenant des collègues semble toutefois se démarquer des autres sources de soutien quant à sa capacité à montrer un effet de modération sur la relation positive trauma/symptomatologie » (Nadeau, 2013, p.13). En effet, « face à des situations de violence, le soutien social professionnel est un moyen de gérer le stress » (La Rocco & Jones, 1978, as cited in Monier, 2014, p.110). Etre capable d'échanges sociaux appropriés représente une compétence émotionnelle précieuse dans les métiers à risques. Il convient de préciser que le soutien social reste un enjeu très fort de gestion émotionnelle dans la mesure où il s'ancre dans une véritable culture professionnelle, comme chez les policiers (Fernandez & al., 2008). Le soutien des collègues participe à l'esprit d'équipe et aux débriefings quasiment automatiques post-intervention, plus au moins formels (Fernandez & al., 2008). « Ce soutien social permet aux policiers de réguler leurs émotions et de gérer leur stress avant, pendant et après l'intervention » (La Rocco & Jones, 1978, as cited in Monier, 2014, p.110).

L'humour, peu présent dans la revue de la littérature, constitue une autre forme de soutien social. Molinier (1998) précise à ce sujet que « plaisanter est le meilleur moyen de

prendre du recul face au travail émotionnel intense. Il autorise la distance et le recul face à des évènements chargés émotionnellement » (Molinier, 1998, as cited in Monier, 2014, p.111).

Outre le soutien social professionnel, il y a aussi le soutien socio-émotionnel – soit, le soutien hors travail. Ce soutien socio-émotionnel existe la plupart du temps grâce aux amis, à la famille, et aux groupes sociaux. La vie privée apparaît alors comme donnant un cadre de stabilité, qui permet au professionnel de reconstituer ses forces émotionnelles, de se reposer émotionnellement (Monier, 2014).

Enfin, le soutien social tant socio-émotionnel que professionnel agit comme « collectif fondamental pour aider les professionnels à accomplir leur travail émotionnel, et supporter les charges émotionnelles dans le cadre de leurs missions » (Monier, 2014, p.110). Dès lors, le soutien social intervient comme facilitateur de la régulation émotionnelle et du travail émotionnel.

10. L'alexithymie

En 1972, Peter Sifneos et John Nemiah ont proposé un néologisme, le terme d'alexithymie, pour désigner le fonctionnement de nombreux patients souffrant d'affections organiques chroniques à forte composante psychosomatique. Etymologiquement, alexithymie, dérivé du grec, signifie « absence de mots pour exprimer les émotions » : a = absence, lexis = mot, thymos = humeur, affectivité, sentiment, émotion (Sifnéos, 1973).

Sifnéos remarque que ce trouble se rencontre aussi chez les patients souffrant de stress post traumatique et ceux qui sont dépendants de la drogue, l'alcool, ainsi que chez les personnes anorexiques et boulimiques. En effet, les conduites addictives peuvent être envisagées comme des troubles développementaux de la régulation émotionnelle. Les sujets alexithymiques qui manquent d'un sentiment de cohésion de soi et de capacités à réguler leurs affects de façon autonome sont en difficulté pour gérer les séparations et peuvent alors être amenés à établir des relations de dépendance plus au moins symbiotiques avec des personnes extérieures jouant le rôle de régulateur ou encore avec des objets addictifs (Jouanne, 2006).

Sifneos définit l'alexithymie comme un déficit de l'affect : une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement, une difficulté à trouver les mots pour décrire ses

sentiments. L'alexithymie consiste en « une incapacité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent » (Jouanne, 2006, p.195).

Selon les observations de Nemiah et Sifneos, les patients souffrant de maladies psychosomatiques ont une incapacité à identifier et à décrire verbalement leurs sentiments et leurs émotions. Leur vie fantasmique est limitée et un mode de pensée est essentiellement orienté vers les symptômes physiques, les aspects concrets au détriment des aspects affectifs (Nemiah et al., 1976, as cited in Jouanne, 2006). Par exemple, il est impossible de dire s'ils sont en colère, tristes, ou s'ils ont peur. La confusion règne.

Les dimensions cliniques de l'alexithymie ont été regroupées en deux composantes distinctes : affective et cognitive. La composante affective est caractérisée par l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles. La composante cognitive, quant à elle, est caractérisée par une limitation de la vie imaginaire, une pensée à contenu pragmatique et le recours à l'action pour gérer les conflits ou exprimer ses émotions.

Les données issues de la psychopathologie quantitative ont montré que la composante affective de l'alexithymie était particulièrement sensible aux facteurs de détresse émotionnelle (anxiété, stress chronique, dépression, etc.), tandis que la composante cognitive était plus indépendante.

Progressivement, les recherches cliniques ont permis de définir l'alexithymie comme un concept multidimensionnel qui s'organise autour de quatre axes principaux (Taylor et al., 1990, as cited in De Tychey, 2010).

Les difficultés à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui constitue la première caractéristique. Cette dernière correspond à une incapacité à l'expression verbale des émotions. Elle s'avère essentielle et indispensable pour poser le diagnostic d'alexithymie. Les sujets alexithymiques ressentent tout le spectre émotionnel inhérent aux personnes, mais sont dans l'impossibilité de décrire ce qu'ils ressentent avec des mots. Par conséquent, ils ont aussi des difficultés à comprendre les réactions émotionnelles des autres, ce qui peut provoquer une barrière pour les interactions de communication.

En outre, les émotions vont exercer une influence sur nos interactions sociales. Par exemple, les expressions faciales que nous développons vont favoriser le rapprochement ou l'éloignement entre les individus. Les émotions que nous ressentons ou que nous détectons chez les autres vont nous servir de guide, de repère dans notre vie et dans nos interactions sociales.

Gérer des relations interpersonnelles peut être complexe, surtout pour la personne qui souffre d'alexithymie. Cette dernière va avoir des difficultés à établir des liens avec autrui, à savoir ce qu'éprouvent ses interlocuteurs ou à deviner ce que vont être les réactions des autres face à son discours (Gaillard, 2016).

Les personnes alexithymiques sont mal à l'aise dans les relations interpersonnelles, d'autant qu'ils éveillent peu de sympathie chez les autres, qui les considèrent comme froids et distants, précise Olivier Luminet. Même quand ils ont besoin d'aide, ils ont du mal à trouver le soutien nécessaire. Lors d'un évènement stressant, la personne va préférer changer de sujet ou s'isoler, car elle n'est pas à l'aise pour exprimer ce qu'elle ressent, et les mots ne viendront pas. De plus, il faut savoir que ces personnes ont de faibles capacités d'introspection sur leurs états affectifs (Gaillard, 2016).

Par ailleurs, les sujets alexithymiques éviteraient toute situation de confrontation avec leurs émotions. Ils évitent de consulter un psychologue, mais leur parcours les amène, toutefois, de façon habituelle dans le milieu médical pour des problèmes dont les conséquences peuvent être sérieuses, comme par exemple, des troubles du comportement alimentaire (anorexie), des états de stress post-traumatique ou l'abus de substances psychoactives (alcool, tabac, produits illicites, etc.) (Jouanne, 2006).

La rareté de leurs expressions faciales empêche leur entourage de se rendre compte qu'ils ne vont pas bien... Résultat : un sentiment de solitude, voire de rejet, est souvent évoqué par les personnes alexithymiques (Luminet, 2013).

Plus une personne est alexithymique, plus son réseau de support social est pauvre (Humphreys et al., 2009). Moins il rapporte des relations proches, moins il semble manifester le besoin d'être en relation et moins il vit d'expériences affectives (Hesse, 2002). En 1991, Sifneos signalait que les sujets alexithymiques avaient des difficultés à établir des relations interpersonnelles et à communiquer leurs états affectifs aux autres.

Ainsi, « l'impossibilité de pouvoir repérer et identifier ses émotions altérerait la qualité des relations interpersonnelles » (Jouanne, 2006, p. 195).

L'incapacité à identifier ses sentiments et à pouvoir les distinguer de ses sensations corporelles est la seconde caractéristique. En effet, le sujet alexithymique décrit sans cesse des symptômes physiques ; les plaintes somatiques sont très nombreuses. Possédant peu de capacités imaginatives, cette description peut être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer (Jouanne, 2006).

La pauvreté de la vie imaginaire constitue la troisième caractéristique. La plupart des auteurs s'accordent pour penser que les sujets alexithymiques rêvent peu. Quand le rêve existe, le contenu de leurs rêves est pauvre, factuel et réaliste. Les rêves diurnes, comme les fantasmes, sont peu fréquents. L'impossibilité de raconter un rêve peut s'apparenter à la difficulté de parler de ses émotions : le sujet alexithymique rêve sans doute (de même qu'il ressent des émotions), mais, la verbalisation ne peut se faire (Farges, 2002).

Les pensées à contenu pragmatique (pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures) constituent la quatrième caractéristique. Les personnes alexithymiques s'expriment de manière descriptive. « Les plaintes somatiques de type tension, irritabilité, nervosité ou encore douleur vague sont nombreuses » (Guilbaud, Corcos, Loas, Speranza, Dugré-Le-Bire & Jeammet in Corcos, Flament & Jeammet., 2003, p.160-172). Il y a une description détaillée des faits, évènements, symptômes physiques, avec une pauvreté des mots. L'accumulation de détails paraît mécanique et n'est pas sous-tendue par un élan affectif. La pauvreté du ressenti dans le discours frappe souvent l'interlocuteur. Il s'agit d'un discours qui semble refléter une pensée purement concrète, qui évoque la pensée opératoire (Farges, 2002).

Enfin, la composante alexithymique peut se voir chez des sujets sains, en particulier dans des situations de stress. L'alexithymie serait une réaction défensive faisant suite à un traumatisme psychique. Le fait de bloquer l'accès à son vécu émotionnel pourrait alors servir à se protéger contre un stress trop important (Luminet, Vermeulen & Grynberg, 2013). Autrement dit, l'alexithymie serait assimilable à un mécanisme de défense, une stratégie de coping, protégeant le sujet contre le perçu et le vécu émotionnel dans des situations de vulnérabilité.

11. Les stratégies de coping

Notre résilience, notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise les stratégies de coping. Le mot « coping » vient du verbe anglais « *to cope with* » qui signifie « faire face à ». Lazarus et Folkman définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources adaptatives » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.70). Elles sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe (Giffard, 1985).

Au regard de la définition, la conception du coping implique une transaction sujet/environnement. La dichotomie stratégie adaptée/inadaptée est exclue puisque l'efficacité d'une stratégie dépend avant tout des particularités de la situation – efficace en certaines circonstances, inefficace en d'autres.

Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales. D'une part, il peut permettre de « modifier le problème qui est à l'origine du stress – stratégie de coping centrée sur le problème – et d'autre part, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème – stratégie de coping centrée sur l'émotion » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71). En fonction de la personnalité, des facteurs environnementaux et des autres personnes en présence, l'individu utilise l'une ou l'autre stratégie.

11.1. Les stratégies de coping centrées sur le problème

Les stratégies dites *centrées sur le problème* se caractérisent par une conception du stresseur incitant le sujet à agir afin de réduire la source du stress en participant activement au management de l'événement. Pour le sujet, il s'agit avant tout (...) de réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face (Callahan & Chabrol, 2004).

« Si pour Lazarus et Folkman (1984), le coping centré sur le problème est envisagé comme une action visant à changer la relation sujet/environnement, ce sont les tentatives qui priment qu'elles soient ou non couronnées de succès » (Parrocchet, 2012, p.85).

Deux facteurs mineurs sont rattachés au coping centré sur le problème : d'une part, la résolution du problème – recherche active d'informations, planification d'action – et d'autre part, l'affrontement de la situation – efforts et actions visant la modification directe du problème. Dans tous les cas, le coping centré sur le problème, participe à la réduction de l'écart entre l'état des transactions personne-environnement et l'état recherché (ou espéré) de ces transactions. La réduction de cet écart aura, pour conséquence, une réduction du stress occasionné (Delelis, 2011).

La planification de solutions et de résolutions peut être un exemple de stratégie de coping centré sur le problème. Elle consiste à analyser la situation pour obtenir des solutions et entreprendre des actions pour corriger le problème, comme par exemple, prospecter et consulter des informations pour trouver un médecin. Le coping de confrontation consiste, quant à lui, à prendre des mesures radicales et actives, souvent accompagnées de colère et d'une prise de risque importante pour changer la situation. A travers ces deux exemples, nous comprenons que face à un stresseur, une personne qui se focalise sur le problème peut adopter une stratégie dite de résolution active directement et ouvertement destinée à faire face et à réussir.

Pour Suls et Fletcher (1985), le degré d'efficacité de stratégies diffère selon la contrôlabilité de l'évènement et la durée de leur efficacité respective. Celles centrées sur le problème s'avèrent pertinentes en cas d'évènements prévisibles sur du long terme mais demeurent inefficaces en cas d'évènements incontrôlables (Suls & Fletcher, 1985 as cited in Parrocchetti, 2012).

11.2. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion

Si les stratégies centrées sur le problème agissent directement sur les causes, celles « (...) centrées sur les émotions visent à moduler ou bien réduire les manifestations émotionnelles négatives suggérées par la confrontation à l'évènement stressant » (Parrocchetti, 2012, p.86). Elles sont mises en œuvre lorsque des difficultés sont perçues dans des situations non contrôlables.

Les stratégies de coping dites *centrées sur l'émotion* orientent donc les efforts individuels vers la régulation de la détresse psychologique – stratégies visant à la réduction et/ou à la régulation des réponses émotionnelles, provoquées par l'agent de stress, dirigées vers

soi. Ces stratégies sont dirigées, essentiellement, vers soi et sont centrées sur les émotions ressenties (Delelis, 2011).

Deux phases sont présentes dans la régulation des émotions : la réévaluation – *reappraisal* et la suppression. Le rôle de la réévaluation consiste à modifier l’interprétation de la situation en atténuant son impact émotionnel tandis que le rôle de la suppression correspond à la répression de l’expression des sentiments. La réévaluation cognitive peut s’apprendre, s’acquérir. « Souvent plus efficace que la répression, la réévaluation a des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être général » (Gross et John, 2003 ; John et Gross, 2004 as cited in Parrocchetti, 2012, p.87). « Le préjudice sur la santé est moins important que dans le cas de la suppression expressive » (Gross & John, 2003, as cited in Monier, 2014, p.109). De surcroit, l’utilisation de la réévaluation amène un meilleur contrôle des émotions, du fonctionnement interpersonnel et du bien-être psychologique et physique (Blavier, 2016).

Lors de la suppression expressive, l’individu modifie au moins une des composantes de la réponse émotionnelle de deux façons possibles : soit, il supprime l’expression de son émotion réellement ressentie – par exemple, montrer de la neutralité alors qu’il ressent de la colère, soit il affiche une autre émotion que celle réellement ressentie – par exemple, montrer de la joie par un sourire alors que l’émotion réellement ressentie est de la colère. A long terme, la suppression expressive diminue le contrôle des émotions, le fonctionnement interpersonnel, le fonctionnement mnésique, le bien-être et augmente les symptômes dépressifs (Blavier, 2016).

La régulation émotionnelle peut revêtir plusieurs formes d’ordre émotionnel, physiologique, cognitif et comportemental. Face à une transaction stressante, l’individu peut tenter de contrôler les ressentis émotionnels par la consommation de substances psychoactives (les drogues, l’alcool, le tabac, les médicaments) ou s’engager dans certaines activités ludiques (la lecture, le sport, les jeux vidéo, le jardinage etc.) mais également se sentir coupable (auto-accusation) voire à exprimer ouvertement ses émotions (joie, colère, anxiété, etc.). Les individus peuvent aussi utiliser l’humour – le rire, comme le sport, libère des tensions et provoque la sécrétion d’hormones qui renforcent le sentiment de bien-être (Pernet, 2020). Le coping « religieux » – croire en Dieu – peut diminuer le caractère stressant d’un évènement de vie et est donc utilisé dans de telles stratégies. « Un des aspects cognitifs de ce coping consiste à modifier la signification d’une situation en diminuant sa gravité (minimisation) ou bien en niant sa réalité (dénégation, pensée magique, etc.) » (Parrocchetti, 2012, p.87).

Lazarus et Folkman (1984a) distinguent cinq catégories de stratégies de coping centrées sur l’émotion : la minimisation de la menace, la réévaluation positive de la situation, l’auto-accusation, l’évitement-fuite de l’élément stresseur et la recherche de soutien social émotionnel (Delelis, 2011).

En outre, les professionnels « se protègent individuellement grâce à des stratégies de retrait, d’évitement, de distanciation, en cas d’émotion trop forte ou de travail émotionnel trop important » (Monier, 2014, p.109).

11.3. Les stratégies de coping centrées sur la recherche du soutien social

Bruchon-Schweitez, Cousson et al. (1996) proposent, toutefois, l’existence d’un troisième ensemble de stratégies : la recherche de soutien social, visant à obtenir l’aide, les encouragements et/ou la sympathie d’autrui (Bruchon-Schweitez, Cousson et al., 1996 as cited in Delelis, 2011). Or, le soutien social peut remplir, selon les situations, l’une et/ou l’autre des fonctions du coping – c’est-à-dire, modifier le problème et/ou l’état émotionnel. De ce point de vue, la recherche de soutien social ne constitue pas tout à fait un type parallèle de moyens de coping, mais plutôt une catégorie de stratégies s’inscrivant dans le modèle dichotomique de Lazarus et Folkman, ayant néanmoins, pour spécificité, d’impliquer un médiateur social.

PARTIE PRATIQUE

Objectifs de l’étude

Mars 2020. Le covid-19 met à mal les intervenants de première ligne. Le confinement oblige les forces de l’ordre à faire respecter les conditions obligatoires de restriction de liberté des habitants. Les policiers sont exposés à un ennemi invisible mais dangereux – le virus du covid-19. Au-delà d’une crise sanitaire et économique annoncée, une crise psychologique est en voie d’être reconnue. Une fois de plus, nous sommes témoins que les policiers sont des professionnels fortement exposés à des événements de vie difficiles.

A ce jour, de nombreuses études ont été menées sur diverses populations concernant le traumatisme secondaire ou vicariant. Cette étude est menée plus spécifiquement sur la population des policiers. En effet, le traumatisme vicariant peut s’introduire insidieusement

dans l'existence de ces professionnels de terrain puisqu'ils sont confrontés à une charge émotionnelle intense, de manière rythmée.

Cette recherche a pour objectif de mieux comprendre le processus du traumatisme vicariant. Nous tenterons de comprendre pourquoi certains policiers sont plus à risque de développer un traumatisme vicariant alors que d'autres semblent être épargnés.

Nous investiguerons sur un éventuel lien entre l'alexithymie et le traumatisme vicariant ou secondaire. En effet, dans ce type de profession, exprimer ses émotions peut être interprété comme un signe de faiblesse – ce monde policier prônant la virilité, la force et la résistance. Nous tenterons alors de comprendre si le fait de ne pas décrire, ni d'identifier ses émotions et d'avoir une pensée opératoire constituent un risque ou non d'émergence de traumatisme vicariant ou secondaire.

En outre, nous étudierons si le développement du traumatisme vicariant ou secondaire s'observe davantage chez *les hommes ayant une tendance à l'alexithymie* et qui mettent en place des *stratégies de coping vers les émotions*.

Nous tenterons aussi de comprendre si *l'ancienneté*, soit les années d'expérience, est un facteur de risque de devenir alexithymique.

Enfin, nous aborderons *la notion de satisfaction professionnelle* comme étant un vecteur favorable ou non à l'émergence d'un traumatisme vicariant.

Hypothèses

Sur base des écrits scientifiques concernant les traumatismes psychologiques chez les intervenants des services de secours, nous avons formulé trois hypothèses.

1^{ère} hypothèse : Plusieurs études notent que les hommes ne seraient pas plus déficitaires que les femmes en ce qui concerne l'identification des émotions mais qu'ils présenteraient en revanche, de plus grandes difficultés à verbaliser les émotions et seraient plus enclins à l'adoption d'un style de pensée opératoire (Luminet et al., 2013).

Contrairement aux femmes et par souci de conformité au rôle social ou culturel qui leur est imposé, les hommes ne jugeraient pas apprécier de se livrer par rapport à leurs émotions. Tandis que les femmes développent de bonnes capacités d'empathie émotionnelle, les hommes mettent en place une empathie d'action, c'est-à-dire, une capacité à anticiper les actions de l'autre au détriment de l'empathie émotionnelle qui permet d'anticiper et de comprendre les émotions d'autrui (Levant, 1997, as cited in Luminet, Vermeulen, & Grynberg, 2013).

L'alexithymie serait un mécanisme de défense, une stratégie de coping, protégeant le sujet contre le perçu et le vécu émotionnel dans des situations de vulnérabilité (Luminet, Vermeulen & Grynberg, 2013).

Nous formulons alors l'hypothèse que le développement du traumatisme vicariant ou secondaire s'observe davantage chez les hommes qui ont une tendance à l'alexithymie et qui mettent en place des stratégies de coping liées aux émotions.

2^{ème} hypothèse : La juvénilité est un facteur prédisposant de développement d'un traumatisme psychologique (Blavier, 2016). Chacun est probablement passé par une succession de périodes : période initiale sans blindage, puis période d'augmentation régulière du blindage. Plus on reçoit des projectiles puissants, plus on augmente l'épaisseur du blindage (Monfort, 2005).

Nous formulons alors l'hypothèse que l'ancienneté, soit les années d'expérience, est un facteur de risque de devenir alexithymique.

3^{ème} hypothèse : La satisfaction professionnelle est généralement rattachée à une composante émotionnelle. Elle peut être définie comme étant « un état émotionnel plaisant ou positif résultant de l'autoévaluation du travail ou de l'expérience professionnelle » (Locke, 1976, p. 1300). Son rôle peut être de modérer l'impact des stresseurs sur la santé et le comportement des travailleurs. Elle est alors considérée comme une ressource professionnelle importante.

La satisfaction professionnelle est plus fortement associée à la santé mentale qu'à la santé physique (Faragher, Cass & Cooper, 2005). Le faible niveau de satisfaction professionnelle, chez différentes catégories de travailleurs, est associé à l'augmentation de l'épuisement émotionnel (Faragher, Cass & Cooper, 2005). Les travaux de Wolpin, Burke et Greenglass (1991) confirment la relation entre le burnout, notamment l'épuisement émotionnel,

et la satisfaction professionnelle. L’usure de compassion désigne l’épuisement émotionnel et physique profond que peuvent ressentir les professionnels au cours de leur carrière, quand ils ne parviennent pas à recharger leurs batteries et à se revitaliser (Mathieu, 2014).

Nous formulons alors l’hypothèse que les policiers ayant une bonne satisfaction professionnelle ont moins de risque de développer un traumatisme vicariant.

Méthodologie

Quarante policiers provenant de différentes zones de police de la province de Liège ont été recrutés sur base de volontariat. Ces participants, dans l’exercice de leurs fonctions, devaient être des professionnels du terrain et être en contact régulièrement avec des victimes d’évènements traumatisques. Nous avons eu recours à un entretien semi-structuré et à des tests auto-rapportés.

1. Echantillon

1.1. Recrutement

C’est en février 2020 que nous avons introduit une lettre aux chefs de corps des commissariats de Liège, Verviers, Huy, et Seraing-Neupré pour obtenir l’autorisation d’approcher les policiers des différentes équipes de leur entité. Alors que nous avions reçu toutes les approbations positives à cette première démarche en mars 2020, nous avons dû repenser la manière avec laquelle nous aborderions les hommes dans la soumission de différents questionnaires et d’un entretien semi-structuré pour une partie d’entre eux. La cause en était la pandémie liée au covid-19 nous imposant un confinement et la manière vivre, la manière de fonctionner.

Nous avons alors introduit une demande d’amendement au Comité Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l’Education de l’Université de Liège pour modifier la méthodologie. L’amendement fut rapidement accepté. En effet, initialement, un entretien semi-structuré était prévu en face à face dans un endroit approprié au policier (local du commissariat, son domicile, local de l’Université de Liège,...). A cause du covid-19, ces entretiens semi-structurés se sont déroulés en vidéo-conférence via l’outil informatique « Skype » ou par voie téléphonique.

Au départ, les questionnaires devaient être distribués par nos soins au sein des différents commissariats. Toutefois, le critère de confinement a modifié sensiblement la manière de faire. Nous avons donc opté pour une double transmission de questionnaires.

La première se réfère à un questionnaire en ligne, diffusé sur internet. Cette première transmission a permis de récolter 17 questionnaires remplis par des policiers et des policières. Dans le contexte sanitaire lié au covid-19, la publication internet a porté ses fruits puisque certains policiers sont venus spontanément vers nous, sans doute sensibles à notre désarroi lié au contexte sanitaire, pour se porter volontaires à répondre aux différentes questions de notre entretien semi-structuré.

La deuxième transmission s'est opérée par voie papier par quatre personnes de référence à d'autres personnes de statut hiérarchique identique. Procéder de cette façon pouvait, nous semble-t-il, supprimer la relation d'autorité et donc, d'obligation à remplir les questionnaires. Chaque questionnaire complété était renvoyé personnellement par voie de fax afin de garantir le caractère confidentiel des données. Cette méthode a comptabilisé 23 questionnaires remplis par les policiers et les policières. De plus, une information annexe aux questionnaires stipulait le besoin de dix entretiens semi-structurés supplémentaires. Les policiers sont revenus vers nous spontanément pour fixer un rendez-vous qui s'est déroulé par voie téléphonique ou par « Skype » dans les jours qui ont suivi leur retour. Au total, nous avons pu récolter 40 questionnaires remplis. Parmi les 40 policiers, 10 dont 5 femmes et 5 hommes se sont prêtés à un entretien semi-structuré.

Le recrutement n'a pas été évident à cause de la crise sanitaire. Quelques policiers se sont portés candidats spontanément. Encouragées par les précédents, c'est au fur et à mesure des entretiens que d'autres personnes se sont manifestées auprès de nous. Le plus difficile fût de trouver le nombre de sujets féminins pour la bonne raison qu'elles sont moins nombreuses dans le monde de la police.

Chaque sujet a été clairement informé sur l'étude à laquelle il allait participer et a marqué son accord pour sa participation à celle-ci. Une lettre adressée aux volontaires étaient, à chaque fois, annexée aux questionnaires.

1.2. La population

La population de l'étude se compose de 40 policiers, issus de zones de police de la province de Liège. Ces volontaires devaient impérativement, dans l'exercice de leurs fonctions, avoir des contacts réguliers avec des victimes d'évènements traumatiques. Tous sont des **professionnels du terrain**. L'échantillon est constitué de 11 femmes et de 29 hommes. Ces policiers sont âgés de 21 à 62 ans et leur ancienneté se situe entre 1 et 43 années d'expérience. Parmi ces candidats, toutes les tranches d'âge sont représentées. Ils sont issus de deux services (intervention et maître-chien). Parmi toutes leurs fonctions, ils ont tous l'enregistrement des dépositions et des témoignages des victimes d'évènements traumatiques.

2. Outils d'analyse

2.1. Entretien semi-structuré

Nous avons privilégié l'entretien semi-structuré et non directif avec un schéma identique pour chaque participant afin de veiller à ce que chacun aborde les thèmes déterminés, mais aussi dans le but de laisser un maximum de latitude pour s'exprimer à partir d'une même question. Cet entretien durait approximativement 45 minutes.

L'entretien semi-structuré est un moment privilégié d'écoute et de partage. De cette façon, nous avons pu aborder, de manière plus approfondie, avec chaque policier différentes thématiques :

- Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?
- Avez-vous vécu des évènements bouleversants ?
- Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?
- Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?
- De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?
- De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?
- Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre partenaire et vos enfants) ?
- A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

- Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

Ces questions nous ont renseigné sur les différentes stratégies de coping utilisées face à un évènement stressant. D'autres questions au sujet du ressenti émotionnel du participant et de sa capacité à en parler avec son entourage professionnel et/ou privé nous ont donné des indications sur une éventuelle tendance à l'alexithymie. Des questions sur le soutien social des collègues et/ou de la famille ont permis aussi de déterminer la place de ceux-ci dans la sphère psychologique et affective du policier. Des questions sur une éventuelle remise en question du choix de carrière et sur les répercussions de leur profession sur leur vie quotidienne peuvent aussi nous renseigner sur leur satisfaction professionnelle.

Mentionnons également qu'à la fin de l'entretien, il est demandé au policier, sous forme de question ouverte, s'il souhaite évoquer un sujet important qui n'a pas été abordé et qui s'avère, sans doute, être l'élément le « moins confortable » pour lui. Cette question est posée dans le but de lui permettre d'ajouter un élément important à ses yeux et qui aurait échappé à notre discernement lors de la construction de cet entretien. Elle peut également nous renseigner sur la satisfaction professionnelle des policiers.

Le but de cet entretien semi-structuré est d'ajouter des informations intéressantes aux résultats des statistiques provenant des différents questionnaires.

Un guide d'entretien plus détaillé se trouve en *Annexe 1*. De plus, la retranscription complète de l'ensemble des dix entretiens semi-structurés est disponible à *l'Annexe 2*.

2.2. Questionnaires

2.2.1. L'échelle d'alexithymie de Torento (TAS)

A l'origine, la version française abrégée de la *Torento Alexithymia Scale* (TAS) était un questionnaire à 26 items élaboré par Taylor et son équipe en 1985. Cette échelle a fait l'objet de nombreuses traductions et d'études de validation. En 1994, les auteurs ont révisé l'échelle en proposant une version plus courte à 20 items : *la Twenty-item Torento Alexithymia Scale* (TAS-20). Les 20 items sont classés selon une échelle de Likert à 5 points de 1 (désaccord complet) à 5 (accord complet).

Le score total de la TAS-20 est la somme des cotations des différents items. Ces items sont classifiés en trois facteurs. Le premier facteur vise à évaluer la difficulté à *identifier* les sentiments. Ce facteur I est représenté par les items suivants : item 1, item 3, item 6, item 7, item 9, item 13 et item 18. Le deuxième facteur se focalise sur la difficulté à *décrire* les sentiments. Ce facteur II est représenté par les items suivants : item 2, item 4, item 11, item 12 et item 17. Le troisième facteur se centre sur l'évaluation des pensées orientées vers l'extérieur – soit, la pensée opératoire. Ce dernier facteur III est représenté par les items suivants : item 5, item 8, item 10, item 14, item 15, item 16, item 19 et item 20. « Cette structure en trois facteurs se maintient indépendamment du sexe et de l'âge des répondants » (Luminet & al., 2003, p.8).

Le score total correspond à la somme des scores sur les différents facteurs : facteur I + facteur II + facteur III. Les notes seuils en population française sont : non-alexithymiques ($\text{score} \leq 44$), alexithymie possible ($\text{score} > 44$ et < 56) et alexithymiques ($\text{score} \geq 56$). Ainsi, plus le score total est élevé, plus l'individu est dit « alexithymique ». Le cut-off clinique est fixé à 56. Plus l'individu a un score élevé, plus il a tendance à se focaliser sur le monde extérieur plutôt que son monde interne. Il préfère parler de problèmes concrets, de faits plutôt que de sentiments. Il n'est pas très intéressé par sa vie émotionnelle ni par celle d'autrui. Il a aussi une imagination limitée.

Le questionnaire a une bonne fiabilité : une bonne cohérence interne est démontrée (alpha de Cronbach = 0,81) et la fiabilité test-retest est de 0,77, $p < 0,01$.

L'utilisation de ce test permet de repérer les policiers alexithymiques. Nous comparerons les scores globaux à la TAS-20 et les scores globaux à la STSS pour comprendre si les sujets ayant une tendance à l'alexithymie sont plus à risque ou non de développer un traumatisme vicariant ou secondaire.

De plus, ce test nous permettra de voir s'il existe une corrélation positive entre les scores globaux de la TAS-20 des hommes et des femmes et les scores globaux qu'ils ont obtenu à l'échelle de la STSS.

Après, nous observerons les sujets masculins et les sujets féminins séparément ayant une tendance à l'alexithymie possible ou avérée en corrélation avec les

stratégies de coping centrées sur les émotions (WCC). Ainsi, nous pourrons répondre à notre première hypothèse.

Ce questionnaire nous renseignera aussi sur un lien possible entre l'ancienneté du sujet et une éventuelle tendance à devenir alexithymique. Ainsi, nous pourrons répondre à notre deuxième hypothèse.

2.2.2. La Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)

La *Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)* est un outil d'évaluation créé par Bride et al. en 2004 de l'Université de Tennessee aux Etats-Unis.. Elle est composée de 17 items visant à mesurer les conséquences négatives qu'un travail consistant à aider régulièrement des personnes traumatisées peut entraîner. Cette échelle permet d'évaluer les symptômes d'intrusion, d'évitement ainsi que d'hyperactivité neurovégétative que l'on retrouve suite à l'exposition indirecte à des événements traumatisants, et ce, via les relations professionnelles mises en place avec les victimes de traumatisme (Bride & al., 2004).

Les participants doivent évaluer, sur une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 5 (très souvent), la fréquence à laquelle chaque item a été vrai durant les 7 derniers jours. Un score est attribué à chaque sous-dimension (évitement, intrusion et éveil) en additionnant les fréquences choisies par les participants à chaque item. Le score de l'intrusion se calcule en prenant les items 2, 3, 6, 10 et 13. Il se caractérise par des souvenirs répétitifs et envahissants, des rêves répétitifs et des cauchemars en lien avec l'évènement et des flashbacks. Le score de l'évitement se trouve en prenant les items 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17. Il se reflète par des efforts pour éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Le score de l'éveil se trouve en prenant les items 4, 8, 11, 15 et 16. Les symptômes d'éveil se centrent sur la perturbation du sommeil, un comportement irritable, des accès de colère, une hyper-vigilance et des difficultés de concentration. Finalement, la notation est obtenue en additionnant la fréquence approuvée pour chaque sous-échelle ainsi que l'échelle STSS totale.

Un des nombreux avantages que présente cette échelle d'évaluation est sans nul doute qu'elle se différencie d'autres outils évaluant les troubles traumatisques existant à ce jour. En effet, même si certains items restent semblables aux items de tests plus classiques et sont caractéristiques des effets néfastes d'un stress traumatisant secondaire, la moitié des

questions se réfère à des stresseurs étant spécifiques à l'exposition aux clients traumatisés (Bride & al., 2004).

L'étude de Bride et al. (2004) a également permis de démontrer les bonnes qualités psychométriques de cet outil. Chaque item représente avec fiabilité la dimension qu'il prétend mesurer. Les sous-échelles d'intrusion, d'évitement et d'éveil ont respectivement des coefficients alpha de 0,83, 0,89 et 0,85 (Bride & al., 2004). Le STSS présente un coefficient alpha de 0,94. Cet instrument possède donc des niveaux élevés de fiabilité de la cohérence interne et indique des preuves de validité convergente, discriminante et factorielle.

Ce questionnaire nous permettra de voir si le genre influence le développement d'un traumatisme vicariant ou secondaire. Il nous aidera aussi à voir s'il existe une corrélation entre les scores globaux à l'échelle de la TAS-20 de tous les sujets et les scores globaux à l'échelle de la STSS.

Enfin, il permettra aussi de comprendre si les policiers ayant une bonne satisfaction professionnelle ont moins de risque de développer un traumatisme vicariant en comparant les scores obtenus à la sous-échelle « satisfaction de la compassion » de la ProQOL et les scores globaux de la STSS. Ainsi, nous pourrons avoir des éléments de réponse pour notre troisième hypothèse.

2.2.3. Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL)

La Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL) est un questionnaire développé par Stamm et ses collaborateurs en 2009 qui permet de mesurer le stress traumatique secondaire, l'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion. Différentes versions de la ProQOL existent. La plus récente est la cinquième version (ProQOL 5) dont le fonctionnement est similaire et qui vise à mesurer les aspects positifs et négatifs du travail d'aide aux victimes en souffrance ou confrontées à un traumatisme.

Le questionnaire comprend 30 items répartis en trois sous-échelles (l'épuisement professionnel, le stress traumatique secondaire et la satisfaction de compassion) de dix items chacun. Une échelle de Likert en 5 points est utilisée pour mesurer chacun des items, variant de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Les participants doivent attribuer une note en se basant sur leur vécu des 30 derniers jours.

La satisfaction de la compassion comprend les items 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 et 30. Elle se caractérise par le fait de se sentir satisfait par son travail et par l'aide elle-même. Elle concerne le fait que les gens se sentent revigorés par le travail qu'ils aiment faire. Ils éprouvent des pensées heureuses, ont du succès, sont satisfaits du travail qu'ils font, veulent continuer à le faire et croient qu'ils peuvent faire une différence. Des scores plus élevés sur cette échelle représentent une plus grande satisfaction liée à la capacité d'être un « soignant » efficace dans le travail. Le score moyen est de 50 (SD 10 ; fiabilité de l'échelle alpha 0,88). Environ 25% des personnes obtiennent un score supérieur à 57 et environ 25% des personnes obtiennent un score inférieur à 43. Si la personne est dans la fourchette supérieure, elle tire probablement une bonne partie de la satisfaction professionnelle de son poste de travail. Si les scores sont inférieurs à 43, elle peut rencontrer des problèmes avec son travail.

Du point de vue de la recherche, l'épuisement professionnel est l'un des éléments de la fatigue de compassion. Il comprend les items 1*, 4*, 8, 10, 15*, 17*, 19, 21, 26 et 29*. Notons que certains items dans la sous-échelle du burnout sont inversés (*). Elle est associée à des sentiments de désespoir, de déconnexion et à des difficultés à gérer son travail ou à faire son travail efficacement. Ces sentiments négatifs ont généralement un début progressif. Ils peuvent refléter le sentiment que nos efforts ne font aucune différence, ou ils peuvent être associés à une charge de travail très élevée ou à un environnement de travail non favorable. La personne a le sentiment d'être submergée, de s'enliser, d'être « hors de contact » avec la personne qu'il ou qu'elle veut être, sans avoir de croyances durables. Des scores plus élevés sur cette échelle signifient que la personne est plus à risque d'épuisement professionnel. Le score moyen sur l'échelle de burnout est de 50 (SD 10 ; fiabilité de l'échelle alpha 0,75). Environ 25% des personnes obtiennent un score supérieur à 57 et environ 25% des personnes obtiennent un score inférieur à 43. Si le score est inférieur à 18, cela reflète probablement des sentiments positifs concernant la capacité à être efficace dans le travail. En revanche, si le score est supérieur à 57, la personne a l'impression qu'elle n'est pas efficace dans son poste.

Le stress traumatique secondaire se calcule grâce aux items 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 et 28. Il est un élément de fatigue de compassion qui se caractérise par le fait d'être préoccupé par les pensées des personnes que l'on a aidées. Les professionnels de terrain déclarent se sentir pris au piège, à bout, épuisés, dépassés et infectés par le traumatisme des autres. Les caractéristiques comprennent une incapacité à dormir, oubliant parfois des choses

importantes, et une incapacité à séparer sa vie privée et sa vie d'aide. Le score moyen sur cette échelle est de 50 (SD 10 ; fiabilité de l'échelle alpha 0,81). Environ 25% des personnes obtiennent un score inférieur à 43 et environ 25% des personnes obtiennent un score supérieur à 57. Si le score est supérieur à 57, la personne présente un niveau de stress traumatique secondaire élevé alors que si le score est inférieur à 43, la personne a un niveau de stress traumatique secondaire bas.

Ce questionnaire nous renseigne sur un développement de traumatisme vicariant plus fréquent ou non chez les policiers ayant une bonne satisfaction professionnelle en comparant les scores obtenus à la sous-échelle « satisfaction de la compassion » de la ProQOL et les scores globaux de la STSS. De cette façon, nous pourrons avoir des éléments de réponse pour notre troisième hypothèse.

2.2.4. The Ways of Coping Checklist (WCC)

Le questionnaire *The Ways of Coping Checklist* (WCC) est une échelle utilisée à l'évaluation des diverses stratégies de coping mises en œuvre face à une situation menaçante. L'outil initial de langue anglaise est élaboré dans les années 70 et est censé évaluer les deux fonctions du coping : affronter-résoudre les problèmes liés à la détresse et réguler les émotions consécutives à cette détresse. Il comprend 68 items déclinés en 8 sous-échelles.

Ce questionnaire a fait l'objet de plusieurs traductions et validations françaises ; la WCC-R (*The Ways of Coping Checklist Revised*) en 67 items de Graziani et al. (1998), certaines comportent 42 items (Vitaliano & al., 1985), voire 29 items (Paulhan, 1994). Puis, Cousson et ses collaborateurs administrèrent la version de 42 items de Vitaliano (1985) à 468 sujets adultes (hommes et femmes) et isolèrent trois facteurs : coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion et recherche de soutien social. Ils procèdent ensuite à une sélection des items les plus pertinents et élaborent une version française courte de la WCC de 27 items, à la fois homogène, fidèle et valide (validité de construit et de critère). Le questionnaire ne diffère que modérément du questionnaire précédent, avec lequel il a 23 items en commun.

Trois échelles permettent de mesurer les stratégies de coping mis en œuvre lors d'une situation stressante :

- L'échelle de *coping centré sur le problème* est constituée de 10 items (1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27). Son contenu reflète le fait de redoubler d'efforts pour résoudre le problème, suivre un plan d'action, se battre, prendre les choses une par une, trouver des solutions, etc.
- L'échelle de *coping centré sur le soutien social* est constituée de 9 items (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24). Son contenu est le fait de demander des conseils, une intervention concrète ou l'aide d'un professionnel, accepter la sympathie d'autrui, ne pas s'isoler, etc.
- L'échelle de *coping centré sur l'émotion* est constituée de 9 items (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26). Son contenu se centre sur le fait de se sentir mal de ne pouvoir changer la situation, se culpabiliser, souhaiter changer la situation, espérer un miracle, essayer de tout oublier, etc.

Nous obtenons les scores aux différentes échelles en sommant les scores d'items pour chaque dimension évaluée. Les résultats ainsi obtenus sont comparés aux normes françaises afin de déterminer la stratégie de coping préférentielle selon Cousson et ses collaborateurs, en 1996.

Les coefficients alpha de Cronbach témoignent d'une consistance interne satisfaisante entre les items pour les trois facteurs. Le coefficient est de 0,8 pour le coping centré sur le problème et de 0,7 pour le coping centré sur l'émotion et le coping centré sur le soutien social. La fidélité test-retest du questionnaire est satisfaisante avec des coefficients de corrélation de 0,9 pour le coping centré sur le problème, 0,84 pour le coping centré sur l'émotion et 0,75 pour le coping centré sur le soutien social.

Grâce à ce questionnaire, nous observerons les sujets masculins et les sujets féminins séparément ayant une tendance à l'alexithymie possible ou avérée en corrélation avec les stratégies de coping centrées sur les émotions (WCC). Ainsi, nous aurons des éléments de réponse pour étayer notre première hypothèse.

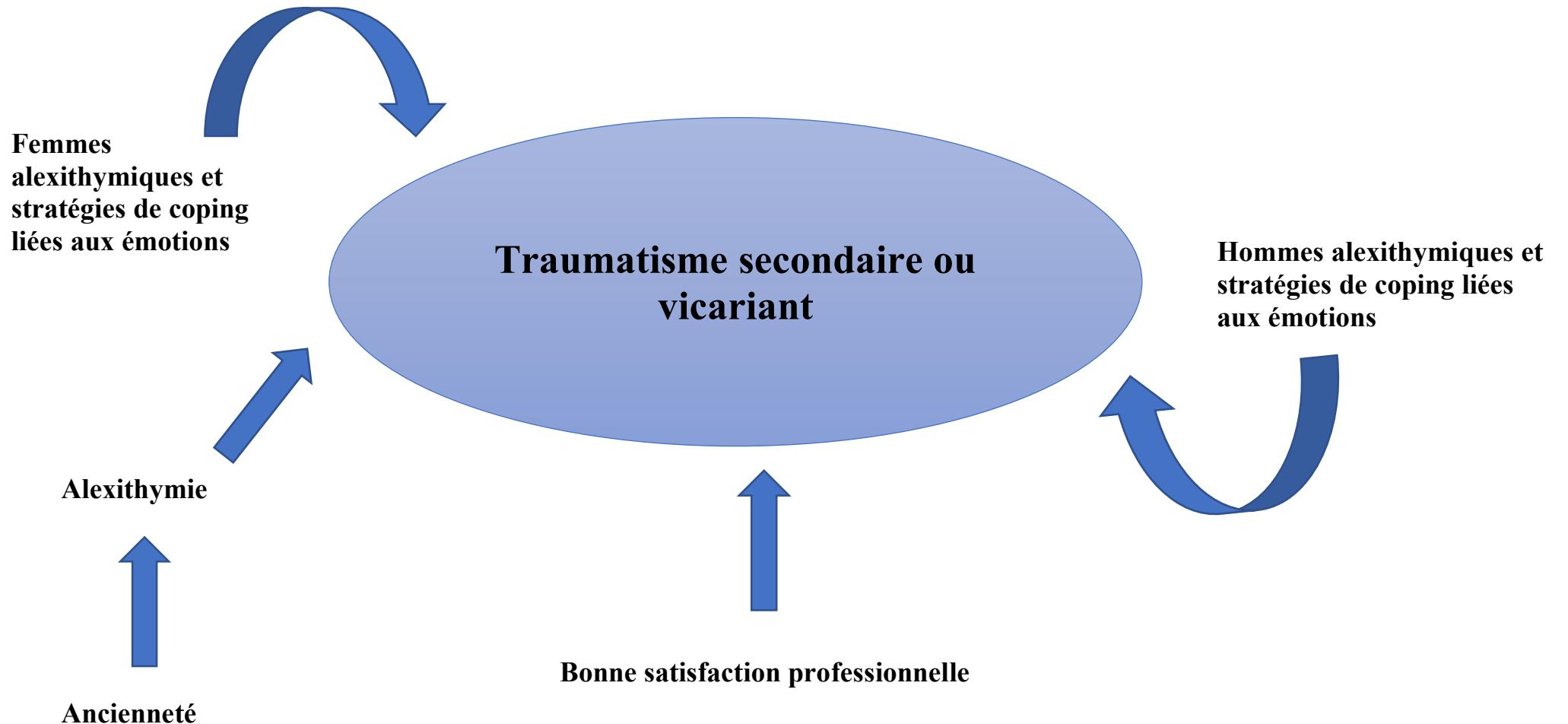
3. Considérations éthiques

Le code de déontologie des psychologues belges (2004) a été respecté ainsi que ses principes fondamentaux tels que le respect des droits et de la dignité de la personne, la compétence, la responsabilité et l'intégrité.

Nous avons veillé à respecter la personne et ses propres valeurs morales, sans aucune discrimination. Chaque candidat a reçu les informations nécessaires à la compréhension du sujet de l'étude et a été informé de l'objectif poursuivi. Un formulaire de consentement éclairé a été signé par chaque candidat.

Tous les participants ont été mis au courant de leur droit d'interrompre leur participation à tout moment de l'étude. La confidentialité des données ainsi que l'anonymat des sujets a été et reste de rigueur absolue.

Schématiquement, nous pouvons écrire nos hypothèses :



RESULTATS

4. Présentation des résultats, des données qualitatives et des analyses statistiques

Le dépouillement des résultats a été réalisé à l'aide du logiciel statistique SAS-2012 et la retranscription complète de l'ensemble des dix entretiens semi-structurés est disponible à *l'Annexe 2*. Ces données vont nous permettre de répondre aux trois hypothèses émises.

EFFET DE L'ALEXITHYMIE SUR LE TRAUMATISME VICARIANT OU SECONDAIRE

Dans cet échantillon, nous avons pris les 36 sujets tant féminins que masculins qui présentaient un score d'alexithymie *possible* ou *avérée* sur les 40 policiers recrutés.

The SAS System						
The CORR Procedure						
		2 Variables: TAS STSS				
Simple Statistics						
Variable	N	Mean	Std Dev	Sum	Minimum	Maximum
TAS	36	57.33333	8.76030	2064	45.00000	78.00000
STSS	36	38.27778	8.84667	1378	20.00000	66.00000

Pearson Correlation Coefficients, N = 36 Prob > r under H0: Rho=0		
	TAS	STSS
TAS	1.00000	0.41278 0.0123
STSS	0.41278 0.0123	1.00000

Tableau 1 : Tableau de corrélation entre le score global à l'échelle TAS-20 et le score global à l'échelle de la STSS

H0 : $\rho = 0$ → Nullité de la corrélation entre les deux variables.

La corrélation de Pearson est de 0.41278 avec une probabilité de dépassement de 0.0123, inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse d'une absence de corrélation entre la variable du score global à l'échelle de la TAS-20 et le score global de l'échelle de la STSS. Il y a donc une corrélation positive entre le score total de la TAS-20 et celui de la STSS. Celle-ci est significative. **Nous pouvons donc confirmer que les sujets ayant une tendance à l'alexithymie ont plus de risque de développer un traumatisme vicariant ou secondaire dans la population des policiers.**

EFFET DU GENRE SUR LE TRAUMATISME VICARIANT OU SECONDAIRE

The SAS System						
The TTEST Procedure						
Variable: STS_total						
Sexe	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum
femme	11	37.6364	11.5696	3.4884	24.0000	66.0000
homme	29	36.6897	8.8281	1.6393	18.0000	56.0000
Diff (1-2)		0.9467	9.6256	3.4085		
Sexe	Method	Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev	
femme		37.6364	29.8638	45.4089	11.5696	8.0838 20.3038
homme		36.6897	33.3316	40.0477	8.8281	7.0058 11.9396
Diff (1-2)	Pooled	0.9467	-5.9534	7.8468	9.6256	7.8664 12.4052
Diff (1-2)	Satterthwaite	0.9467	-7.2858	9.1792		
Method	Variances	DF	t Value	Pr > t		
Pooled	Equal	38	0.28	0.7827		
Satterthwaite	Unequal	14.65	0.25	0.8094		
Equality of Variances						
Method	Num DF	Den DF	F Value	Pr > F		
Folded F	10	28	1.72	0.2519		

Tableau 2 : Effet du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire (scores globaux à l'échelle de la STSS)

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

Où μ_1 = moyenne de la variable métrique
 μ_2 = moyenne de la variable dichotomique

La valeur de F est de 1.72 avec une probabilité de dépassement de 0.2519 qui est supérieure à 0.05. Ainsi, nous tolérons que les variances soient égales. Nous pouvons observer le score du Test de Student pour échantillons indépendants « pooled ». La valeur du t est de 0.28 avec une probabilité de dépassement de 0.7827, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'égalité des moyennes. Ainsi, **nous ne pouvons pas confirmer que le genre influence le développement d'un traumatisme vicariant ou secondaire au sein de la population des policiers.**

4.1. Résultat attendu 1 de l'hypothèse 1

Hypothèse 1 : Le traumatisme vicariant ou secondaire s'observe davantage chez les hommes ayant une tendance à l'alexithymie et qui utilisent des stratégies de coping centrées sur les émotions. Dans cet échantillon, nous avons pris les 26 sujets masculins ayant une alexithymie *possible* ou *avérée*.

The SAS System					
The GLM Procedure					
Dependent Variable: STS_total					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	2	440.379708	220.189854	4.37	0.0245
Error	23	1157.620292	50.331317		
Corrected Total	25	1598.000000			
R-Square	Coeff Var	Root MSE	STS_total Mean		
0.275582	18.66962	7.094457	38.00000		
Source	DF	Type I SS	Mean Square	F Value	Pr > F
h_alexi	1	88.7184122	88.7184122	1.76	0.1973
Cop_emot	1	351.6612956	351.6612956	6.99	0.0145
Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
h_alexi	1	0.0231997	0.0231997	0.00	0.9831
Cop_emot	1	351.6612956	351.6612956	6.99	0.0145
Parameter	Estimate	Standard Error	t Value	Pr > t	
Intercept	24.95109018	9.69112814	2.57	0.0169	
h_alexi	-0.00400840	0.18670201	-0.02	0.9831	
Cop_emot	0.68103403	0.25764735	2.64	0.0145	

Tableau 3 : Tableau de la régression multiple de la variable « score global à l'échelle de la STSS » avec les variables « score à l'échelle de la sous-dimension de la stratégie de coping centrées sur les émotions (Cop_emot) » et « les hommes alexithymiques (h_alexi) »

H0 : $R^2 = 0$ où p = coefficient de détermination dans la population

La valeur de F est de 4.37 avec une probabilité de dépassement de 0.0245, inférieure à 0.05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse selon laquelle les variables « hommes alexithymiques » et « score à l'échelle de la sous-dimension de la stratégie de coping centrées sur les émotions » 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 des policiers.

Autrement dit, **nous pouvons confirmer l'hypothèse selon laquelle le traumatisme vicariant ou secondaire s'observe davantage chez les hommes ayant une tendance à l'alexithymie et qui utilisent des stratégies de coping centrées sur les émotions dans la population des policiers.**

4.1.1. Recherche complémentaire pour l'hypothèse 1

Il nous a semblé intéressant d'observer si le traumatisme vicariant ou secondaire s'observe davantage chez les **femmes** ayant une tendance à l'alexithymie et qui utilisent des stratégies de coping centrées sur les émotions.

The GLM Procedure					
Dependent Variable: STS_total					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	2	621.189683	310.594842	4.24	0.0622
Error	7	512.810317	73.258617		
Corrected Total	9	1134.000000			
R-Square	Coeff Var	Root MSE	STS_total Mean		
0.547786	21.94647	8.559125	39.00000		
Source	DF	Type I SS	Mean Square	F Value	Pr > F
f_alexi	1	620.0480995	620.0480995	8.46	0.0227
Cop_emot	1	1.1415836	1.1415836	0.02	0.9042
Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
f_alexi	1	215.6356245	215.6356245	2.94	0.1299
Cop_emot	1	1.1415836	1.1415836	0.02	0.9042
Parameter	Estimate	Standard Error	t Value	Pr > t	
Intercept	-8.592423256	17.24598699	-0.50	0.6336	
f_alexi	0.806970523	0.47035609	1.72	0.1299	
Cop_emot	0.099487357	0.79697261	0.12	0.9042	

Tableau 4 : Tableau de la régression multiple de la variable « score global à l'échelle de la STSS » avec les variables « score à l'échelle de la sous-dimension de la stratégie de coping centrées sur les émotions (Cop_emot) » et « les femmes alexithymiques (f_alexi) »

$H_0 : R^2 = 0$ où p = coefficient de détermination dans la population

La valeur de F est de 4.24 avec une probabilité de dépassement de 0.0622, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse selon laquelle les variables « femmes alexithymiques » et « score à l'échelle de la sous-dimension de la stratégie de coping centrées sur les émotions » 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 des policiers.

Autrement dit, **nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse complémentaire selon laquelle le traumatisme vicariant ou secondaire s'observe davantage chez les femmes ayant une tendance à l'alexithymie et qui utilisent des stratégies de coping centrées sur les émotions dans la population des policiers.**

4.2. Résultat attendu 2 de l'hypothèse 2

Hypothèse 2 : L'ancienneté, soit les années d'expérience, est un facteur de risque de devenir alexithymique.

The SAS System						
The CORR Procedure						
2 Variables: anciennete TAS_total						
Simple Statistics						
Variable	N	Mean	Std Dev	Sum	Minimum	Maximum
anciennete	40	14.32500	11.53620	573.00000	1.00000	43.00000
TAS_total	40	55.80000	9.54933	2232	38.00000	78.00000
Pearson Correlation Coefficients, N = 40						
Prob > r under H0: Rho=0						
		anciennete	TAS_total			
anciennete		1.00000	0.09569 0.5570			
TAS_total		0.09569 0.5570	1.00000			

Tableau 5 : Tableau de la corrélation entre l'ancienneté et le score global à l'échelle de la TAS-20

$H_0 : \rho = 0$ → Nullité de la corrélation entre les deux variables.

La corrélation de Pearson est de 0.09569 avec une probabilité de dépassement de 0.5570, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse d'une absence de corrélation entre l'ancienneté et le score global à l'échelle de la TAS-20 au sein de la population des policiers. **Nous ne pouvons donc pas confirmer que l'ancienneté, soit les années d'expérience, est un facteur de risque de devenir alexithymique dans la population des policiers.**

4.3. Résultat attendu 3 de l'hypothèse 3

Hypothèse 3 : Les policiers ayant une bonne satisfaction professionnelle ont moins de risque de développer un traumatisme vicariant. Dans cet échantillon, nous avons pris les 31 sujets masculins et féminins qui présentaient une **mauvaise** satisfaction professionnelle. Notons que sur les 40 policiers recrutés, aucun n'a obtenu un score supérieur à 57 – soit, le cut-off clinique requis pour définir d'une bonne satisfaction professionnelle.

The SAS System						
The CORR Procedure						
2 Variables:		non_satisf stss				
Simple Statistics						
Variable	N	Mean	Std Dev	Sum	Minimum	Maximum
non_satisf	31	35.77419	5.32735	1109	20.00000	42.00000
stss	31	38.58065	9.87176	1196	18.00000	66.00000
Pearson Correlation Coefficients, N = 31 Prob > r under H0: Rho=0						
		non_satisf	stss			
non_satisf		1.00000	-0.33462 0.0658			
stss		-0.33462 0.0658	1.00000			

Tableau 6 : Tableau de corrélation entre le score global à l'échelle de la STSS des policiers et le score à la sous-dimension « satisfaction de compassion » (non_satisf) de l'échelle de la ProQOL

H_0 : $p = 0 \rightarrow$ Nullité de la corrélation entre les deux variables.

La corrélation de Pearson est de -0.33462 avec une probabilité de dépassement de 0.0658, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse d'une absence de corrélation entre la variable du score global à l'échelle de la STSS des policiers (hommes et femmes confondus) et le score à la sous-dimension « satisfaction de compassion » à l'échelle de ProQOL dans la population des policiers. Celle-ci n'est pas significative. Dès lors, **nous ne pouvons pas confirmer que les policiers ayant une mauvaise satisfaction professionnelle ont plus de risque de développer un traumatisme vicariant dans la population des policiers.**

Hypothèse 3bis : Dans cet échantillon, nous avons pris les 9 sujets féminins et masculins qui présentaient une satisfaction professionnelle **moyenne**.

The SAS System						
The CORR Procedure						
2 Variables: satis_moy stss						
Simple Statistics						
Variable	N	Mean	Std Dev	Sum	Minimum	Maximum
satis_moy	9	45.44444	2.78887	409.00000	43.00000	50.00000
stss	9	31.33333	5.45436	282.00000	23.00000	36.00000
Pearson Correlation Coefficients, N = 9						
			satis_moy	stss		
			satis_moy	1.00000	0.22735 0.5563	
			stss	0.22735 0.5563	1.00000	

Tableau 7 : Tableau de corrélation entre le score global à l'échelle de la STSS des policiers et le score à la sous-dimension « satisfaction de compassion » (satis_moy) de l'échelle de la ProQOL

H_0 : $p = 0 \rightarrow$ Nullité de la corrélation entre les deux variables.

La corrélation de Pearson est de 0.22735 avec une probabilité de dépassement de 0.5563, supérieure à 0.05, ce qui nous amène à tolérer l'hypothèse d'une absence de corrélation entre la variable du score global à l'échelle de la STSS des policiers (hommes et femmes confondus) et le score à la sous-dimension « satisfaction de compassion » à l'échelle de ProQOL dans la population. Celle-ci n'est pas significative. Dès lors, **nous ne pouvons pas confirmer que les policiers ayant une satisfaction professionnelle moyenne ont moins de risque de développer un traumatisme vicariant dans la population des policiers.**

Analyses qualitatives des 10 entretiens semi-structurés

Ces entretiens semi-structurés ont été réalisés par voie téléphonique ou par l'outil « skype » avec cinq sujets féminins et cinq sujets masculins. Mentionnons que chaque sujet garde la même case dans chaque tableau et que, par exemple, la case 1 correspond au sujet 1 de l'entretien semi-structuré 1.

- A la question « *avez-vous vécu des événements bouleversants ?* », les dix sujets expriment qu'ils en ont vécus.

Sujets masculins	Sujets féminins
Choc de la mort d'un enfant, suicide d'un collègue	Collègue blessé gravement (balle à la tête) et prise en charge de sa famille et de la sécurité du collègue à l'hôpital
Choc de la mort d'un enfant, choc de la mort d'une victime décédée dans ses bras, accident de service, menace et appels à la vengeance sur sa personne	Collègue blessé gravement (balle à la tête) et attentat mortel sur deux collègues
Contact avec son premier décès	Plus sensible sur un décès, un viol et une maltraitance d'un enfant
Annonce du décès d'un enfant à sa maman	Décès d'un collègue, hold-ups et alertes à la bombe
Décès de 3 enfants sur 4 dans un incendie et opposition sur un proche qui veut rentrer dans l'immeuble en feu pour sauver les enfants	Contact avec son premier décès

Tableau 8 : Récapitulatif des réponses à la question 8

Nous constatons que sur les dix sujets interrogés, l'élément majeur d'un évènement bouleversant est l'approche de la mort. Plus particulièrement, les hommes semblent plus enclins à la mort d'un enfant (4 sujets masculins sur 5). Mentionnons que ces 4 sujets masculins sont eux-mêmes parents. Les femmes, quant à elle, semblent plus marquées par la mort ou la blessure d'un(e) collègue (3 sujets féminins sur 5).

- A la question « *comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?* », les sujets répondent :

Sujets masculins	Sujets féminins
Rester professionnel, analyser la situation et aucune émotion dégagée sur le moment même. Après, contrecoup émotionnel (pleurs) et problèmes alimentaires	Rester professionnelle malgré une forte colère intérieure
Canalise sa douleur et la noie avec quelque chose d'autre	Rester professionnelle, puis, s'autoriser à vide son sac et a craqué
Rester professionnel sur le moment même et puis, prendre du recul, se détacher et réfléchir	Rester professionnelle malgré une forte colère intérieure et pleure avec la victime
Rester professionnel sur le moment même. Les émotions sont enfouies et ne ressortent plus	Rester professionnelle puis, s'autoriser à laisser place aux émotions
Rester professionnel et puis, craquer	Prise par l'émotion. N'a pas su être professionnelle

Tableau 9 : Récapitulatif des réponses à la question 9

Nous constatons que 9 sujets sur 10 ont tendance à rester professionnels pendant l'intervention. Débordée par ses émotions, seul un sujet féminin estime n'avoir pas été professionnelle. Cinq d'entre eux s'autorisent à donner de la place à leur côté émotionnel à posteriori. Nous pouvons aussi noter que 2 sujets féminins sur 5 utilisent la suppression émotionnelle – rester professionnelle alors qu'elles sont en colère.

- A la question « *pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?* », les sujets répondent :

Sujets masculins	Sujets féminins
Rappel de son histoire personnelle.	Assister à la rencontre avec la famille de la victime.
Mort sur un enfant alors qu'il adore les enfants.	Imprévisibilité par rapport à l'évènement soudain (attentat), sentiment de peur et sentiment de ne pas être préparée.
Première expérience avec la mort.	Le fait que cela touche l'innocence de l'enfant.
Sensibilité quand des enfants sont concernés.	Parce que c'était le décès de son collègue proche.
Sentiment d'impuissance dans les faits qui touchent des enfants.	Première expérience avec la mort.

Tableau 10 : Récapitulatif des réponses à la question 10

Nous constatons que 3 sujets masculins sur 5 justifient le bouleversement émotionnel par la cause de l'enfance tandis que chez les sujets féminins, les explications semblent plus variées.

- A la question « *de quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues* », les sujets répondent :

Sujets masculins	Sujets féminins
En première ligne, je parle avec mes collègues car nous avons la même vie. Mes collègues sont mes amis, mes frères.	Dialogue entre collègues. C'est un monde bienveillant.
On fait un tour de table entre collègues, on parle.	Le dialogue et les pleurs.
En première ligne, je parle avec mes collègues et surtout, mon binôme.	Dialogue avec mon binôme seulement.
Faire un débriefing émotionnel et dialoguer.	Dialogue avec mon « parrain professionnel ».
Bonne écoute entre collègues. Dialogue variable.	Dialogue avec les collègues, mais surtout son binôme.

Tableau 11 : Récapitulatif des réponses à la question 11

Nous constatons que le soutien se marque essentiellement par le dialogue pour les dix sujets. Quatre d'entre eux dont trois sujets féminins privilégient l'échange avec le collègue binôme, c'est-à-dire, le coéquipier habituel.

- A la question « *comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?* », les sujets répondent :

Sujets masculins	Sujets féminins
Le débriefing. Parler avec les collègues. Boire un verre.	Rire, parler, dialoguer autour d'un verre, rester dans le silence aussi parfois.
Exécutoire personnel – faire du sport et bricoler. S'occuper les mains.	Dialogue, discuter autour d'un verre.
Exécutoire personnel – le sport. Dialoguer avec les collègues et rencontre avec la psychologue.	Boire un verre et faire des soirées entre collègues pour avoir un esprit de cohorte. Aller chez la psychologue.
Dialogue avec les collègues autour d'un café et rencontre avec la psychologue.	Exécutoire personnel – faire de l'équitation et faire des barbecues avec les collègues.
Boire un verre avec les collègues.	Discuter autour d'un verre avec les collègues.

Tableau 12 : Récapitulatif des réponses à la question 11.2

Nous constatons que 4 sujets masculins sur 5 dialoguent avec les collègues autour d'un verre/café. Les 2 autres sujets privilégient un exécutoire personnel – le sport et/ou le bricolage. Mentionnons aussi qu'un soutien psychologique est apporté à 2 sujets masculins.

Chez les femmes, nous notons que les 5 sujets féminins choisissent un moment convivial avec les collègues autour d'un verre ou d'un barbecue avec les collègues. Un seul sujet féminin a un soutien psychologique. Remarquons aussi qu'un seul sujet féminin a un exécutoire personnel – faire de l'équitation. Enfin, un seul sujet féminin utilise le rire.

- A la question « *de quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?* », les sujets répondent :

Sujets masculins	Sujets féminins
Soutien de la compagne, mais ne lui en parle que très peu dans un souci de protection.	Soutien parental. Dialogue beaucoup avec eux.
Il y a le soutien de sa compagne mais, ne lui en parle que très peu pour éviter de l'angoisser inutilement (protection).	Elle en parlait avec son ex-mari car il était gendarme.
Evite d'en parler à ses parents dans un souci de protection.	Elle en parle peu dans un souci de protection. Les médias en font déjà assez.
Fermeture, n'en parle pas car il a peur de recevoir des remarques en retour sur sa façon de gérer ses émotions même s'il y a une ouverture de sa compagne.	Evite d'en parler à la famille pour les protéger (protection) mais, elle en parlait beaucoup avec son compagnon qui était policier.
Sa compagne est réceptive. Ouverture de la famille, mais il cloisonne vie privée/vie professionnelle.	Met une barrière vie privée/vie professionnelle dans un but de protection. Son compagnon est policier, donc, c'est plus facile de se confier.

Tableau 13 : Récapitulatif des réponses à la question 12

Nous constatons que 5 sujets masculins sur 5 évitent de parler de leur profession à leur famille/partenaire. De plus, 2 sujets féminins sur 5 adoptent le même comportement, soit au total, 7 policiers sur 10. Toutefois, 3 sujets féminins sur 5 ont connu ou vivent une relation conjugale avec un policier et estiment avoir plus de facilités de dialoguer avec ce dernier car ils vivent tout deux le même quotidien. 1 seul sujet féminin, célibataire, se confie à ses parents.

Aux questions :

- « *Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?* ».
- « *Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre partenaire, vos enfants ?)* ».
- « *A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?* », les sujets répondent :

	Motivation du choix de carrière	Répercussions sur la vie quotidienne	Remise en question du choix de carrière
Sujet 1 ♂	« Rêve de gamin »	Contraintes des horaires, vie de famille difficile, problèmes d'appétit, sa fille de 13 ans est inquiète, « mes collègues ont vécu la même chose que moi. Ils sont mes amis, mes frères », nervosité	Non (est solide, a une carapace)
Sujet 2 ♂	Rendre service aux gens et contact avec autrui	Il protège encore plus ses enfants et a fait le tri de ses amitiés (gens bourrés, fumeurs de joints sont écartés).	Non (adore son métier)
Sujet 3 ♂	« Rêve de gamin », métier d'action, ne pas rester assis sur une chaise, modèle de son voisin policier	Tri des amitiés (personnes qui ne respectent pas les policiers), contraintes des horaires, travail d'introspection, « il y a comme un lien fraternel qui se forge ».	Non (passion du métier)

Sujet 4 ♂	Métier d'action, besoin d'adrénaline +++, modèle de vie d'un aîné	Dépression grave car incompris par son ex-femme et sa compagne sur le camouflage des émotions, « mes seuls vrais amis sont des policiers, seuls eux peuvent comprendre ma manière de vivre ».	Non (a l'envie et le goût)
Sujet 5 ♂	Métier d'action, ne pas rester assis sur une chaise, métier varié, moteur financier	Prise de distance par rapport aux amis (tri). Caractère changeant Bonne écoute entre nous	Oui, car il a eu un sentiment d'inutilité → pour continuer à exercer ce métier, il a eu besoin de se reposer sur les points positifs, les remerciements des personnes et la reconnaissance
Sujet 6 ♀	Déclic suite à un premier amour dealer, modèle de son oncle commissaire	Taquineries des amis Conflits conjugaux dus à la dangerosité du métier et de la jalousie du compagnon	Oui car elle a risqué de mourir → pour continuer à exercer ce métier, elle a beaucoup dialogué et relativisé.

Sujet 7 ♀	Pas de routine, préfère l'ambiance masculine, diversité des tâches et évolution possible	Horaires compliqués Tri des amitiés Identité policière 24h/24 Problèmes de sommeil, « on partage de professionnel à professionnel car une personne extérieure ne peut pas comprendre ce que nous vivons ».	Non, mais elle a eu une perte d'empathie et a demandé une réorientation de secteur au sein de la police
Sujet 8 ♀	Métier d'action, ne pas rester assise sur une chaise, variété des tâches (aime la rédaction), voisins et amis policiers	Tri des amitiés Contraintes des horaires Irritabilité dans le couple Amitié forte avec le binôme Faire des soirées pour avoir un esprit de cohorte	Non (aime son métier et a un soutien psychologique)

Sujet 9 ♀	Rêve de petite fille, suite à un évènement tragique de la vie privée, aime la justice, la loyauté et l'équité	Tous ses amis sont des policiers à cause des contraintes d'horaire (« les policiers sont une grande famille, mon cercle amical se réduit à des policiers ») Développement d'un stress post-traumatique et d'un burnout Conflits conjugaux aboutissant à une séparation	Non (elle en a la vocation et la conviction)
Sujet 10 ♀	Une amie au 101	Tri des amitiés car il y a des amitiés intéressées Conflits conjugaux dus à la jalousie de son partenaire Problèmes d'appétit	Oui, car elle a eu un sentiment d'inutilité par rapport à la magistrature → pour continuer à exercer ce métier, elle s'est penchée sur la reconnaissance et sur le fait qu'elle faisait parfois un métier utile pour certains dossiers

Tableau 14 : Récapitulatif des réponses aux questions 7, 13, 14

Nous constatons que 3 sujets sur 10 ont réalisé un rêve d'enfant en choisissant ce métier et 4 sujets sur 10 sont satisfaits de l'action liée à la profession – refus de rester sur une chaise toute la journée. 3 sujets expriment qu'il s'agit d'un métier varié, sans routine. 5 sujets sur 10 se sont inspirés d'un modèle proche de leur entourage. 7 sujets ne regrettent pas leur choix de profession et n'ont pas remis en question leur choix de carrière. Un seul sujet a remis son choix de carrière en question car elle a risqué de mourir tandis que les 2 autres ont remis leur choix de carrière en question car ils ont eu un sentiment d'inutilité.

Au niveau amical, nous remarquons qu'il y a 8 sujets sur 10 qui ont fait un tri dans leurs amis. Certains mentionnent qu'il y avait des amitiés intéressées (annuler un procès-verbal, par exemple), d'autres disent qu'il y avait un non-respect d'autrui par rapport à leur profession (alcool, fumer un joint en leur présence...) et d'autres expriment que les horaires de travail sont compliqués pour mener une vie amicale avec des personnes qui ne sont pas policières. Par conséquent, les 8 sujets se sont éloignés de ces personnes. De plus, nous relevons que 5 sujets sur 10 qualifient leurs collègues comme des amis (voire des frères). Nous souhaitons aussi relever qu'il y a 5 sujets sur 10 qui mentionnent avoir des horaires compliqués et qu'il s'agit d'une contrainte pour eux.

De plus, 5 sujets dont 4 sujets féminins confient avoir des conflits conjugaux à cause de leur profession (jalouse, irritabilité dans le couple, dangerosité du métier, incompréhension des émotions). Enfin, 2 sujets sur 10 ont développé un stress post-traumatique, un burnout et une dépression grave et, 3 sujets confient avoir des problèmes de sommeil ou d'appétit, 1 sujet confie être irritable, 1 autre dit que son caractère change à cause de la profession et 1 autre dit être plus nerveux s'il a vécu une journée difficile.

- A la question « *si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?* », les sujets répondent :

Sujets masculins	Sujets féminins
Souhaite changer la direction car il n'y a aucun soutien	Supprimer le contrôle, avoir plus de liberté
Suivi des décisions judiciaires	Améliorer la cohésion et les échanges des intervenants (assistants sociaux, psychologues, policiers,...)

Faire un tri des collègues car certains entravent la bonne ambiance pour avoir une meilleure cohésion, changer les rapports hiérarchiques	Horaires plus anticipés car besoin d'avoir une meilleure organisation privée. Changer le lieu du bureau de la psychologue car il est trop visible par les collègues
Changer les gardes : passer de 1x toutes les deux semaines au lieu de 1x toutes les quatre semaines (besoin d'adrénaline +++)	Regrette de ne pas avoir un soutien psychologique sur le long terme.
Besoin de plus d'autonomie et d'une meilleure cohésion tous grades confondus	Poursuite des dossiers par les magistrats car besoin d'avoir plus de reconnaissance et d'utilité dans son métier

Tableau 15 : Récapitulatif des réponses à la question 15

Parmi les 10 sujets, nous remarquons que 4 sujets souhaitent changer la hiérarchie dont 2 souhaitent avoir plus d'autonomie et de liberté. Notons aussi que 3 sujets souhaitent une meilleure cohésion entre les différents intervenants. De plus, 2 sujets souhaitent avoir un meilleur suivi des dossiers par les magistrats.

Un seul sujet regretté de ne pas avoir un soutien psychologique sur le long terme. Par ailleurs, un seul sujet exprime le souhait de changer la place du local du psychologue du commissariat – trop visible par autrui selon elle. Enfin, nous remarquons qu'un seul sujet souhaite avoir des horaires plus anticipés pour avoir une meilleure organisation privée.

DISCUSSION

Discussion concernant les résultats

5. Concernant la première hypothèse

5.1. Influence du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire **dans la vie en général**

Dans la vie en général, les femmes présentent un risque significativement supérieur (double), par rapport aux hommes, de développer un traumatisme psychologique après un évènement traumatisant (Blavier, 2016). De nombreuses hypothèses ont été formulées et évaluées afin d'expliquer cette différence entre hommes et femmes. Ces hypothèses vont du type d'évènements potentiellement traumatisants qui diffèrent entre hommes et femmes, au

fonctionnement neurobiologique de l'homme et de la femme en passant par le soutien social reçu de part et d'autre. A l'heure actuelle, aucune hypothèse ne permet à elle seule d'expliquer de manière satisfaisante cette **vulnérabilité féminine** (Blavier, 2016).

Dans la gestion du traumatisme psychologique tant pour l'homme que pour la femme, les recherches en neuropsychologie et neurobiologie ont révélé qu'il y a trois grands systèmes qui dysfonctionnent : le *système sérotoninergique* – jouant un rôle central dans la gestion des émotions –, le *système hormonal*, soit, le cortisol – hormone réagissant et régulant le stress – et enfin, le *système catécholaminergique* – système de la gestion du sommeil, de l'attention, de l'éveil et de la vigilance (reviviscence). Toutefois, la question du fonctionnement neurobiologique est étudiée actuellement pour comprendre l'inégalité homme-femme face au trouble de stress post-traumatique.

Les femmes ont une plus grande vulnérabilité au stress émotionnel. Elles ont une capacité plus importante que les hommes d'élaborer des souvenirs émotionnels. Elles racontent davantage l'évènement sur un mode émotionnel alors que les hommes racontent plus l'évènement sur un mode factuel – se contentant de raconter uniquement les faits (Blavier, 2016).

Ainsi, il apparaît donc que les femmes et les hommes n'ont pas le même traitement émotionnel des évènements (Blavier, 2016). En effet, les hommes expérimentent plus d'émotions de colère et de fierté tandis que les femmes disent plus d'émotions de tristesse et de peur. De plus, les femmes expérimentent leurs émotions de façon plus intense que les hommes : les femmes pleurent et racontent alors que les hommes racontent leur peur via la colère.

5.2. Influence du genre sur le traumatisme vicariant ou secondaire dans le monde policier

Dans le milieu policier, le monde de l'intervenant reste un monde assez masculin. Ce milieu est régi par des valeurs de virilité – on doit se montrer fort. Par conséquent, les femmes policières vont aussi développer ce type de normes. Il y a comme un apprentissage social des femmes.

D'après nos données statistiques (tableau 2), nous constatons que le genre n'influence pas le développement d'un traumatisme vicariant. On sait qu'au sein de l'armée et de la police, nous observons qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes. Les

femmes ont le même taux de traumatisme psychologique que les hommes. C'est pourquoi les femmes qui sont engagées dans l'armée et dans la police souffrent moins de trouble de stress post-traumatique que les femmes issues du monde civil (Blavier, 2016).

La profession est classée au deuxième rang des métiers les plus stressants (Duchesneau, 1988).

Dans le tableau 8 de nos données qualitatives, nous constatons que l'élément majeur d'un évènement bouleversant est la *proximité avec la mort*. A priori, les données qualitatives nous ont montré que 4 sujets masculins sur 5 semblent plus bouleversés par la mort d'un enfant – ils sont eux-mêmes parents. Selon Blavier (2016), la juste distance relationnelle est encore plus difficile à garder lorsque la victime est un enfant.

Face à un type d'évènement bouleversant, 9 sujets sur 10 ont tendance à rester professionnels et contiennent leurs émotions pendant l'intervention. Après l'intervention, seule la moitié révèle s'autoriser à libérer leurs émotions (tableau 9).

Blavier (2016) explique cela par le fait que dans le cas du policier, il se peut qu'il refoule ses sentiments et ses *émotions momentanément pour agir* et fonctionner adéquatement pendant l'intervention. L'intervenant est essentiellement dirigé vers l'action, est dévoué, motivé, ambitieux et prêt à prendre des risques mesurés. En effet, ne pas faire face au stress de leur profession représente une menace pour eux-mêmes, pour leurs collègues et aussi pour la population (Webb & Smith, 1980).

Toutefois, dans le tableau 9, dans le cas d'un évènement bouleversant, deux policières sur dix ont été submergées par leurs émotions. Elles n'ont pas réussi à les réguler et à être, selon elles, professionnelles dans la situation. L'une des deux est devenue triste comme la victime au point de pleurer avec cette dernière.

Nous pouvons parler de contagion émotionnelle. Elle n'a pas réussi à garder une distance relationnelle adéquate avec la victime. En outre, l'identification à la souffrance de la famille et/ou de la victime est considérée comme un facteur de vulnérabilité (Blavier, 2016).

A l'inverse, la littérature souligne que certains professionnels créent une distance psychique trop grande envers les victimes – ce qui peut être un premier signe d'épuisement et de burnout. Cette réalité a été vécue par un sujet féminin. Interpellée par son manque d'empathie, cette dernière a spontanément demandé une réorientation dans le même secteur.

5.2.1. L'alexithymie et les stratégies de coping liées aux émotions chez les policiers

A force d'être professionnels et de refouler leurs émotions pendant l'intervention, ces dernières « *ne ressortent plus* » exprime un sujet masculin. Dans notre fichier excel, 36 policiers ont une tendance alexithymique – 11 sujets féminins sur 11 et 25 sujets masculins sur 29 (seuls 4 sujets masculins sont non-alexithymiques). En effet, le fait de bloquer l'accès à son vécu émotionnel pourrait servir à se protéger contre un stress trop important (Luminet, Vermeulen & Grynberg, 2013). Autrement dit, l'alexithymie serait un mécanisme de défense, une stratégie de coping protégeant le sujet contre le perçu et le vécu émotionnel dans des situations de vulnérabilité. Nous pourrions donc penser que l'alexithymie est un moyen utile pour rester professionnels pendant l'intervention.

De plus, les stratégies de coping centrées sur l'émotion visent « à moduler ou bien réduire les manifestations émotionnelles négatives suggérées par la confrontation à l'évènement stressant » (Parrocchetti, 2012, p.86).

Les données quantitatives nous montrent que *le traumatisme vicariant s'observe davantage chez les hommes ayant une tendance à l'alexithymie et qui mettent en place des stratégies de coping liées aux émotions* (tableau 3). *Toutefois, cela n'est pas observé chez les femmes de notre échantillon* (tableau 4).

Les données qualitatives montrent que les stratégies de coping chez *les hommes* sont liées à l'émotion : ils privilégiennent les activités ludiques – le sport, le bricolage (2 sujets), ils consultent un psychologue (2 sujets) et dialoguent avec leurs collègues autour d'un verre (4 sujets). Tandis que chez *les femmes*, les stratégies de coping centrées sur l'émotion sont : le moment convivial avec les collègues autour d'un verre (5 sujets), le soutien psychologique (1 sujet), le sport (1 sujet) et le rire (1 sujet). De plus, la suppression expressive est aussi utilisée (2 sujets).

Levant et al. (2009) explique que les hommes, tout au long de leur développement, apprennent à supprimer leurs émotions, à ne pas les prendre en considération et à ne pas les démontrer socialement. En effet, malgré que 4 sujets masculins disent dialoguer avec leurs collègues, la moitié consulte aussi un psychologue. Ainsi, nous pourrions penser que les hommes auraient tendance à partager leurs émotions avec un professionnel de la santé ou à travers un sport, à l'abri des regards de leurs collègues.

Nous savons que les professionnels se « protègent individuellement grâce à des stratégies de retrait, de distanciation, en cas d’émotion trop forte ou de travail émotionnel trop important » (Monier, 2014, p.109). Les femmes, quant à elles, ont des stratégies de coping plus sociales et parlent donc plus de l’évènement stressant à leur entourage (Blavier, 2016). En effet, il y a 5 sujets féminins sur 5 qui apprécient un moment convivial avec leurs collègues autour d’un verre pour dialoguer.

De plus, dans les tableaux 11 et 13, si nous comparons les deux tableaux de soutien social, nous remarquons qu’en premier lieu, les hommes ont tendance à éviter de parler de leurs émotions à leur partenaire et/ou à leur famille dans un souci de protection ou de cloisonnement tandis que les femmes se livrent plus facilement dans leur espace privé – à priori quand le partenaire est du métier.

De plus, le soutien se marque essentiellement par le dialogue avec les collègues de manière prioritaire pour les dix sujets.

En conclusion, nous soulignons l’importance du rapport particulier qu’entretiennent les policiers avec leur réseau social au travail. Les policiers n’entretiennent souvent que les réseaux relatifs au travail parce qu’ils perçoivent leurs collègues comme étant les seules personnes capables de comprendre leur réalité (McCarty & al., 2007). Nous pourrions penser que les policiers alors qu’ils semblent être entourés familialement, ne profitent pas de ce soutien pour exprimer leurs émotions. Ils sont tout en retenue dans un souci de protection et de cloisonnement. Il existe sans doute aussi une grande résistance chez les intervenants à reconnaître leurs réactions et surtout d’en parler. Il y a une crainte d’être perçus comme faibles ou ridicules s’ils osent révéler leurs émotions ou la peur et l’anxiété ressentie lorsqu’ils ont été confrontés à une situation traumatisante (De Soir, 2010).

Les policières, quant à elles semblent s’exprimer, dans leur contexte privé, à priori avec leur partenaire policier. Ainsi, cet échange supplémentaire viendrait peut-être diminuer le risque de développer un traumatisme vicariant même si elles ont une tendance à l’alexithymie. De plus, les femmes ont des stratégies de coping plus sociales et parlent donc plus de l’évènement stressant à leur entourage à la fois privé et professionnel tandis que les hommes tentent de réguler leurs émotions dans leur univers professionnel (psychologue, collègues) et/ou personnel (sport, bricolage).

6. Concernant la deuxième hypothèse

Nous aurions pu croire qu'à force de vivre en tant qu'acteur et spectateur des événements durs, le policier augmenterait régulièrement l'épaisseur de son blindage. Il deviendrait plus solide de l'intérieur (Monfort, 2005). A force, il développerait une pensée à contenu pragmatique et aurait recours à l'action pour gérer des situations ou exprimer ses émotions. Il serait donc plus à risque de développer une alexithymie.

Or, les données quantitatives nous révèlent que *nous ne pouvons pas confirmer que l'ancienneté, soit les années d'expérience du policier, est un facteur de risque de devenir alexithymique dans notre population (avec un échantillon dont l'ancienneté moyenne est de 14.325 années).*

Toutefois, nous retrouvons dans les données qualitatives, deux témoignages interpellants de deux sujets, lesquels au fur et à mesure, malgré une ancienneté de terrain évidente, semblent avoir perdu la compétence de percevoir leurs émotions :

- ✓ Le premier : un sujet, âgé de cinquante-cinq ans avec une ancienneté de terrain de trente-trois ans exprime : « *Je ne dois jamais faire paraître mes émotions. Je fais la part des choses. Je sépare le côté émotionnel. Je dois rester professionnel. J'ai mis de côté mes émotions et à force de le faire, ça ne ressort plus. J'ai appris à ne plus être touché et à force de répétition, je n'arrive plus à ressentir quoi que ce soit même après coup. J'ai l'impression de ne plus avoir d'émotions, en fait* » (voir entretien semi-structuré 4).

Mentionnons que ce sujet a développé une dépression grave avec hospitalisation.

- ✓ Le deuxième : un sujet, âgé de cinquante-deux ans avec une ancienneté de terrain de vingt-cinq ans exprime : « *Non, je n'ai jamais remis en question mon choix de carrière. Toutefois, quand j'étais au 101, je voyais trois cadavres sur une journée, c'était difficile. Je n'ai plus eu d'empathie vis-à-vis des proches qui sont en deuil et vis-à-vis du mort. Je traitais cela comme un dossier quelconque. Je n'avais plus d'émotions. Donc, j'ai demandé pour changer de secteur car je n'étais plus professionnelle ni humaine* » (voir entretien semi-structuré 7).

Ces deux sujets, à force de bloquer l'accès à leur vécu émotionnel pour rester professionnels, à force de figer leurs émotions momentanément pendant leurs interventions, ne sont plus parvenus, au fil du temps, à ressentir des émotions.

Bien que l'alexithymie est un moyen utile pour rester professionnels pendant l'intervention (comme dit précédemment dans la discussion concernant l'hypothèse 1), celle-ci pourrait être nuisible pour la santé mentale. En effet, la littérature scientifique met en évidence une association entre l'alexithymie et certains troubles mentaux : la dépression, les troubles alimentaires comme l'anorexie nerveuse et la boulimie nerveuse, l'abus de substances, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique (Taylor, 2000 as cited in Eid, 2015). Il semblerait que l'alexithymie a un impact négatif sur la qualité de vie et le sentiment de bien-être chez les individus (Henry & al., 2006, as cited in Eid, 2015).

7. Concernant la troisième hypothèse

Sur quarante sujets interrogés par questionnaires, 31 sujets ont une mauvaise satisfaction professionnelle tandis que 9 sujets semblent moyennement satisfaits de leur profession. Les données statistiques nous révèlent que *nous ne pouvons pas confirmer que les policiers ayant une mauvaise ou une moyenne satisfaction professionnelle ont plus de risque de développer un traumatisme vicariant.*

7.1. Aspects positifs exprimés du métier (voir tableau 14)

Les données qualitatives pointent que 7 sujets sur 10 ne regrettent pas leur choix de carrière et ne remettent pas leur choix de profession en question. En effet, Blavier (2016) mentionne que dès que le policier a passé sa première année et a « survécu », il a acquis de nouvelles compétences. Il a alors une valorisation professionnelle avec une émergence de la confirmation d'une *vocation*.

De plus, l'intervention traumatique devient un rituel de passage qui relie les différents intervenants entre eux. Par exemple, la première pendaison est vécue comme un rituel de passage : « *tu l'as vécu comme nous, tu ressens la même chose que nous* ». Il y a donc *une partage d'une symbolique commune*. Ces différents éléments permettent de gagner la

confiance du groupe, de se sentir appartenir et intégré dans le groupe de policiers. Outre la littérature, les données qualitatives révèlent que 5 sujets sur 10 créent ***des amitiés ou des liens fraternels avec leurs collègues***.

Bien que les pairs ne soient pas des professionnels de la santé mentale, ils jouent un rôle considérable auprès de leurs collègues et ce, particulièrement lorsque survient un incident critique. Ils connaissent le domaine, le jargon, les règles et les interventions à mettre en place. « Ils savent comment être à l'écoute du vécu de leurs collègues afin de repérer les difficultés rencontrées et d'apporter les conseils et le soutien selon les besoins » (Malenfant, 2013, p.29). Le dialogue entre intervenants permet de rendre plus facile la compréhension de l'autre.

De plus, les entretiens semi-structurés nous montrent que 4 sujets sur 10 sont satisfaits de l'***action*** liée à la profession – refus de rester sur une chaise toute la journée et 3 sujets expriment qu'il s'agit d'un métier ***varié***, sans routine.

7.2. Aspects négatifs exprimés du métier (voir tableau 14)

La police n'a d'autre choix que d'utiliser des formes de travail par équipes de roulement pour assurer une présence 24 heures du 24 (Tremblay & Tougas, 1989). Ces formes de travail par horaires rotatifs constituent une source de stress qui perturbe la vie des policiers (Oigny, 1990). Selon Dolan & Des Roches (1988), les horaires irréguliers auraient un impact négatif sur la vie familiale et sociale des policiers. Cet impact créerait une distance entre eux et leurs proches et pourrait devenir une source de stress considérable, tant pour les familles que pour les policiers eux-mêmes (Dolan & Des Roches, 1988). En effet, les données qualitatives montrent qu'il y a 5 sujets sur 10 qui mentionnent avoir des ***horaires compliqués*** et qu'il s'agit d'une contrainte pour eux.

De plus, les données qualitatives mettent en évidence que 5 sujets dont 4 sujets féminins confient avoir des ***conflits conjugaux*** à cause de leur profession (jalouse, irritabilité dans le couple, dangerosité du métier). Nous sommes dans une profession à caractère masculin, qui plus est, privilégié un fonctionnement avec binôme et des horaires nocturnes.

Rappelons aussi que les données qualitatives montrent que 2 sujets sur 10 ont développé un stress post-traumatique, un burnout et une dépression grave, 3 sujets confient avoir des problèmes de sommeil ou d'appétit, 1 sujet confie être irritable, 1 autre dit que son caractère change à cause de la profession et un autre dit être plus nerveux s'il a vécu une journée difficile. De fait, les ***réactions mentales, émotionnelles et somatiques*** sont des répercussions sur la vie quotidienne des policiers.

Enfin, les policiers utiliseraient une baguette magique pour opérer ***des changements sur les systèmes hiérarchiques et les différentes institutions sociales et judiciaires*** (voir tableau 15).

En conclusion, nous pourrions penser que les policiers trouvent une forme d'équilibre entre les aspects négatifs et positifs liés à la profession et que c'est pour cette raison qu'il n'y aurait pas un risque de traumatisme vicariant accru même si la satisfaction professionnelle n'est pas optimale.

Discussion concernant la méthodologie et les limites de l'étude

Une des limites que présente l'outil de l'échelle de stress traumatisante secondaire (Bride et al., 2004) que nous pouvons souligner est que les participants doivent répondre sur base de leur vécu ou de leur ressenti dans les *sept derniers jours* précédent la passation. De plus, le questionnaire de l'échelle de satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL, 2009) est un test demandant aux policiers de refléter honnêtement la fréquence à laquelle ils ont fait des expériences tant positives que négatives au cours des *trente derniers jours*. Or, le travail des intervenants peut varier d'une semaine à l'autre et modifier leurs perceptions et donc, à fortiori, leurs réponses au questionnaire.

Nous pensons aussi que la situation sanitaire liée au covid-19 a peut-être été un élément de stress supplémentaire puisque la majorité des questionnaires ont été remplis durant le mois de mars – en pleine période de crise et de confinement – alors, que les policiers devaient être en première ligne et qu'ils n'étaient pas tous équipés de masques de protection.

Puis, il y a aussi notre absence durant les passations de questionnaires. Nous n'avons pas su être présents à cause du covid-19 – comme le définissait la méthodologie initiale.

Dès lors, il se peut que certains policiers aient rencontré certaines incompréhensions ou interrogations durant le remplissage des questionnaires.

En ce qui concerne les entretiens semi-structurés, ils ont eu lieu par l'outil informatique « skype » ou par voie téléphonique compte tenu de la crise sanitaire liée au covid-19. Il n'y a donc eu quasiment aucune observation du comportement non-verbal des policiers lors de la passation des questionnaires et des entretiens semi-structurés.

Enfin, nous observons une limite supplémentaire à notre étude : le biais d'échantillon. En effet, nous ne comptons que onze sujets féminins par rapport à vingt-neuf sujets masculins dans notre étude. Ce ratio inégal peut être lié au fait que la sphère policière est un monde prioritairement masculin.

PERSPECTIVES

Aujourd'hui, il semblerait que le développement de l'alexithymie soit dû à des facteurs génétiques aussi bien qu'à des facteurs environnementaux (Jorgensen, Zachariae, Skytthe, & Kyvik, 2007 as cited in Eid, 2015). En effet, l'alexithymie n'est pas un concept homogène.

Une dichotomie a été proposée par Freyberger en 1977 et a été reprise par Sifneos en 1988 et en 1994, qui distingue l'alexithymie *primaire* et l'alexithymie *secondaire* (Farges & Farges, 2002). L'alexithymie primaire peut être d'origine neurologique alors que l'alexithymie secondaire peut être d'origine psychogène.

La première forme est considérée comme innée, résistante à la plupart des traitements et stable dans le temps. L'alexithymie est considérée comme *un trait* de personnalité d'origine neurobiologique pour certains et peut être considérée comme un *type* de personnalité autonome et ainsi rejoindre le groupe des personnalités pathologiques. La première forme de déviation peut être due aux anomalies cérébrales congénitales, aux anomalies fœtales, aux traumatismes à la naissance et aux troubles post-partum.

La deuxième forme est la conséquence de facteurs traumatiques. Elle est définie par un état apparaissant soit lors d'une pathologie somatique grave (dialyse rénale, réanimation, cancer) ou de stress d'une autre nature que la maladie (situation de catastrophe), soit lors de

perturbations du développement affectif chez l'enfant à l'âge préverbal (Farges, 2002).

Les formes sévères d'alexithymie primaire peuvent être référencées à des troubles de l'empathie ou à des niveaux de conscience émotionnelle faibles tandis que l'alexithymie secondaire est reliée à une stratégie de coping vis-à-vis d'affects traumatisques et n'est pas associée à un défaut de représentations des émotions d'autrui (Guilbaud, 2007).

Dès lors, il serait intéressant d'approfondir la recherche des paramètres neurobiologiques des policiers qui définiront une éventuelle alexithymie primaire.

De plus, notre échantillon de quarante policiers affiche une moyenne d'ancienneté de 14.325 années d'expérience de terrain. La recherche pourrait se pencher sur un échantillonnage de policiers plus âgés et donc, plus riches d'expériences pour, peut-être, mettre en évidence qu'il existe un moment dans la carrière où le seuil d'une tendance à l'alexithymie se marque davantage. Par exemple, nous pourrions imaginer qu'entre vingt et vingt-cinq ans d'expérience de terrain, le policier serait plus à risque de développer une alexithymie.

Enfin, « le silence entretient le traumatisme. L'individu ne dépasse le traumatisme que lorsqu'il le verbalise » (Schmitt, 2019, p.35). Ainsi, exprimer l'évènement traumatisant pourrait l'atténuer.

Actuellement, il existe une prise en charge psychologique ponctuelle du policier à court terme mais le soutien psychologique à plus long terme au sein de la structure policière n'existerait pas. Dès lors, nous pourrions, par exemple, permettre à chaque policier de bénéficier d'un soutien psychologique à raison d'une fois par mois sur une année. Puis, après une belle année de suivi psychologique, nous pourrions établir un bilan de comparaison avant/après et évaluer l'impact de cette prise en charge sur le confort mental du policier et sur le développement d'un traumatisme psychologique.

Ce suivi psychologique serait financé par l'institution et serait extérieur à celle-ci pour garantir la discréetion de la démarche puisque certains pourraient y voir un aveu de faiblesse d'aller se confier auprès d'une psychologue.

Enfin, fournir régulièrement des questionnaires anonymes aux policiers pourrait être aussi un moyen qu'ils se sentent pris en considération par d'autres professionnels de la santé et donc, d'avoir une certaine forme de reconnaissance et de bien-être psychologique.

CONCLUSION

Au sein d'une population de 40 policiers, 11 femmes et 29 hommes, âgés de 21 à 62 ans et d'ancienneté se situant entre 1 et 43 années d'expérience, nous avons étudié le lien éventuel entre l'alexithymie et le développement d'un traumatisme secondaire ou vicariant.

Seuls 4 sujets n'ont pas un score d'une alexithymie possible ou avérée. Une analyse statistique a confirmé que les 36 sujets ayant une tendance à l'alexithymie ont, quant à eux, plus de risque de développer un traumatisme secondaire ou vicariant (tableau 1).

L'étude montre que le genre, comme seule variable, n'influence pas le développement d'un traumatisme secondaire ou vicariant au sein de la population des policiers. Les policiers ont le même taux de traumatisme psychologique que les policières et réciproquement (tableau 2).

En revanche, l'étude révèle que les 26 *sujets masculins* ayant un score d'alexithymie possible ou avérée et qui utilisent des stratégies de coping liées aux émotions ont plus de risque de développer un traumatisme secondaire ou vicariant (tableau 3). *A contrario*, nous ne pouvons pas confirmer que les 10 *sujets féminins* ayant un score d'alexithymie possible ou avérée et qui utilisent des stratégies de coping liées aux émotions ont plus de risque de développer un traumatisme secondaire ou vicariant (tableau 4).

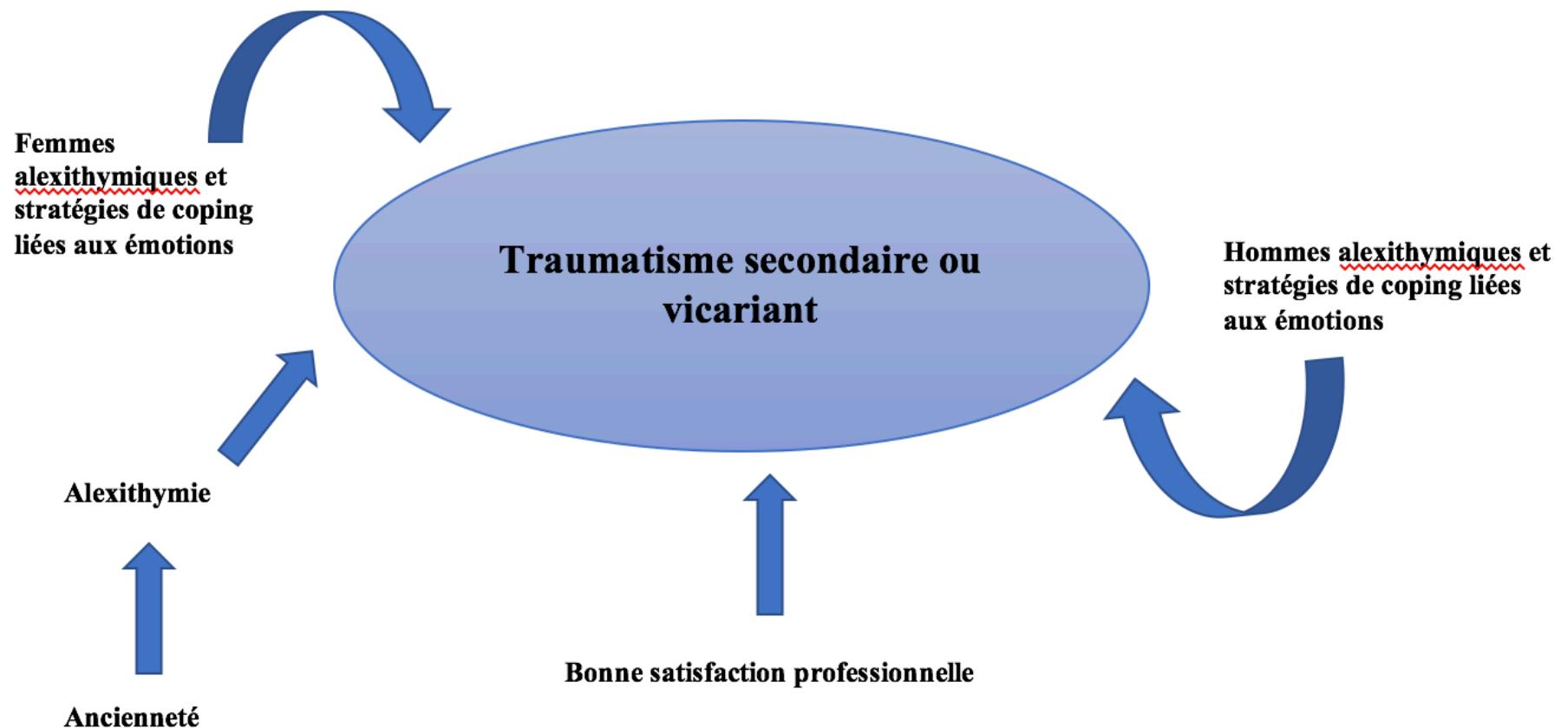
Puis, notre étude s'est penchée sur le lien entre l'ancienneté et l'alexithymie. Les données quantitatives n'ont pas révélé une corrélation probante sur un éventuel facteur de risque de devenir alexithymique avec les années d'expérience du policier. Notons que notre moyenne d'ancienneté est de 14.325 (tableau 5).

N'ayant obtenu aucun sujet présentant un score de bonne satisfaction professionnelle, nous avons étudié les 31 sujets masculins et féminins ayant une mauvaise satisfaction professionnelle. L'étude n'a pas révélé de lien significatif entre le développement d'un traumatisme vicariant et la notion de satisfaction professionnelle, quelle soit moyenne ou mauvaise.

Pour terminer, nous avons voulu conclure par deux schémas : avant et après analyse des données quantitatives et qualitatives.

Avant les analyses quantitatives et qualitatives

Schématiquement, nous pouvons écrire nos hypothèses :

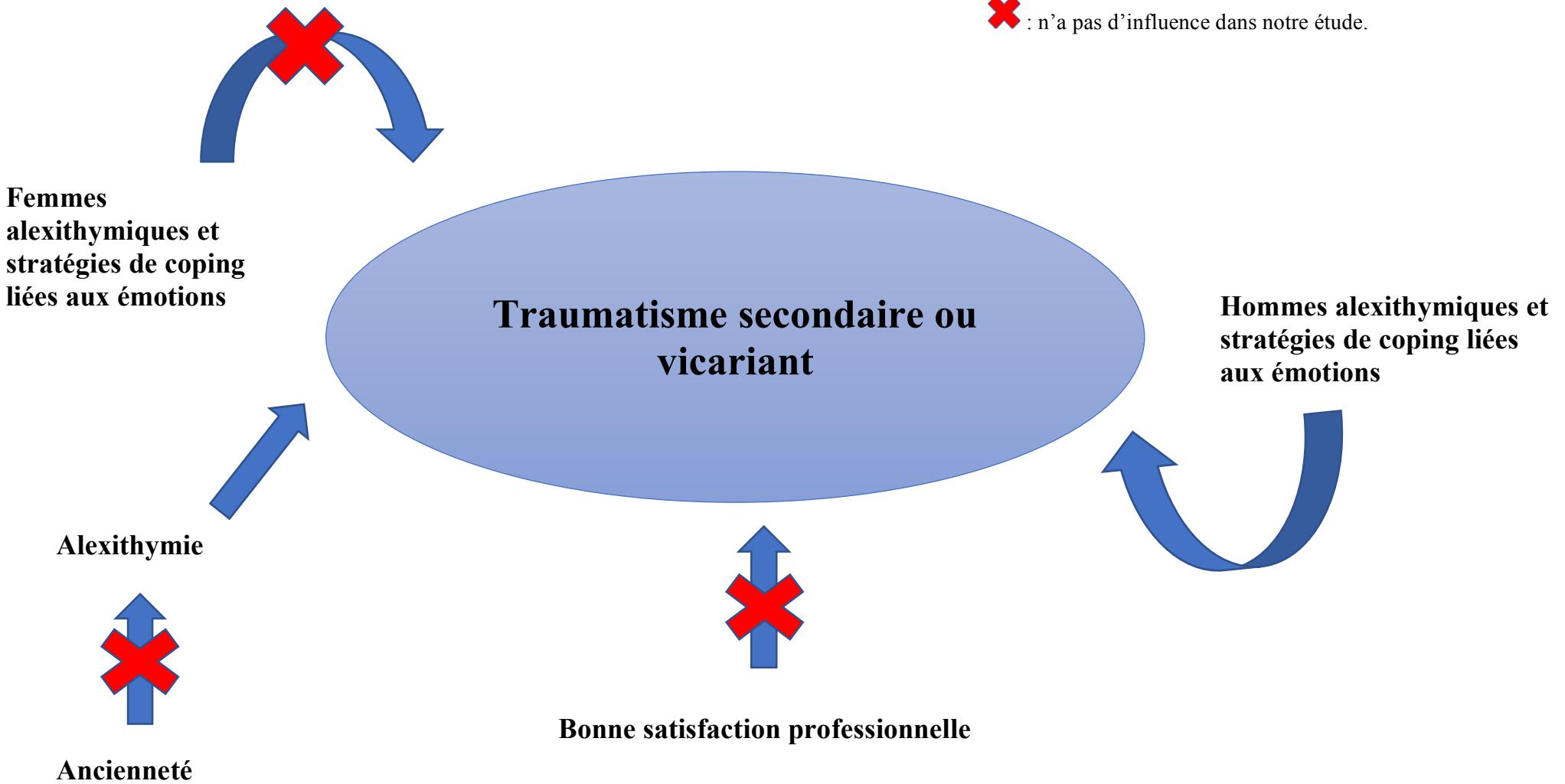


Après les analyses quantitatives et qualitatives

Légende :



: n'a pas d'influence dans notre étude.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Auxenfants, E. (2017). *Traumatisme vicariant, stress traumatique secondaire et fatigue de compassion : Une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale* (Doctoral dissertation). Université de Lille, Lille. Retrieved from <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e14f9c8e-de7a-40bf-9b4b-74562bcaeacc>
- Babin, M. (1983). Facteurs de stress bien particuliers au policier. *Gazette de la Gendarmerie Royal du Canada*, 4(5), 1-2.
- Blavier, A. (2016). Cours de *Psychotraumatisme*. Liège, Belgique : Université de Liège
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., & Reuchlin, M. (Eds.). (2007). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse.
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie Clinique et Projective*, 16(1), 9-27. doi:10.3917/pcp.016.0009.
- 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, 27-35.
- Brillon, P. (2004). *Se relever d'un traumatisme*. Outremont (Québec), Canada : Quebecor
- Brillon, P. (2013). *Fatigue de compassion et trauma vicariant : Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse*. Retrieved from <https://ifpec.org/wp-content/uploads/2018/09/IFPEC-Fatigue-de-compassion-et-trauma-vicariant.pdf>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Retrieved from https://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

Campbell, S. (1994). *Stress et engagement organisationnel chez trois groupes de policiers-patrouilleurs*. (Master's thesis). Université du Québec, Québec.

Caron, J., & Guay, S. (2006). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé Mentale Au Québec*, 30(2), 15-41. doi: <https://doi.org/10.7202/012137ar>

Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.

Constant, R. T. (1984). Not 50 obvious police stress. *Law and order, Sept.*, 65-67.

Cooper, C.L., Davidson, M.J., & Robinson, B.A. (1982). Stress in the police service. *Journal of occupational medicine*, 24(1), january, 30-36.

Côté, L. (2014). *L'usure de compassion*. Retrieved from <http://energievie.ca/organismes-et-intervenants/chroniques-organismes-et-intervenants/lusure-de-compassion/>

Crocq, L. (1999). *Traumatismes de guerre*. Paris, France : Odile Jacob

Cyrulnik, B. (2017). *Résilience individuelle : Mieux connaître la résilience et l'intégrer dans sa vie personnelle et professionnelle*. Retrieved from <https://resilienceindividuelle.wordpress.com/blog/page/2/>

Debauche, S. (2017). *Le traumatisme par procuration ou traumatisme vicariant*. Retrieved from <http://www.mieux-etre.org/Le-traumatisme-par-procuration-ou-traumatisme-vicariant.html>

Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de Neuropsychologie*, 2(2), 133-144. doi:10.3917/rne.022.0133 Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-2-page-133.htm#>

Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S. & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de psychologie*, 515(5), 471-479. doi:10.3917/bopsy.515.0471. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-5-page-471.htm?contenu=article>

De Soir, E. (2010). *Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte*. In : De Clercq, M. & Lebigot, F. (2000) *Les traumatismes psychiques*. Paris, France : Masson. 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.

De Tyche, C. (2010). Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 177-207. doi : <https://doi.org/10.3917/pcp.016.0177> Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2010-1-page-177.htm>

Duchesneau, J. (1988). *Les réalités du stress en milieu policier*. (Master's thesis). École nationale d'administration publique, Montréal

Duhoux, S. (2014). *Traumatisme vicariant : la souffrance des soignants*. Retrieved from <http://inter-stice.fr/traumatisme-vicariant-2/>

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

Faragher E.B., Cass M. et Cooper C.L., 2005, The relationship between job satisfaction and health : A meta-analysis, *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 2 : 105-112.

Farges, F. & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotrope* 2(8), 47-74. doi: <https://doi.org/10.3917/psyt.082.0047>

Fernandez F., Leze S., Marche H. (2008), *Le langage social des émotions : études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Economica-Anthropos.

Gaillard, M. (2016). *Quand nos émotions nous sont étrangères*. Retrieved from <https://www.psychologue.net/articles/quand-nos-emotions-nous-sont-etrangeres>

Gaines, J., & Jermier, J.M. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of management Journal*, 26(4), 567-586.

Giffard, D. (1985). *Les mécanismes de défense*. Retrieved from <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>

Giorgio, M.-T. (2019). *Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek*. Retrieved from <https://www.atousante.com/risques-professionnels/stress-professionnel-questionnaire-karasek/>

Guilbaud, O. (2007). L'alexithymie dans ses rapports avec un mode de fonctionnement autistique. *La Psychiatrie de L'Enfant*, 50(2), 503-526. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2007-2-page-503.htm>

Hesse, A. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 293-309. doi: 10.1023/A:1016049632545

Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 451-456. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.004>

Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43- 47. doi: 10.1016/j.paid.2008.09.002

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193-209. doi:10.3917/psyt.123.0193. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193.htm#>

Josse, E. (2007). *Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires*. Retrieved from <https://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/les-differents-types-de-traumatismes-psychiques.pdf>

Josse, E. (2007). *Le stress : Quelques repères notionnels*. Retrieved from http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/le_stress.pdf

Josse, E. (2011). L'événement traumatique. *Le traumatisme psychique: Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, 17-64. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Kédia, M., Sabouraud-Séguin, A & al. (2008). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie*, 1-12. Paris : Dunod Retrieved from <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782100593330/Feuillette.pdf>

Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Retrieved from <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/lebigotStressEtTrauma.pdf>

Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles, Belgique : Ministère de la communauté française. Retrieved from http://www.yapaka.be/files/ta_trauma_psychique.pdf

Legault, M. (2007). *Traumatisme vicariant : Quand la compassion use...* Retrieved from https://www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v20_03/7-14.pdf

Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'Information Psychiatrique*, 84(9), 809-820. doi:10.3917/inpsy.8409.0809 Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-809.htm?contenu=article>

Levant, R.F., Hall, R.J., Williams, C.M. & Hasan, N.T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10, 190-203.

Locke E., 1976, The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology* (1297–1349). Chicago: Rand McNally.

Luminet, O., Bagby, R., & Taylor, J. (2003). *La mesure de l'alexithymie*. Paris : Dunod. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/237789899_La_mesure_de_l'alexithymie

Luminet, O., Vermeulen, N., & Grynberg, D. (2013). *L'Alexithymie. Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*, De Boeck, 2013.

Malenfant, P.-P. (2013). *La gestion du stress chez les intervenants, les gestionnaires et les bénévoles en contexte de sinistre*. Retrieved from https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/module_8_la_gestion_de_son_stress.pdf

Martelli, T.A., Water, L.K., & Martelli, J. (1989). The police stress survey : Reliability and relation to job satisfaction and organizational commitment. *Psychological Reports*, 64. 267-273.

Mathieu, F. (2014). *Risques professionnels : usure de la compassion, traumatisme par personne interposée et épuisement professionnel*. Retrieved from <https://infirmiere-canadienne.com/fr/articles/issues/2014/juin-2014/risques-professionnels-usure-de-compassion-traumatisme-par-personne-interposee-et-epuisement-professionnel>

McCarty, W. P., Zhao, J., & Garland, B. E. (2007). Occupational stress and burnout between male and female police officers. Are there any gender differences? *Policing: An International Journal of Strategies & Management*, 30(4), 672- 691. doi: <https://doi.org/10.1108/13639510710833938>

Monfort, J.-C., & al. (2005). Outils pour les entretiens d'aide et de soutien psychologique. Paris : Heures de France. Retrieved from

https://books.google.be/books?id=39lwMwmEqtsC&pg=PA37&lpg=PA37&dq=blindés+émotionnellement+professionnels+psychologues&source=bl&ots=8FhLCQNYWn&sig=ACfU3U2WCk9uLMkCqWdjCAmGiPyUUZT6WA&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiplvr_poziAhXNK1AKHUzhBm4Q6AEwAHoECAcQAQ#v=onepage&q=blindés%20émotionnellement%20professionnels%20psychologues&f=false

Monier, H. (2014). La gestion des émotions au travail : le cas des policiers d'élite. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 13(4), 105-121. doi:10.3917/rimhe.013.0105 Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2014-4-page-105.htm?contenu=bibliographie>

Nadeau, C. (2013). *L'impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique à la suite d'un évènement traumatisant chez les policiers : une étude longitudinale* (Doctoral dissertation). Université du Québec, Montréal. Retreived from <https://archipel.uqam.ca/5831/1/D2491.pdf>

National Institute of Mental Health (2002). *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. NIMH Publication No. 02-5138, Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office

Newell, J.M., & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue : A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Sciences New York*, 6(2), 57-69. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19462228>

Oigny, M. (1990). Stress et burnout en milieu policier. Sillery: Presse de l'Université du Québec.

Parrocchetti, J.-P. (2012). *Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez les sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi*. (Master's thesis). Aix-Marseille Université, Provence Retrieved from
[https://www.121027_Parrocchetti_02TQAH01O04_TH%20\(4\).pdf](https://www.121027_Parrocchetti_02TQAH01O04_TH%20(4).pdf)

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>

Pernet, S. (2020). *Stratégies de coping : 7 façons de faire face au stress*. Retrieved from <https://www.relaxationdynamique.fr/7-strategies-de-coping/>

Roche, M. (2020). *Coronavirus : l'épidémie et le confinement vont susciter « un grand besoin de soutien psychologique »*. Retrieved from <https://www.lci.fr/sante/coronavirus-confinement-et-sante-mentale-il-va-y-avoir-un-grand-besoin-de-soutien-psychologique-2148296.html>

Schmitt, E.-E. (2019). *Journal d'un amour perdu*. Paris : Albin Michel

Sifn eos, P.-E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy psychosomatics*, 22, 255-262.

Stephens, C., & Long, N. (2000). Communication with police supervisors and peers as a buffer of work-related traumatic stress. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 407-424. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4<407::AID-JOB17>3.0.CO;2-N

Symonds, M. (1970). Emotional hazards of police work. *American journal of psychoanalysis*, 30, 155-161.

Thiébaut, A. (2020). *Anxiété, stress : les impacts psychologiques de l'épidémie de coronavirus*. Retrieved from <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2623593-epidemie-coronavirus-confinement-impact-psychologique-anxiete-stress/>

Tremblay, M., & Tougas, G. (1989). Policiers patrouilleurs, Sûreté du Québec, Risques à la santé. Programme de prévention inédit présenté à la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail par le Département de Santé Communautaire de l'hôpital Saint-Luc.

Vanier, C., & Fortin, D. (1996). Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 200–223. doi : <https://doi.org/10.7202/032405ar>

Violet, J. (2010). *La fatigue de compassion et les besoins en gestion des ressources humaines: Les perceptions de quelques intervenants en soins du syndrome de stress post-traumatique*. (Master's thesis). Université du Québec, Montréal. Retrieved from <https://archipel.uqam.ca/3536/1/M11512.pdf>

Waters, J. A., & Ussery, W. (2007). Police stress: history contributing factors, symptoms, and intervention. *Policing: An International Journal of Strategies & Management*, 30(2), 169-188

Webb, S.D., & Smith, D.L. (1980). Police stress: a conceptual overview. *Journal of Criminal Justice*, 8, 251-257

Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Éds). *Handbook of Health Psychology*, 209-234. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wolpin J., Burke R.J. et Greenglass E.R., 1991, Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? *Human Relations*, 44, 2 : 193-209. Retrieved from <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/24-xxiiieme-conference-de-l-aims/communications/3269-la-satisfaction-professionnelle-une-ressource-pour-le-stress-entrepreneurial/download>

Zen, J. (n.d.). *Pourquoi il est important de relativiser*. Retrieved from [https://www.vie-zen.com/pourquoi-il-est-important-de-savoir-relativiser/](https://www.vie-zен.com/pourquoi-il-est-important-de-savoir-relativiser/)

ANNEXES

TABLES DES MATIERES

ANNEXE n°1 : Schéma de l'entretien semi-structuré

ANNEXE n°2 : Contenu des dix entretiens semi-structurés réalisés

ANNEXE n°3 : La lettre adressée aux volontaires

ANNEXE n°4 : La lettre adressée aux chefs de corps

ANNEXE n°1 : SCHEMA DE L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE

Données sociodémographiques

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre statut civil ?
3. Avez-vous des enfants ?
4. Depuis quand êtes-vous dans la police ?
5. Quel est votre parcours policier ?
6. Quel est le rôle/la tâche que vous avez au sein de votre service ?

7. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?
 - 7.1. Quel en a été le moteur ?
 - 7.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?
8. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?
9. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?
10. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?
11. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?
 - 11.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?
 - 11.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?
12. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?
 - 12.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?
13. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?
14. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?
 - 14.1. Si non → Ne rien poser comme question.
 - 14.2. Si oui → Comment avez-vous fait pour poursuivre votre profession ?
15. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

ANNEXE n°2 : CONTENU DES DIX ENTRETIENS

SEMI-STRUCTURES REALISES

Entretien 1 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 36 ans

Sexe : Homme

Statut civil : Célibataire

Enfants : Oui (1 enfant)

Fonction : Policier d'interventions (urgences 101)

Parcours policier : 14 ans au service d'interventions

Entrée dans la police : 2006 (14 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« *J'ai choisi ce métier par vocation. C'était mon rêve de gamin. Je me suis dit que j'allais sauver le monde et que je voulais aider les gens. Mon père était médecin à l'armée. J'ai toujours été admiratif de l'autorité et donc, de l'institution des policiers qui montre l'autorité et le respect.* ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« *Je n'ai eu aucun vecteur, aucun modèle inspirateur* ».

2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« *J'ai fait trois ans d'armée et je suis parti en Afghanistan. Là-bas, j'ai rencontré un monsieur qui m'a beaucoup parlé de la police. Il m'a donné envie. Dès que je suis rentré en Belgique, j'ai réalisé les tests pour rentrer dans la police* ».

3. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« *Oui. Mon enfant avait dix-huit mois à l'époque et un jour, j'ai vu un bébé carbonisé de dix-huit mois. Elle n'avait plus de jambes... plus de bras. C'est moi qui l'ai trouvé. En fait, c'était une grande famille avec beaucoup d'enfants. La petite sœur de cinq ans avait fait cramer le matelas... Tous les frères et toutes les sœurs sont partis se réfugier en haut mais, le bébé de dix-huit mois n'a pas pu se déplacer et personne ne l'a pris dans les bras pour fuir. L'enquête a révélé que c'était un accident domestique. C'était au début de ma carrière, en 2008* ».

« *Mais, ce qui m'a le plus marqué dans ma carrière de policier, c'était le suicide d'un collègue, qui était en plus mon ami. Il est arrivé au commissariat alors qu'il n'était pas en service. Il a dit bonjour à tout le monde puis, il a pris la clé de son casier pour prendre son arme de service. Il a même parlé avec des collègues avant. Puis, il s'est suicidé au sein du commissariat dans*

la cave. Il s'est tiré une balle dans la tête. J'ai ramassé tout son sang en vomissant... C'était horrible ».

4. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« Au moment même, j'ai vécu l'évènement avec une froideur absolue. J'ai fait ce que j'avais à faire. Je n'ai eu aucune émotion. Mon cerveau était sur off. Au moment même, j'ai été professionnel et il fallait que j'analyse la situation, la tâche que j'avais à faire et ce que je devais faire. Après, j'ai eu le contrecoup. L'adrénaline est retombée. Je me suis retrouvé tout seul avec mes collègues. J'ai réfléchi et j'ai analysé. J'ai été plus dans l'émotionnel. J'ai fait des liens avec ma vie (l'âge similaire avec mon bébé, le suicide de mon collègue en lien avec le suicide de ma maman). J'ai eu les larmes aux yeux. J'ai pleuré quelques heures après parce que c'était mon ami. J'ai réalisé plein de choses dans ma vie et j'ai quitté ma compagne instantanément le jour de l'enterrement ».

« Après quelques jours, j'ai eu aussi des difficultés d'appétit. Je n'arrivais plus à manger. J'avais le cœur malade, mais je n'ai jamais eu de problèmes de sommeil ».

5. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Parce que ce sont des évènements qui me rappellent mon histoire personnelle. Mon enfance a été marquée par la perte d'êtres chers (mes deux parents, mon frère, mes grands-parents) à intervalles réguliers. Dire à une maman que son fils s'est suicidé, c'est difficile car j'ai l'impression que cela me rappelle mon histoire ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« Je parle surtout avec mes collègues en première ligne et mes meilleurs amis en deuxième ligne. La famille, un peu moins. Mes collègues ont vécu la même chose que moi donc c'est plus facile. Je suis tout le temps avec eux. Mes collègues sont devenus mes amis et même certains sont devenus de vrais frères. Vous savez, je vois plus mes collègues que ma propre famille. Par contre, je n'ai jamais eu de soutien social de la part de la hiérarchie ».

6.1.De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« On parle beaucoup. On fait un débriefing de la situation. On se retrouve après le boulot autour d'un verre ; on essaye de dédramatiser la situation ».

6.2.Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Se retrouver ensemble. Boire des verres. L'alcool aide à anesthésier momentanément les émotions. L'alcool est un facteur désinhibiteur et permet de plus se livrer, d'ouvrir notre cœur, détendre l'atmosphère. En fait, c'est comme si tu enlevais le frein à main. Tu n'es plus gêné d'hurler, de lâcher la pression et de crier ».

7. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

7.1.Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« *Ma compagne m'écoute. Elle me laisse déballer mon sac, mais je ne lui en parle que très peu car je ne veux pas l'angoisser inutilement* ».

8. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« *Oui, tout a une incidence dans la vie. Des fois, je peux rentrer plus nerveux car j'ai eu une journée difficile. J'ai la contrainte des horaires. La vie de famille est difficile. Je ne dors pas avec ma compagne, j'ai parfois difficile et je reçois des remarques.*

Au niveau du corps, c'est difficile. J'ai un bouleversement physiologique qui a un impact sur mon état psychologique. Je gagne bien ma vie mais je le paye au niveau de ma famille, ma compagne, mon enfant et mon corps.

Ma fille est née comme ça. Elle est habituée à ma carrière de policier. J'essaye de préserver ma fille au maximum. Cela n'affecte pas trop notre relation. Cependant, ma fille a peur pour moi notamment avec les attentats et me demande souvent : « papa, tu es sûr qu'il ne va rien t'arriver ? ». J'essaye de la rassurer au maximum.

Avec mes amis, ils me regardent avec beaucoup d'admiration : quand je leur raconte mes évènements de policier, ils boivent mes paroles. C'est tellement des histoires choquantes parfois que les gens sont intéressés. Parfois, il y a de la curiosité malsaine mais je trouve qu'il y a une forme de reconnaissance. Ce n'est pas facile ce que je fais. Des renforcements positifs de la part de mon entourage me valorisent et m'aident ».

9. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« *Non, je ne l'ai jamais remis en question. Mais, en même temps, c'est particulier car au vu de mon passé personnel, j'ai une sacrée carapace qui me protège de tous les évènements choquants. Je suis quelqu'un de dur, je ne montre pas mes émotions de façon générale* ».

10. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« *Je changerai la direction. Le chef de corps n'a même pas instauré le fait de prémunir les policiers au niveau des mesures de sécurité liées au coronavirus. Il n'y a pas de gants ni de masques qui sont mis à notre disposition alors que nous sommes en contact avec les gens. Je ne reçois aucun encouragement, aucune lettre de félicitations, aucune lettre de remerciement de la part de la hiérarchie. J'ai l'impression de ne pas être considéré en tant qu'être humain et de ne pas recevoir du soutien social de la part de la hiérarchie* ».

Entretien 2 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 46 ans

Sexe : Homme

Statut civil : Divorcé, en concubinage

Enfants : Oui (2 enfants)

Fonction : Inspecteur en division d'interventions (101)

Parcours policier : Depuis toujours en intervention (101)

Entrée dans la police : 1999 (21 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« *J'ai toujours aimé les contacts avec les gens. Fils de parents divorcés, j'ai vécu une instabilité car je suivais maman dans ses multiples déménagements. Je n'avais pas de racines. Le contact avec les gens m'a toujours plu. J'ai d'ailleurs fait des études d'éducateur spécialisé avant de rentrer dans la police. Ce n'était pas pour le côté justicier ni le côté arme, c'était vraiment l'idée de me dire qu'au quotidien, je rendais service.* ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« *Aucun* ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« *Oui. J'ai réalisé les examens d'entrée en gendarmerie mais je les ai ratés. Je ne savais pas quoi faire de ma vie... Puis, j'ai eu un kot à Liège. Avec l'affaire Dutroux, l'enterrement des deux gamines s'est fait dans ma rue. Dès que j'ai vu le cortège défilé dans ma rue, je me suis dit que je devais faire en sorte que de telles choses n'arrivent plus. Alors, je suis rentré dans la police* ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« *Oui. Je suis malheureusement un « aimant à emmerdes ». Les évènements qui m'ont traumatisé ont été nombreux. Ceux dont je me souviens, c'est notamment mon accident de service. C'était le 24 avril 2003. J'ai été fort blessé pendant neuf mois. J'ai eu la jambe cassée. J'ai l'image de ma jambe qui est à cent quatre-vingts degrés. J'étais en pleine forme physique. Je faisais des compétitions sportives. A la suite de mon accident, j'ai dû être au repos complètement. Cela a été très difficile* ».

« *J'ai aussi eu un bébé qui est décédé dans mes bras – un bébé de six semaines à peine. La mère n'en pouvait plus... Elle s'est endormie dans son lit avec son bébé et elle l'a étouffé en dormant, sans faire exprès. Le bébé était tout bleu. La mère était choquée et elle ne bougeait plus... Elle était complètement pétrifiée. Alors, j'ai pris le bébé et je l'ai descendu aux ambulanciers... Mais, c'était trop tard. J'aime vraiment les enfants. Je n'en avais pas à l'époque. Avoir eu un enfant qui meurt dans mes mains a été très difficile pour moi* ».

« Dans un quartier d'Herstal mal famé, il y a eu un échange de coups de couteau. La victime est décédée dans mes bras. Ma collègue a essayé de la réanimer, en vain. La victime avait des trous partout dans le dos. Je n'ai pas pu aider ma collègue et cette dame car je devais faire attention à l'environnement et continuer à faire attention... Je m'en suis voulu. Mais, pour moi, l'état est fautif car j'ai fait le signalement de ce quartier à de nombreuses reprises. Du coup, ça été doublement dur car cet évènement tragique aurait pu être évité si l'état était intervenu. Les auteurs sont des jeunes que je connaissais en tant que policier depuis qu'ils avaient cinq ans. J'avais fait des appels au parquet pour qu'ils interviennent, mais rien n'a été fait et donc, ces jeunes ont grandi... et à l'âge de vingt ans, ils ont tué ».

« Ce qui a été encore dur... C'est lorsque des gens m'ont pris en photo dans le cadre d'une rébellion. Ma photo a été diffusée sur Facebook. Ma femme était enceinte de mon premier enfant. Ma photo a été diffusée sur tous les réseaux sociaux et il y avait des appels à la vengeance... Mon nom et mon adresse ont été diffusés. Je ne pouvais pas réagir car j'étais cité dans cette affaire. Cela été très difficile ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« J'ai la chance de savoir verbaliser mon ressenti et mes émotions. Je sais me remettre en question. J'ai un chouette assistant social qui sait m'écouter. Parler de l'histoire du bébé m'a vraiment aidé. J'ai appris à canaliser ma douleur et à la noyer avec quelque chose d'autre. Je fais une balance avec les points positifs. La vie continue malgré tout... Sur le moment même, c'est difficile mais le temps est un allié. Les copains, les bonnes guindailles, la vie, la famille aident ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Je pense que les évènements les plus bouleversants ont été ceux qui concernent les enfants... parce que j'adore les enfants ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« Entre collègues, on a cette manie de raconter nos faits d'armes. Parfois, ça tourne vers le tragique. C'est l'avantage des vieux comme moi... c'est celui qui racontera l'évènement le plus grave qui sera le plus écouté. On fait souvent un tour de table entre collègues et on parle de tout, de nos émotions parfois. Cela maintient la mémoire, la précaution, la vigilance et cela permet de mettre en garde les jeunes policiers sur notre métier ».

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Chaque policier, dans sa propre existence, a son propre exécutoire. Au bout de cinq ans, le policier lambda a vécu des choses dures. Après cinq ans, si tu restes dans la police, c'est que tu es prêt à rester dans la police. Mon exécutoire, c'est d'acheter des maisons, de les rénover et de les retaper. De cette façon, je ne pense pas à mon travail. Je fais du sport, des raids, je retape des quads. Je veux vivre à fond et ne pas subir la vie. Cela m'aide à avoir des moments où je mets en parenthèse la vie et les malheurs que j'ai vécus. S'occuper les mains fait du bien ! Cela me permet d'oublier un court instant tout ce que je vis.

Sinon, avec les collègues, je parle de tout. C'est une manière de nous soutenir et d'être à l'affut pour un policier qui n'est pas bien ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Parler avec ma compagne... c'est différent. Les drames du quotidien, je ne lui en parle pas... pour lui éviter de lui engendrer de l'angoisse et de la peur inutilement. Par contre, une fois que je suis dépassé et vaincu émotionnellement, je lui en parle. Mais, en règle générale, j'évite. Dans la mesure du possible, j'évite. C'est surtout pour la protéger émotionnellement. Il faut être préparé à ce que l'on vit. Elle n'est pas préparée psychologiquement donc, ça ne sert à rien et cela lui donnerait une vague d'angoisse inutile, même si je sais qu'elle est ouverte à la discussion ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oh que oui. On a beau dire que non mais oui, j'ai des répercussions sur ma vie quotidienne. Je regarde d'ailleurs mon enfant maintenant en vous parlant... Mes enfants sont très petits. Mon ainé a trois ans. Il ne sait pas ce qu'est-ce que la mort et la perte. Je ne lui en parle pas. Il me demande de plus en plus ce qu'est un policier mais, je veux le protéger de mon métier. J'évite qu'il regarde la télévision et des choses atroces.

Je me suis éloigné de certaines personnes qui n'étaient pas policiers. Fréquenter des personnes qui fument des joints et qui rentrent bourrés, je n'accepte pas et je m'en éloigne et puis, les gens s'éloignent eux-mêmes de la police aussi ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Jamais de la vie. J'adore mon métier malgré tout ce que je vis ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Le suivi des décisions judiciaires. Quand j'arrête quelqu'un qui va voler une bouteille de whisky au Colruyt, je l'arrête trois fois et puis, je le passe dans la banque des données belges. Puis, quand je vois que cette même personne a été arrêtée 145 fois sur un an avec des petits faits ; faits connus mais non punis ! Je ne comprends pas cela. Pour moi, c'est 145 fois de trop ! Le problème n'est pas tant le policier mais cela vient du suivi et des décisions derrière notre travail ».

Entretien 3 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 39 ans

Sexe : Homme

Statut civil : Célibataire

Enfants : Non

Fonction : Inspecteur de la circulation routière

Parcours policier : Inspecteur de la circulation routière depuis toujours

Entrée dans la police : 2004 (16 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« *C'était un de mes deux rêves d'enfant. Je suis, à la base, gradué en informatique. Puis, je me suis aperçu que rester assis sur une chaise, ce n'est pas ce que je voulais. Avec mon ami d'enfance, nous avons passé des tests de sélection de l'armée. J'ai été repris comme candidat sous-officier et j'ai été à l'armée pendant une année mais la mentalité ne m'a pas vraiment plu. C'était vraiment la police que je voulais. J'ai passé mes tests et je l'ai réussi.* ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« *A l'école primaire, c'est toujours ce que j'ai voulu faire. Un de mes voisins est un ancien agent de quartier. Il a, un jour, retrouvé un lapin blessé. Je l'ai aidé à le soigner et puis, nous avons discuté de sa profession et j'ai eu de l'admiration pour son sens d'aider les autres. Sa manière de communiquer et sa manière de voir les choses m'ont vraiment plu.* ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« *Non, pas spécialement* ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« *Le contact avec la mort. La première personne décédée était une vieille dame qui faisait la cuisine chez elle dans un grand immeuble. Elle portait un tablier en synthétique. Le tablier a pris feu. Elle en est morte. Voir quelqu'un fortement brûlé m'a vraiment choqué.* ».

Le travail du médecin légiste m'a encore plus choqué. Les médecins mettent une grande distanciation –ce que je peux comprendre mais quand il a soulevé la tête de la dame pour observer son crâne et son cuir chevelu... qu'il n'a pas pris la peine de redéposer sa tête doucement et que j'ai entendu du coup un gros « boum » dans la marée de sang, ça m'a d'autant plus marqué ! ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« *On y réfléchit pendant quelques jours quand on rentre chez soi. L'uniforme a une odeur... Une odeur de mort. Ca m'a travaillé, j'ai longuement réfléchi mais je me dis que ça fait partie aussi du métier de policier. Par contre, sur le moment même, j'ai été très professionnel et j'ai mis de côté mes émotions !* »

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« *Parce que c'était mon premier mort. Passer autant de temps avec un cadavre, sentir l'odeur de la chair brûlée, l'odeur de la mort, l'odeur du sang, voir autant de sang partout dans la pièce, ce n'est pas très conventionnel...*

L'être humain a une faculté de s'adapter à beaucoup de choses à force de répétitions. Je peux me laisser submerger par des émotions, c'est sûr mais je reste professionnel sur le moment même. Je me détache et je prends du recul. Après un certain temps, je sais prendre de la distance. Si je devais me sentir bouleversé à chaque fois que je vois quelque chose d'anormal et de compliqué, cela risquerait de compromettre mon métier... »

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« *J'en parle avec mes collègues mais je déplore le fait qu'il n'y a pas de suivi psychologique par rapport à des interventions difficiles alors que chez les pompiers, ils l'ont. Le chef de peloton les prend et débrieve avec eux au niveau humain. Ici, à la police, nous n'avons pas la gestion des émotions et c'est dommage. Sinon, je parle beaucoup avec mon équipier mais mon équipier est un jeune policier. Donc, c'est plutôt moi qui ait tendance à l'encadrer et si je vois que je le choque dans mes propos, je me rétracte et je fais attention de ne pas trop l'imacter.*

Des liens se forgent entre collègues. On passe huit heures par jour ensemble. On apprend beaucoup à se connaître. Il y a comme un lien fraternel qui se forge. On se rend des services en dehors du travail. On discute beaucoup ensemble. Le dialogue aide à parler de tout ce que l'on ressent ».

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« *Un moment donné, dans ma vie, j'ai fait beaucoup de kick-boxing. Le sport m'a apporté beaucoup d'équilibre. Etre sportif, transpirer m'a aidé à évacuer beaucoup de tension. Je suis quelqu'un de fort sportif habituellement. Mais, parfois, cela passe par le dialogue. J'ai d'ailleurs commencé à consulter un thérapeute pour m'aider tant dans ma vie privée que dans ma vie professionnelle. Ce travail m'aide beaucoup dans mon parcours policier.*

Sinon, avec les collègues, c'est par le dialogue qu'on libère nos tensions ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

« *Je peux en parler avec ma famille (mon père et ma mère). Ils sont ouverts. Mais, ma mère est très sensible et est fort dans les blessures de son passé, donc, cela ne sert à rien de lui mettre des soucis supplémentaires. J'évite donc de lui en parler si j'ai un évènement trop conséquent ».*

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Oui, ma compagne est ouverte à la discussion et je peux en parler avec elle, mais j'évite de lui en parler. Elle n'est pas préparée psychologiquement et j'ai peur de la choquer ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oui. Au niveau des amis, cela m'a imposé un certain tri dans le sens où l'entourage proche peut être anti-gouvernemental, anti-policier, anti-règle. Certains respectent beaucoup la profession et d'autres pas. Cela impacte forcément et je me suis éloigné. D'autres amis ont aussi pris de la distance parce que j'étais policier.

Au niveau de mon couple, cela impacte très fort au niveau des horaires. Ma compagne est policière et faisait la nuit. Parfois, on ne se voyait pas pendant trois-quatre jours. Au niveau privé, j'étais fort disponible pour le travail et donc, des organisations dans le cercle privé ont été annulé à de nombreuses fois ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Non. Je n'ai jamais été blessé gravement dans le cadre de mon métier. Je suis fort confronté à la violence, c'est vrai, mais je compte bien travailler en tant que policier jusqu'à ma pension ! »

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Certains collègues n'arrivent pas à gérer la pression et ne font pas de travail sur eux-mêmes. Parfois, ils ne se remettent pas en question. Ils sont victimes de leur égo, ils vont dans leur mental, et donc, cela pose des difficultés dans les rapports quotidiens. Je ferai en sorte que ces collègues ne soient plus là pour être remplacés par des personnes plus positives et plus optimistes et qui favorisent un climat de vie en communauté plus agréable.

Il y a des rapports hiérarchiques qui ne sont pas idéaux. Il y a des systèmes de clan, des gens qui ne se disent pas bonjour, et cela nuit à la motivation quotidienne dans notre travail. Il y a des gens avec qui je m'entends bien et là, je prends le positif mais, je ne peux pas choisir tous les collègues avec qui je travaille... malheureusement. Donc, si j'avais une baguette magique en main, je ferai un petit tri des collègues pour avoir une meilleure cohésion ».

Entretien 4 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 55 ans

Sexe : Homme

Statut civil : Cohabitant légal

Enfants : Oui

Fonction : Commissaire de police depuis 1996

Parcours policier : Agent de police – nommé inspecteur (1990), inspecteur principal (en 1992), inspecteur principal de première classe, puis, commissaire de police

Entrée dans la police : En 1987 (33 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

1.1. Quel en a été le moteur ?

« *Mon modèle de vie – mon parrain qui était policier. C'était mon modèle... Puis, les interventions me plaisent beaucoup. J'ai besoin d'adrénaline. J'adore ça. Le métier de policier me convient donc parfaitement pour cela* ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« *Non, pas spécialement* ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« *Je suis de garde une semaine sur quatre. De jour comme de nuit, dès qu'il y a un événement qui est plus grave (enfant battu, la garde est retirée par le parquet, un incendie, des inondations graves, des accidents de roulage, des meurtres), je suis donc confronté à ce genre de problèmes. Ma vie est émaillée d'un nombre incalculable d'évènements traumatisques* ».

« *Une fois, j'ai perdu pieds. J'avais vingt-un ans, je sortais de l'école de police. Je pars en patrouille. On me demande de me rendre dans une rue qui est derrière un hôpital pour un accident de roulage. Sur le chemin, on nous dit que c'est un accident d'un enfant de quatre ans et demi qui a été renversé par une voiture. En arrivant sur place, je vois l'enfant à terre et je vois des personnes autour de lui. Le gamin ne bouge plus. Suite à ça, je prends mon courage à deux mains et je prends donc l'enfant dans les bras puisque l'hôpital est juste à côté. J'arrive donc aux urgences et on me prend l'enfant. Je retourne sur les lieux pour faire le constat d'accident. Puis, je vois une jeune dame qui arrive, que je connais bien... Elle me dit qu'elle ne retrouve plus son enfant. Je l'amène à l'hôpital et on m'annonce le décès de l'enfant. Je dois donc annoncer à la maman qu'elle vient de perdre son petit garçon. Je sors des urgences et je lui annonce le décès de son petit garçon. J'étais surpris, j'ai dû donc agir comme un policier. C'est un évènement qui me marquera à vie* ».

« *Un autre évènement... Il y a cinq ans, j'ai été appelé à cinq heures du matin. On doit rentrer dans une maison d'un collègue qui ne donne plus de nouvelles. On frappe, on sonne. Les deux voitures sont devant. Personne ne répond. On prend donc la décision de casser une fenêtre. On rentre dans l'immeuble. Je vois une femme au sol avec une balle dans la nuque. Dans la chambre, le mari s'est tiré une balle dans la tête et est mort.*

Sur le corps du mari, on voit une jeune fille de seize ans couchée sur le cadavre de son père et on voit du sang qui coule. La jeune fille se relève et ouvre les yeux. La jeune fille a eu une balle qui lui a traversé la joue et elle n'était pas décédée. Le mari avait tué sa femme, avait tiré sur sa fille et croyant que cette dernière était morte, le père s'est suicidé. C'était horrible ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« Je ne dois jamais faire paraître mes émotions. Je fais la part des choses. Je sépare le côté émotionnel. Je dois rester professionnel. J'ai mis de côté mes émotions et à force de le faire, ça ne ressort plus. J'ai appris à ne plus être touché et à force de répétition, je n'arrive plus à ressentir quoi que ce soit même après coup. J'ai l'impression de ne plus avoir d'émotions, en fait ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Lorsqu'un enfant est concerné, c'est plus difficile. Je suis plus sensible lorsqu'il y a des enfants en jeu ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« En tant que commissaire, je fais un débriefing émotionnel avec mes hommes. A la fin de chaque évènement grave (le triple meurtre par exemple), on prend tous les policiers présents sur place. Certains pleurent, d'autres ne pleurent pas. Après, on va boire un café et on parle beaucoup entre collègues. Le dialogue est important. J'ai aussi été voir un psychologue car les membres de ma famille me disaient que je n'avais pas d'émotions – que je n'étais jamais peiné et que j'avais un cœur de pierre ».

5.1. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Par le dialogue ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Quand on me pose des questions, j'abrège. Me pencher sur des soucis professionnels ne les regarde pas. En plus, j'ai peur d'être contrarié par leurs réflexions. Même s'il y a une ouverture de ma compagne, je ne lui en parle pas ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oui, j'ai fait une grave dépression avec hospitalisation. L'incompréhension de la part de mon ex-épouse et de ma compagne actuelle sur mes émotions ont eu des graves problèmes dans ma vie. J'ai été incompris un bon nombre de fois sur le camouflage de mes émotions.

Dans mon cercle amical, il n'y a pas eu de répercussions car seuls mes vrais amis sont des policiers. Seuls les policiers peuvent comprendre ma manière de vivre et savent me comprendre ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Non, jamais ! Je n'ai jamais remis en question mon choix de carrière. J'ai été bien coaché. J'ai eu l'envie et le goût tout le temps ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Etre de garde plus souvent (une semaine sur deux et non pas une semaine sur quatre). J'ai besoin d'adrénaline... tout le temps ».

Entretien 5 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 40 ans

Sexe : Homme

Statut civil : Célibataire

Enfants : 1 garçon de 12 ans

Fonction : Prioritairement répondre aux appels des citoyens - patrouiller (prévention) et contrôler (répression). En résumé, cela va de l'appel pour un renseignement à l'appel à un accident mortel, un vol à mains armées ou un meurtre.

Parcours policier : 20 ans au service intervention à la zone de police Seraing/Neupré

Entrée dans la police : Octobre 2000 (20 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« Je me cherchais en supérieur puis j'ai voulu quitter le domicile de mes parents. La police était un moyen de rentrer à l'académie et d'être payé directement. C'était un métier varié où l'on bouge sans cesse et je n'avais pas envie de me mettre derrière un bureau. L'image que je me faisais d'un service de police me plaisait ».

1.2. Quel en a été le moteur ?

« Le moteur financier et un horaire variable ».

1.3. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« Non, pas spécialement ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« Oui beaucoup. Je ne compte plus le nombre de cadavres (meurtres et suicides), les scènes de coups, etc. Mais, j'en ai un en particulier qui m'a marqué. Un incendie dans un immeuble dans lequel se trouvent quatre enfants. L'oncle est devant l'immeuble et tente de rentrer quand on arrive. Les pompiers ne sont pas présents. Je suis obligé de refermer la porte d'entrée et de maîtriser l'oncle qui veut, au prix de sa vie, tenter de sauver les quatre personnes de un à neuf ans, le jour de la Saint-Nicolas. Trois enfants sont décédés ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« Sur le moment, j'ai réagi de manière professionnelle et après analyse, je referai exactement ce que j'ai fait. Sur le plan émotionnel c'est différent, celui-ci vient après l'intervention car pendant il n'y a pas de place pour ça. Je suis rentré chez moi à midi alors que ma nuit finissait à la base à six heures. J'ai eu la chance de pouvoir en parler quand je le désirais. J'avais mon fils de quatre ans qui m'avait préparé son doudou sur mon lit sans même savoir ce qu'il s'était passé et qui me dit « tiens papa pour que tu passes une bonne nuit ». C'était l'élément qui m'a peut-être permis de craquer et de pleurer pour extérioriser toutes les émotions que j'avais du retenir durant toute l'intervention ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Car dans un premier temps on se sent impuissant de ne pouvoir sauver les enfants qui sont jeunes et de l'âge de mon fils qui chaque jour est un merveilleux moteur pour moi. Dans un second temps vient l'analyse de ce qu'on a fait ou pas fait. Qui suis-je pour empêcher l'oncle de rentrer en fermant la porte et condamnant les personnes dans l'immeuble ? Si j'avais été à sa place qu'aurais-je voulu pour mon fils ? Aurais-je toléré une attitude policière envers moi pour m'empêcher de tenter de le sauver ?

Vu la date des faits, chaque année j'y repense et cela fait presque huit ans. Pendant l'intervention, il faut aussi gérer les problèmes liés à notre propre service (personnel malade - manque de moyens humains ou logistiques). Le jour des faits et à la demande du chef de zone, j'ai dû remettre à la mère une carte de visite du bureau d'aide aux victimes en lui disant qu'elle pouvait téléphoner à huit heures et que quelqu'un viendrait à ses côtés. Lorsque je tends la carte à la mère qui vient de perdre trois enfants sur quatre, je me rends compte que nous sommes la nuit de samedi à dimanche et que la personne ne sera pas joignable avant le lundi.

Honteux de ce service « de merde » laissé aux citoyens, géné d'avoir osé donner cette carte à ce moment, j'ai tourné les talons et suis parti sans dire un mot. Je n'aurais pas pu parler tellement ma démarche était pour moi déplacée ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« Entre collègues du service intervention, il y a une bonne écoute entre nous. Pour de gros faits, nous arrivons à communiquer car nous sommes tous confrontés à ce genre de problème. La communication avec l'autorité est proche du néant. Ils se foutent de t'écouter et tu vois que c'est une corvée pour eux qui ne sont plus soumis à ces interventions. Le service d'aide aux victimes est inapproprié car pour beaucoup, nous sommes amis avec les psychologues et faisons des soirées en dehors du service. Elle ne représente plus une psychologue mais une amie ».

5.2. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« Cela dépend du collègue. Il y en a avec qui on n'a pas envie de partager quoique ce soit et d'autres avec qui le dialogue est très ouvert. Ils sont souvent très compréhensifs et ouverts au dialogue (gsm, de visu, autour d'un verre, etc.) ».

5.3. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Une fois de plus il n'y a pas une façon mais cela dépend du collègue. Certains vous téléphonent pour avoir de vos nouvelles, d'autres viennent à votre demande. Nous discutons en allant prendre un verre, nous en parlons dans le combo durant une pause... Il y a beaucoup de façons différentes ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

« J'ai toujours eu une famille fort disponible et je sais que je peux trouver une personne à l'écoute à toute heure ».

6.2. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Oui, ma compagne actuelle ou mon ex compagne – mère de mon fils ont toujours été très réceptives même si elles ne peuvent imaginer ce que l'on ressent vraiment. C'est néanmoins réservé à des choses très marquantes, pour le reste une fois que je quitte le boulot, je laisse mes dossiers, problèmes et sentiments de côté. Je referme la porte ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oui sur notre caractère directement. On a tendance à prendre des distances par rapport aux gens à problèmes récurrents car hors boulot « ma tranquillité n'a pas de prix ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Oui. Je me sentais inutile ».

8.1. Comment avez-vous fait pour poursuivre votre profession ?

« Je me suis reposé sur les points positifs et agréables de notre métier, sur les remerciements des gens que l'on a aidés ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Plus d'autonomie et une meilleure cohésion de travail tous grades confondus et non pas un système de contrôle qui contrôle celui qui contrôle... tout ça pour justifier la place d'un incompétent fainéant qui joue avec ses soldats car chez lui il n'a rien à dire. Je reviendrais aussi trente ans plus tôt où la police était respectée des citoyens et non pas dénigrée pour n'importe quel motif ».

Entretien 6 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 24 ans

Sexe : Femme

Statut civil : Célibataire

Enfants : Non

Fonction : Décembre 2019

Parcours policier : Décembre 2019, aspirante inspecteur et détachée en zone

Entrée dans la police : Aspirante inspecteur et détachée en zone

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« Je suis sortie avec un garçon pendant un an. Ce garçon était plongé dans la drogue. J'ai essayé de l'en sortir mais en vain. Quand il m'a annoncé qu'il voulait être dealer, ça m'a fait un déclic et j'ai voulu rentrer dans la police ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« Il n'y a pas eu de moteur pour moi... ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« Quand il y a eu des attentats, mon oncle commissaire m'a beaucoup parlé des attentats. J'ai eu, à ce moment, l'intime conviction que je voulais être policière ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« J'ai eu la chance de faire mes stages à Liège. J'étais sur le terrain quand Maxime Pans s'est pris une balle dans la tête – fait divers assez connu. J'ai dû orienter la famille (sa femme, ses enfants, sa filleule) vers les psychologues. Ca été très dur... Je ne savais pas comment leur dire. Et puis, je pense que la première fois où j'ai vu un mort... c'était horrible ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« Sur le coup, avec Maxime, il y a eu un silence de mort toute la journée car j'ai dû faire la sécurité de toute l'hôpital. J'étais en colère, sous le choc. Je me suis dit que ça allait peut-être m'arriver un jour... Mais, je suis restée professionnelle sur le moment même et je devais continuer à l'être ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« La vue de sa femme, des parents de Maxime m'a marquée. Il s'est pris une balle, c'est des choses qui arrivent mais le fait de voir les parents tristes, sous le choc, c'était dur émotionnellement. J'ai encore leurs images qui défilent dans ma tête ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« Les collègues plus vieux sont bienveillants par rapport aux plus jeunes. Le jour avec Maxime, j'en ai parlé énormément. Le dialogue aide beaucoup entre collègues. On dialogue autour d'un verre ».

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« Mes collègues sont très à l'écoute et compréhensifs. Je ne m'attendais pas à ça du tout. Tu ne dois pas avoir peur de parler avec tes collègues. C'est un monde bienveillant ».

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Chacun a son propre moyen. Certains rigolent de la situation, d'autres pleurent, d'autres parlent, d'autres restent dans le silence. En parler dans le combi, dans le commissariat. J'aime parler autour de moi. Cela m'aide à évacuer toutes mes émotions ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

« Après l'évènement avec Maxime, j'ai eu besoin d'aller voir mes parents directement après le service. Je leur ai expliqué ce qu'il s'était passé. Ils m'ont rassuré. Ils sont très proches de moi et c'est rassurant de compter sur eux ».

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Malheureusement, non. J'ai mis un terme à ma relation avec mon copain à cause de mon métier. Il n'acceptait pas mon métier. Il était trop jaloux ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« J'ai un noyau dur d'amis depuis mes quinze ans. Ils me taquinrent beaucoup parce que je suis policière. Par exemple, lors d'une soirée, on me dit « attention, elle va nous verbaliser, elle va nous mettre une amende » dès qu'ils dérapent un peu. Au niveau de mon couple, j'ai eu de grosses répercussions. Il n'aimait pas que je fasse ce métier à cause de la dangerosité du métier et de la jalousie. Il y a eu beaucoup de disputes à cause de ma profession ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Oui, une fois. En intervention, nous sommes appelés car un homme a exhibé deux armes longues au Quick et il était habillé en militaire. J'ai eu peur de partir du combi et de risquer ma vie. J'ai eu peur que l'homme se fasse péter en plein centre de Liège et je me suis demandée si cela valait vraiment la peine que je risque ma vie pour ça... ».

8.1. Comment avez-vous fait pour poursuivre votre profession ?

« J'en ai parlé à l'école parce que nos formateurs sont forts présents ainsi qu'à mes collègues. J'en ai reparlé avec mes proches et j'ai relativisé ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« *On est fort contrôlé dans le combi. Par exemple, un jour, la centrale a vu qu'on s'arrêtait pour prendre à manger au Quick. La centrale nous a directement appelé pour voir ce que nous étions en train de faire. Donc, j'aimerai être un peu plus libre. Sinon, je ne vois pas d'autres choses* ».

Entretien 7 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 52 ans

Sexe : Femme

Statut civil : Divorcée

Enfants : 2 enfants (25 ans et 22 ans)

Fonction : Responsable de la section référent jeunesse dans le service TFZ-AES

Parcours policier : Inspecteur de police à Liège (101) en 2004 et puis, 2004 à 2010 : inspecteur principal au 101 et 2010 à 2011 : paix public (carré et centre-ville)

Entrée dans la police : 1995 (25 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« *Je ne voulais pas avoir un métier routinier. J'aimais beaucoup les relations humaines masculines (plutôt que féminines). Je préfère l'ambiance masculine. La diversité des tâches et l'évolution de carrière dans la police m'ont beaucoup plu* ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« Non ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« *Mon ex-mari était gendarme. Son métier a eu une grande influence* ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« *Oh oui, beaucoup. J'ai vingt-trois ans de terrain. La fusillade du mois de mai, j'ai perdu deux collègues. Ca m'a touché de près car le petit adolescent décédé était proche de ma belle-fille. Il y a aussi la fusillade de la Place Saint-Lambert où j'ai dû gérer la fusillade et je me suis rendue sur place. J'ai dû gérer le poste médical dans le palais de justice...*

Il y a eu aussi Maxime Pans qui a reçu une balle dans la tête, ça été difficile. C'est mon collègue...

J'ai géré aussi tous les cadavres, vols, agressions, accidents de la route, vengeance de couple, etc ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« Je reste professionnelle. Je fais abstraction de tout et je me suis assurée que ma famille allait bien lors de la fusillade, par exemple. Rassurer mes proches mais rester professionnelle. Quand l'évènement est terminé, j'ai parlé à mes collègues et je vide mon sac émotionnel. Mais sur le moment même, je reste toujours professionnelle ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Parce que ce sont des choses auxquelles je n'étais pas préparée. Je me suis sentie impuissante – je ne connaissais pas mon ennemi. J'ai risqué ma vie. J'ai appréhendé le danger. J'avais peur. Cet évènement était soudain, imprévu et incontrôlable. Nous ne sommes pas habitués. Je pense notamment à la fusillade ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« On parle beaucoup avec nos collègues. On partage les mêmes sentiments peut-être et c'est plus facile de parler d'un professionnel à un professionnel car à une personne extérieure ne peut peut-être pas comprendre ce que nous vivons ».

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« Le fait de partager les choses en ligne directe aide beaucoup. Je parle beaucoup de mes émotions avec mes collègues. Le jour de la fusillade de mai, j'étais en hyper-vigilance lorsque j'ai patrouillé toute la journée. A la fin de la journée, j'étais liquidée. Je n'ai jamais pleuré à la police mais cette fois-là, j'ai pleuré et évacué cette pression à chaudes larmes ».

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Soit, on en discute, soit, on va boire un verre gentiment entre nous. Evacuer cette tension, discuter et écouter aident beaucoup. Ma position de chef fait que j'écoute beaucoup mes hommes en premier et puis, je fais part de mon ressenti en deuxième temps ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

« Je parlais beaucoup avec mon ex-mari car il était gendarme et savait bien comprendre ce que je ressentais. Mais, maintenant, à l'heure actuelle, je ne leur en parle que très peu car c'est une façon de les protéger et de ne pas les tracasser. J'ai une capacité de stocker tous les évènements négatifs de la vie sans en parler. Je n'ai jamais fait de cauchemars par la suite ni de perte d'appétit. J'ai des nuits, par contre, plus compliquées ».

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Non. Je n'ai pas l'écoute assez attentive nécessaire de la part de mon compagnon. J'aurais besoin de vider mon sac sans qu'il émette des avis et des opinions... mais, mon compagnon émet toujours son avis et ça m'énerve car il ne peut pas comprendre ce que je vis ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oui. Je suis policière 24heures sur 24. Il y a une image qui est derrière et je transpose mon vécu de policière à la vie de tous les jours. Je ne peux pas me permettre de tenir un discours différent en journée en tant que personne civile et puis un autre discours le soir en tant que policière. Il y a eu un tri amical – « on est toujours critiqué, ramasser un procès-verbal, c'est de ma faute, par exemple. Alors, je me suis éloignée de personnes ainsi ».

« Quand je travaillais dans le carré alors que mes filles sortaient aussi dans le carré, j'étais policière. Les gens qui me connaissaient venaient me trouver et disaient : « oh, vous êtes la maman de » et à ma fille, ils disaient : « tu es la fille de la policière ». « Avoir deux parents policiers, ce n'est pas fun. C'est le côté négatif ! »

« Avec mon compagnon, les horaires, c'est compliqué. On ne se voit pas beaucoup ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Non, je n'ai jamais remis en question mon choix de carrière. Toutefois, quand j'étais au 101, je voyais trois cadavres sur une journée, c'était difficile. Je n'ai plus eu d'empathie vis-à-vis des proches qui sont en deuil et vis-à-vis du mort. Je traitais cela comme un dossier quelconque. Je n'avais plus d'émotions. Donc, j'ai demandé pour changer de secteur car je n'étais plus professionnelle ni humaine ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« J'aimerai changer la cohésion. J'aimerai plus de cohésion dans les services en matière jeunesse et plus d'échanges entre professionnels (assistants sociaux, éducateurs, psychologues, policières). Si on communiquait beaucoup plus par rapport à une problématique d'un jeune, on aiderait le jeune à un meilleur avenir. Avoir la confiance et le respect des partenaires sociaux serait meilleure pour l'avenir des jeunes. Sinon, mes collègues sont super sympas et l'équipe est vraiment top donc, je n'ai jamais été avec les pieds de plomb au travail ».

Entretien 8 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 29 ans

Sexe : Femme

Statut civil : Célibataire

Enfants : Non

Fonction : Inspecteur en interventions (101)

Parcours policier : Inspecteur interventions depuis toujours

Entrée dans la police : Depuis 2015 (5 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« Mes voisins sont policiers et une amie est aussi policière. J'ai suivi mon parcours scolaire, mais le fait de parler tout le temps avec eux, d'entendre leur fonction, leur principe de travail de terrain, ce travail m'a vraiment intéressé. Le principe de rester assise et faire huit heures - dix-sept heures ne m'intéressait pas. Ce travail touche différentes choses et notamment, la rédaction que j'aime beaucoup ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« Des modèles de personnes comme mes voisins et mon amie ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« Non ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« Oui. Ce sont des événements qui touchent les enfants. Souvent, les maltraitances, les viols sur enfants, les décès d'enfants me touchent énormément. Il y a des dossiers, des maisons et des prénoms que je n'oublierais jamais. Je pense notamment à une affaire : les parents ont été entendus en qualité de suspects et tout prouvait que c'était une mort subite du nourrisson. C'était difficile, j'ai pleuré pendant toute l'audition avec la maman. Des fois, c'est incontrôlable. Pour le reste, parfois, ça ne sort pas du tout comme émotion. Je tente de rester professionnelle sur le terrain mais avec les enfants, je n'y arrive pas et cela sort tout seul sans que je le contrôle ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« Cela dépend d'un évènement à l'autre. Par exemple, il y a eu un viol d'une petite fille mineure, en bas âge. La petite de quatre ans m'a directement parlé et cela m'a fort perturbée de savoir que la petite se sentait en sécurité avec moi. J'ai eu énormément de colère vis-à-vis de la personne qui lui a fait du mal. Sinon, sur le moment, je tente de rester professionnelle et de mettre mes émotions de côté ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Le fait de vouloir être maman, c'est quelque chose de primordial et très essentiel pour moi. Des enfants touchés et abîmés me touchent. Ce sont des êtres sans défense, qui n'ont rien demandé, qui sont nés dans la mauvaise famille, c'est un peu le côté de l'injustice. J'ai du mal à gérer le fait qu'un petit enfant est monté dans une voiture avec une personne en état d'ivresse alors qu'il n'en pouvait rien et qu'il est décédé dans cet accident de roulage ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« Cela dépend. Je suis tout le temps en binôme, donc c'est tout le temps le même collègue et donc, la confiance est établie. Je parle beaucoup avec lui. Mon collègue a cinquante-trois ans et donc, sa maturité et son expérience de terrain m'aident beaucoup. On parle dans le combi après un fait grave ou dans le bureau ».

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« Je parle uniquement à mon collègue (binôme) de mes émotions ».

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« Boire un verre ensemble permet d'évacuer la tension, de parler d'autres choses et de lier des liens d'amitié. Entre collègues, de temps en temps, on aime bien faire des soirées pour pouvoir avoir cet esprit de cohorte ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

« J'en parle occasionnellement. Je n'aime pas leur en parler. Je fais la part des choses avec mon côté professionnel pour leur éviter de s'inquiéter. Pour les événements tristes, je les protège. Ce n'est pas leur choix d'entendre tout ce que je vis. Les médias se chargent déjà de ça ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oui. J'ai fait un grand tri. Mes amis qui fument un joint devant moi sont irrespectueux par rapport à ma profession et ce que je suis. Le cercle d'amis n'est plus forcément le même. Les amis se sont éloignés et moi aussi.

Au niveau de mon couple, il y a des fois où il se passe des événements compliqués et je suis de mauvaise humeur. Un conflit dans le couple pour un motif autre que mon travail, dans ce cas-là, j'arrive moins à le gérer car je suis fatiguée et irritable. Avoir des contacts avec des gens qui nous insultent, qui nous rabaiscent, qui nous crachent dessus, c'est difficile et donc, parfois, j'ai moins de patience avec mon conjoint pour des reproches qui ne sont pas construits pour moi et je me dis qu'il y a des choses plus graves.

Les contraintes d'horaire sont difficiles aussi pour les tâches ménagères, voir mes amis, mon compagnon et ma famille ; les week-ends sont tous pris ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Non. J'aime vraiment ce que je fais. Je me demande juste parfois si j'ai choisi la bonne zone de police. Je consulte une psychologue qui m'aide beaucoup à poursuivre ma profession ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Si je pouvais, j'aimerais avoir des horaires plus programmés à l'avance. Je reçois mon horaire chaque mois. Ce serait faciliter mon organisation entre mon privé et mon professionnel. Avoir des horaires établis sur du long terme serait plus facile (comme Seraing qui l'ont toutes les années de manière cyclique).

Puis, avoir la psychologue de l'équipe policière, c'est difficile car elle se situe dans les mêmes locaux, juste à l'étage et à côté de notre salle de réunion, et donc tout le monde peut aller chez

elle mais personne ne va chez elle car tout le monde est vu en rentrant dans son bureau. On sait qu'on y rentre et on ressort de là avec une tête de déprimée, donc, c'est un peu bizarre... De plus, elle fait partie de mon quotidien, donc je la considère comme une amie, une collègue et non, plus comme une professionnelle. J'ai donc une psychologue de l'autre côté que je paye moi-même ».

Entretien 9 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 38 ans

Sexe : Femme

Statut civil : Célibataire

Enfants : 1 enfants (11 ans)

Fonction : Commissaire – chef de service d'un commissariat local

Parcours policier : 2006 : entrée à l'école aspirant inspecteur de police ; 2007 : entrée inspecteur polyvalent ; 2014 : entrée à l'école pour devenir inspecteur principal ; 2015 : chef d'intervention à la police locale de Herstal ; mars 2018 : entrée à l'école des officiers, mars 2019 : chef de service du commissariat

Entrée dans la police : Juin 2006 (14 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

« Depuis l'âge de mes sept ans, j'ai toujours voulu être policière et les policiers passaient souvent dans ma rue. A seize ans, je voulais faire une carrière professionnelle. J'ai fait des tests psychologiques à dix-huit ans pour avoir mon profil professionnel. Ces tests ont montré que j'avais un souci de la justice, d'équité et que j'étais une personne loyale. Tous les critères correspondaient et donc, ça m'a conforté dans le choix de policière ».

1.1. Quel en a été le moteur ?

« Je n'en ai pas eu ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« Oui. Un évènement tragique dans ma vie privée qui m'a décidé mais je ne veux en parler ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« Oui. Celui qui m'a le plus marqué est le décès d'un collègue (mon binôme - mentor) de manière naturelle pendant le service. Je l'ai retrouvé complètement nu rempli d'excréments mais j'ai dû faire tous les actes nécessaires sur le moment même. Après coup, je n'ai pas réagi humainement et je m'en suis voulue. Je suis restée professionnelle malgré tout.

J'ai connu aussi beaucoup d'alertes à la bombe et des hold-ups qui m'ont bouleversés car j'avais peur pour ma sécurité ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces évènement(s) bouleversant(s) ?

« *Lors du décès de mon collègue, j'étais dans un tunnel professionnel, c'est-à-dire, qu'on réagit de façon détachée, on pose les actes nécessaires. On reste professionnel sur le moment même. La goutte d'eau a été d'annoncer à la famille le décès de mon collègue. Une fois que la tension est descendue, j'ai pleuré et je n'ai pas fait de debriefing émotionnel. Mon chef m'a demandé si je souhaitais en parler et j'ai dit : « non, je suis un roc, je suis forte ». Je n'ai donc eu aucun soutien de la hiérarchie – je veux dire pas de mise en place de la hiérarchie d'un réel soutien psychologique. J'ai développé un état de stress post-traumatique dans les semaines qui ont suivi. Psychologiquement, je suis affaiblie et physiquement aussi. Je suis arrivée à un burnout qui a conduit à une séparation avec mon compagnon ».*

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« *Parce que c'était mon collègue, mon mentor* ».

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« *C'est moi qui doit être attentive à l'état psychologique de mes collègues puisque je suis leur chef. Je suis leur chef donc, je ne peux rien montrer. Quand je détecte un collègue qui ne va pas bien, je l'envoie à une formation ou en maladie ou je lui suggère une réorientation (agent de quartier, rester au bureau faire de l'administratif, par exemple)* ».

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« *Je parle toujours avec la même personne – c'est une personne confidente, ressource. C'est mon « parrain professionnellement » et on a le même grade. Je parle de tout avec lui !* »

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« *Je pars à cheval individuellement. Je suis aussi attentive au fait que chacun de mes collègues ait une bulle d'oxygène. L'autorité met en place des journées « team building » - une journée par année où on se retrouve tous. La police est une grande famille. On fait des barbecues entre nous* ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« *Mes parents ont toujours été contre mon métier. Ils s'inquiètent pour moi. Je préfère de ne pas leur en parler pour ne pas les inquiéter davantage. Je leur parle uniquement des anecdotes marrantes avec un certain cynisme quand même. Concernant mon compagnon, il y avait une ouverture car il comprenait ce que je vivais puisqu'il était lui-même policier* ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« *Pendant quatorze ans, je suis sortie avec un policier – on parlait que de ça et ça nous a bouffé psychologiquement. On s'est séparé à cause de notre métier.*

Le cercle amical se réduit à des policiers. Les horaires nous isolent et les autres amis non policiers s'éloignent car nos horaires sont pénibles. On prévoit un vendredi soir de sortir avec des copines non policières et on nous rappelle pour une urgence... On fait cela à plusieurs reprises et donc, au bout de quatre fois, les amis ne nous rappellent plus, ce qui est logique. On est à un barbecue et on ne peut pas boire beaucoup d'alcool car le lendemain, à 6 heures, on est au boulot, par exemple... Donc, mes amis sont à ce jour que des policiers. Les policiers sont comme une grande famille.

Ma fille parle comme un policier. Tout son entourage est policier (parrain, papa, maman, ma meilleure amie). Elle adopte le vocabulaire « c'est suspect, véhicule etc. ». La méfiance s'est vraiment installée dans sa tête ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Jamais. C'est un métier avec une véritable leçon de vie. Ma manière de fonctionner psychologiquement, la manière de fonctionner du monde après chaque intervention est remise en question. Chaque intervention fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je suis vraiment rentrée à la police par vocation ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Je reviendrais en arrière et je demanderais un suivi psychologique et ne pas dire « je suis un roc, je suis une forte ». J'étais la dernière arrivée dans le commissariat et en tant que femme, je me devais de montrer que j'étais forte, surtout dans une équipe d'hommes ! La hiérarchie avait mis beaucoup d'espoirs en moi pour devenir commissaire – il ne fallait pas montrer de failles. Il manque cruellement de soutien psychologique sur du long terme. Le « stress team » nous aide à chaud mais rien n'est mis en profondeur. Il n'y a pas de traitement de fond et nous sommes des éponges qui absorbent tout... Donc, j'aimerais avoir plus de soutien psychologique sur du long terme... Je pense que c'est important ».

Entretien 10 :

Fiche de données sociodémographiques :

Age : 24 ans

Sexe : Femme

Statut civil : Célibataire

Enfants : Non

Fonction : Inspecteur en intervention au 101 (police secours)

Parcours policier : En sortant de l'académie de police, j'ai fait un an dans les bureaux internationaux. Cela fait trois ans que je suis en intervention

Entrée dans la police : En 2016 (4 ans d'expérience)

1. Pourquoi avez-vous choisi cette profession ?

1.1. Quel en a été le moteur ?

« C'est un métier qui m'intéressait de par les films et les séries. Bien entendu, je sais bien que cela ne se passe pas comme dans les films... J'ai une amie qui était déjà au 101. C'est elle qui a été mon moteur. Elle m'a expliqué ce qu'elle faisait. J'ai eu donc l'idée de me lancer ».

1.2. Avez-vous eu un événement décideur de la profession ?

« Non ».

2. Avez-vous vécu des événements bouleversants ?

« Oui. Mon premier mort. J'étais en stage à Seraing. J'étais avec mes deux collègues. Nous sommes allées sur un décès. Je suis restée en retrait mais ça m'a marquée quand même. Le mort était là depuis deux, trois heures. Il était dans une chaudière et l'odeur émanait très fort. Il est mort naturellement. Sur le moment même, mon cœur palpait très fort et je ne suis plus arrivée à manger. L'odeur a été là et m'a marquée. Cela m'a marqué plusieurs jours. J'en ai fait plusieurs cauchemars ! ».

3. Comment avez-vous réagi lors de cet/ces événement(s) bouleversant(s) ?

« Je suis rapidement ressortie. J'ai pris l'air. J'ai eu deux collègues très présents pour moi. Sans le vouloir, j'en ai fait des cauchemars. J'avais des hauts le cœur. J'avais plus envie de manger. Je n'ai pas été professionnelle sur le coup... Maintenant, ça va mieux. C'est juste que c'était mon premier mort et ça m'a fait un choc ».

4. Pourquoi cela vous a-t-il autant bouleversé ?

« Parce que c'était le premier mort. Je n'en avais jamais vu de ma vie ! »

5. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues ?

« Mes collègues étaient soutenants. Il fallait être forte et ils m'ont demandé d'oublier dès je rentrais chez moi. Je dois mettre une barrière entre ma vie privée et ma vie professionnelle, c'est important ».

5.1. De quelle manière partagez-vous vos émotions avec vos collègues ?

« Je parviens à parler de mes émotions avec mon binôme et avec ceux de mon équipe. Nous avons des émotions fortement différentes. Dès qu'on a quitté l'intervention, nous en parlons dans les combis, une fois dans les bureaux et on s'envoie des messages après quand on rentre chez nous ».

5.2. Comment faites-vous pour évacuer toute cette tension avec vos collègues ?

« On en parle directement entre collègues autour d'un verre ».

6. De quelle manière pouvez-vous en parler avec votre famille ?

« Je mets une barrière quand même. Je filtre. Je ne leur parle pas de tout. Je veux les protéger ».

6.1. Y-a-t-il une ouverture de la part de votre compagnon/compagne ?

« Mon copain est policier à Bruxelles. On arrive à parler beaucoup. C'est donc plus facile car on vit les mêmes choses au quotidien. Mais, on essaye de ne pas trop en parler car on est déjà beaucoup au boulot donc, si on en parle encore à domicile, c'est vraiment la galère... ».

7. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre femme/votre mari, vos enfants) ?

« Oui. Au début surtout. Mes amis ne comprennent pas trop mon choix car ils avaient reçu des amendes et donc, ils nous mettaient tous dans le même panier. D'autres étaient là par profit (faire sauter les procès-verbaux, je dirai ton nom quand je me ferai arrêté, etc.).

Sur mon couple, cela a eu aussi des répercussions. Le fait que je sois dans un milieu d'hommes, cela joue sur le couple parce que mon copain est jaloux ».

8. A la suite d'un évènement qui vous a bouleversé, avez-vous remis votre choix de carrière en question ?

« Oui ».

8.1. Comment avez-vous fait pour poursuivre votre profession ?

« Parce que la justice et les magistrats ne suivent pas notre travail. J'ai parfois la sensation que je travaille pour rien et que je suis inutile. Mais après, je me dis que parfois le travail paie quand j'ai eu des gros dossiers, et donc, c'est valorisant et ça m'a permis de poursuivre ma profession. Aider les personnes et avoir un « merci » nous motive. Avoir une certaine reconnaissance des autres aide à avancer ».

9. Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre quotidien professionnel ?

« Avoir des poursuites de la part de la justice. Avoir de la reconnaissance des magistrats pour enfin avoir le sentiment que notre travail est pris en compte et que nous ne faisons pas cela pour rien ».

ANNEXE n°3 : LA LETTRE ADRESSEE AUX VOLONTAIRES

Chère Madame,
Cher Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en Master 2 (cinquième année) en psychologie clinique à l'Université de Liège.

Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire sur les traumatismes psychologiques secondaires et/ou vicariants au sein de la population des policiers. Mon travail consiste à proposer quatre questionnaires validés par la littérature. Ceux-ci s'intitulent comme suit :

1. L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS)
2. La Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)
3. La Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL)
4. La Ways of Coping Checklist (WCC)

L'objectif de cette passation de questionnaires est de réaliser des statistiques. La partie de cette étude se veut ainsi quantitative.

Pour participer à l'étude, il faut impérativement que vous soyez **des professionnels du terrain.**

Parmi tous les participants, je souhaiterais en rencontrer **dix d'entre vous, plus précisément, cinq femmes et cinq hommes** pour un entretien semi-structuré qui a pour objectif de mener une discussion plus approfondie quant à votre vécu et à votre ressenti. La durée de cet entretien devrait être d'environ une heure. Cette partie se veut ainsi qualitative par rapport au recueil des données. Au vu du contexte particulier lié au coronavirus, cette rencontre aura lieu par l'outil informatique « skype » ou par voie téléphonique.

Si vous ressentez un inconfort lors la recherche, vous avez la possibilité d'être redirigé(e) vers le Service de Psychotraumatismes de l'Université de Liège.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourraient être conservées et traitées de façon statistique.

Aucun enregistrement vidéo et/ou audio aura lieu lors des entretiens et de la complétion des questionnaires.

Les données récoltées seront uniquement transmises à l'Université de Liège à des fins de recherche, et leur caractère anonyme et confidentiel vous sera assuré. Vos données personnelles seront conservées au plus tard jusqu'au 20 septembre 2020, date maximale de la fin du mémoire, après quoi elles seront détruites. Vous êtes libre dans le choix des données que vous souhaitez fournir.

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus **stricte confidentialité** et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données

récoltées. Toutes les données acquises dans le cadre de cette étude seront traitées de façon anonyme¹.

Votre chef de corps est informé qu'une recherche a lieu au sein de votre commissariat. Néanmoins, il ne recevra aucune information sur qui décidera de participer à la recherche. Les données que vous me fournirez seront confidentielles et seule, ma promotrice, Madame Blavier et moi-même auront accès à ces données.

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous pouvez me contacter au 0496/36.70.53 ou via mon adresse email barbaradabin@outlook.com. Je reste disponible pour de plus amples informations si vous le souhaitez jusqu'au 1^{er} mai 2020.

Une fois les questionnaires remplis, vous pouvez me les renvoyer :

- Soit, via mon adresse mail : barbaradabin@outlook.com
- Soit, via ce numéro de FAX : 04/366.05.22

Ainsi, le caractère confidentiel des données sera assuré !

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et du temps que vous accepterez de consacrer à cette étude qui sera l'aboutissement indispensable de mes années universitaires.

Veuillez croire, Chère Madame, Cher Monsieur, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux, dévoués et reconnaissants.

Barbara Dabin

¹ L'anonymisation des données consiste à empêcher de faire un lien entre la personne ou l'entité qui a participé à l'étude et les données recueillies. Une première étape consiste à effacer le nom du fichier de données et à attribuer un code (tel que par exemple le numéro d'inclusion dans l'étude) ou un pseudonyme aux données. Ce code ou ce pseudonyme sera connu seulement de l'expérimentateur et du promoteur. Si une clé de décodage doit être conservée, elle doit se trouver dans un fichier et répertoire différent de celui où sont stockées les données recueillies, et doit être cryptée.

ANNEXE n°4 : LA LETTRE ADRESSEE AUX CHEFS DE CORPS

Chère Madame,
Cher Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en Master 2 (cinquième année) en psychologie clinique à l'Université de Liège.

Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire sur les traumatismes psychologiques secondaires et/ou vicariants au sein de la population des policiers.

L'objectif de ce mémoire sera ainsi d'approcher en profondeur le vécu des policiers présentant un traumatisme secondaire ou vicariant. Plus précisément, nous tenterons d'aborder un lien éventuel entre l'alexithymie, c'est-à-dire, l'incapacité à verbaliser et à décrire le ressenti émotionnel, et le traumatisme chez le policier. Nous tenterons de comprendre pourquoi au sein d'une même équipe, certains individus risquent de développer un traumatisme vicariant et d'autres non. A cette fin, nous nous intéressons particulièrement au risque potentiel que représente l'alexithymie sur le développement d'un traumatisme vicariant.

Aucun enregistrement vidéo et/ou audio n'aura lieu lors des entretiens en visioconférence.

Les données récoltées seront uniquement transmises à l'Université de Liège à des fins de recherche, et leur caractère anonyme et confidentiel sera assuré. Les données personnelles seront conservées au plus tard jusqu'au 20 septembre 2020, date maximale de la fin du mémoire, après quoi elles seront détruites. Le policier est libre dans le choix des données qu'il souhaite nous fournir.

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Toutes les données acquises dans le cadre de cette étude seront traitées de façon anonyme². Les données que le policier me fournira seront confidentielles et seule, ma promotrice, Madame Blavier et moi-même auront accès à ces données.

Si un policier ressent un inconfort lors la recherche, il/elle aura la possibilité d'être redirigé(e) vers le Service de Psychotraumatismes de l'Université de Liège.

Si le policier change d'avis et décide de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires le concernant et les données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

² L'anonymisation des données consiste à empêcher de faire un lien entre la personne ou l'entité qui a participé à l'étude et les données recueillies. Une première étape consiste à effacer le nom du fichier de données et à attribuer un code (tel que par exemple le numéro d'inclusion dans l'étude) ou un pseudonyme aux données. Ce code ou ce pseudonyme sera connu seulement de l'expérimentateur et du promoteur. Si une clé de décodage doit être conservée, elle doit se trouver dans un fichier et répertoire différent de celui où sont stockées les données recueillies, et doit être cryptée.

Le policier n'est pas dans l'obligation de vous transmettre son accord pour participer à cette recherche. Il/elle peut me contacter directement au 0496/36.70.53 ou via mon adresse email barbaradabin@outlook.com pour de plus amples informations.

Par cette lettre, je souhaite vous demander votre autorisation pour accéder à votre effectif d'hommes au sein de votre commissariat afin de réaliser cette étude.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et du temps que vous accepterez de consacrer à cette étude qui sera l'aboutissement indispensable de mes années universitaires.

Veuillez croire, Chère Madame, Cher Monsieur, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux, dévoués et reconnaissants.

Barbara Dabin