

## **Le traumatisme vicariant chez les agents de la Protection Civile belge dans le contexte des inondations de juillet 2021.**

**Auteur :** Bellini, Nikita

**Promoteur(s) :** Blavier, Adelaide

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

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

**Année académique :** 2021-2022

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/14314>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

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

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

---



*Faculté de  
Psychologie et des  
Sciences de l'Éducation*

# Le traumatisme vicariant chez les agents de la Protection Civile belge dans le contexte des inondations de juillet 2021

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

Présenté par Nikita BELLINI

**Promotrice :** Madame Adélaïde BLAVIER

**Supervision :** Madame Laetitia DI PIAZZA

**Lecteurs :** Monsieur Erik DE SOIR et Madame Mireille MONVILLE

Année académique 2021-2022



## REMERCIEMENTS

*Tout d'abord, je tiens à grandement remercier ma superviseuse, Madame Laetitia Di Piazza, pour ses nombreux conseils et tout ce temps qu'elle a pu dégager afin d'assurer le bon déroulement de ce mémoire. Elle a pu m'encourager et me guider à travers mes questionnements et doutes durant ces deux années. Je remercie ensuite Madame Adelaïde Blavier, ma promotrice, pour avoir suivi l'évolution de ce mémoire et la progression de mes idées.*

*Merci également à Madame Mireille Monville et Monsieur Erik De Soir pour leur intérêt porté à ce mémoire et pour avoir accepté d'en être les lectures.*

*Je remercie surtout les agents de la Protection Civile pour leur participation et le temps qu'ils ont pu dégager durant leur travail. Merci particulièrement au Commandant Vinassa et au Colonel Tuts pour m'avoir reçue et aidée à rendre possible ce mémoire.*

*Un grand merci à mes collègues de mémoire, Lara et Zoé. Nos nombreuses heures de travail, nos multiples appels tardifs, nos partages d'idées ainsi que nos encouragements ont été d'une aide précieuse durant cette dernière année.*

*Merci à ma famille, et surtout mes parents, qui m'ont apporté la détermination et la persévérance indispensable à l'aboutissement de ce cursus. Je tiens particulièrement à remercier mes sœurs, Helena et Sarah, pour leur énergie bienveillante, leur joie de vivre et leur capacité à me remonter le moral même dans les moments les plus sombres de ce parcours universitaire.*

*Un énorme merci à mes amis. Mes partenaires montois, Alexandre, Luana, Marie, Flavia et Emeline ont rendu l'aventure de psychologie amusante, passionnante et riche d'émotions. Chacun d'entre eux a joué un rôle clé dans ce parcours, m'apportant soutien, écoute, conseil et réflexion. Également merci à ma seconde famille, Nicola, Gilles, Lucas, Sara, Théo et Tzijian, qui m'ont accompagné de tout leur amour et humour, peu importe la distance.*

*Je tiens à remercier tout particulièrement mon pilier de vie, Olivier, pour toute l'acception et la patience dont il a fait preuve, mais aussi pour sa relecture, son écoute attentive, son soutien, son amour et surtout la ressource qu'il a représentée tout au long de mes études.*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>5</b>
<b>1. CATASTROPHES NATURELLES .....</b>	<b>5</b>
1.1. INONDATIONS DE JUILLET 2021 .....	5
1.2. DEFINITION.....	5
1.3. CONSÉQUENCES .....	6
1.4. INTERVENTION .....	6
1.5. RÉSUMÉ .....	7
<b>2. PROTECTION CIVILE .....</b>	<b>7</b>
2.1. MISSIONS.....	7
2.2. DANS LE CONTEXTE DES INONDATIONS .....	8
2.3. CONSÉQUENCES DES INONDATIONS .....	9
2.4. RÉSUMÉ .....	10
<b>3. TRAUMATISME .....</b>	<b>10</b>
3.1. L'ÉVÉNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT.....	10
3.2. SYMPTOMATOLOGIE.....	11
3.2.1 3 étapes.....	11
3.2.2. Définition du TSPT .....	13
3.2.3. Conséquences du TSPT .....	14
3.3. CLASSIFICATION DU TRAUMATISME .....	14
3.4. RÉSUMÉ .....	15
<b>4. LE TRAUMATISME CHEZ LE PROFESSIONNEL .....</b>	<b>16</b>
4.1. SITUATIONS PATHOLOGIQUES .....	16
4.1.1. Burn out .....	16
4.1.2. Fatigue de compassion .....	17
4.1.3. Stress traumatique secondaire .....	18
4.1.4. Traumatisme vicariant.....	18
4.2. SYMPTOMATOLOGIE DU TRAUMATISME VICARIANT .....	20
4.2.1. Symptômes spécifiques.....	21
4.3. EFFETS POSITIFS .....	21
4.4. CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNELS.....	22
4.5. RÉSUMÉ .....	24
<b>5. FACTEURS DE RISQUE DU TRAUMATISME VICARIANT .....</b>	<b>25</b>
5.1. FACTEURS INDIVIDUELS .....	25
5.1.1. Âge .....	25
5.1.2. Genre .....	25
5.1.3. Antécédents de traumatismes.....	26
5.1.4. Stratégie de coping.....	26
5.1.5. Empathie .....	26
5.2. FACTEURS ORGANISATIONNELS ET SITUATIONNELS.....	27
5.2.1. Exposition à l'événement.....	27
5.2.2. Événement exceptionnel .....	27
5.2.3. Statut de l'emploi .....	28
5.3. RÉSUMÉ .....	28

<b>6. FACTEURS DE PROTECTION DU TRAUMATISME VICARIANT .....</b>	<b>28</b>
6.1. SOUTIEN SOCIAL.....	29
6.2. SATISFACTION PROFESSIONNELLE .....	29
6.3. RÉSILIENCE .....	29
6.4. FACTEURS ORGANISATIONNELS.....	29
6.5. RÉSUMÉ.....	30
<b>7. SATISFACTION PROFESSIONNELLE .....</b>	<b>30</b>
7.1. DÉFINITION.....	30
7.2. SATISFACTION PROFESSIONNELLE ET TRAUMATISME VICARIANT.....	31
7.3. SATISFACTION PROFESSIONNELLE ET PROTECTION CIVILE.....	31
7.4. RÉSUMÉ.....	32
<b>8. COPING .....</b>	<b>32</b>
8.1. DÉFINITION.....	32
8.2. TYPES DE COPING .....	33
8.3. COPING ET TRAUMATISME VICARIANT.....	34
8.3.1. Coping et Protection Civile.....	35
8.4. RÉSUMÉ.....	36
<b>9. RÉSILIENCE .....</b>	<b>36</b>
9.1. DÉFINITION.....	36
9.2. RÉSILIENCE ET TRAUMATISME VICARIANT .....	37
9.3. RÉSUMÉ.....	38

## **PARTIE EMPIRIQUE .....**

<b>1. OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>39</b>
<b>2. HYPOTHÈSES.....</b>	<b>40</b>
2.1. PREMIÈRE HYPOTHÈSE .....	40
2.2. DEUXIÈME HYPOTHÈSE .....	40
2.3. TROISIÈME HYPOTHÈSE.....	41
2.4. QUATRIÈME HYPOTHÈSE .....	42
2.5. CINQUIÈME HYPOTHÈSE .....	42
<b>3. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>43</b>
3.1. RECRUTEMENT .....	43
3.2. OUTILS ET MESURES.....	44
3.2.1. Données socio-démographiques .....	44
3.2.2. Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride & al., 2004) .....	45
3.2.3. Professional Quality Of Life (ProQOL ; Stamm, 2010) .....	46
3.2.4. Ways of Coping Checklist (WCC ; Cousson & al., 1996).....	48
3.2.5. Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003).....	49
3.3. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	50

## **PARTIE RÉSULTATS.....**

<b>1. ÉCHANTILLON.....</b>	<b>51</b>
<b>2. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ÉCHANTILLON .....</b>	<b>51</b>
<b>3. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES ÉCHELLES.....</b>	<b>52</b>
<b>4. NORMALITÉ DES VARIABLES .....</b>	<b>54</b>
<b>5. RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE 1.....</b>	<b>54</b>
<b>6. RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE 2.....</b>	<b>56</b>
<b>7. RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE 3.....</b>	<b>57</b>
<b>8. RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE 4.....</b>	<b>57</b>
<b>9. RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE 5.....</b>	<b>59</b>

<b>PARTIE DISCUSSION.....</b>	<b>61</b>
1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET TRAUMATISME .....	61
2. SATISFACTION PROFESSIONNELLE ET TRAUMATISME.....	63
3. FONCTION ET TRAUMATISME .....	64
4. RÉSILIENCE ET TRAUMATISME.....	66
5. STRATÉGIES DE COPING ET TRAUMATISME.....	67
6. PROFESSION ET TRAUMATISME .....	69
7. STSS .....	70
7.1. ÉVALUATION DE L'ÉVÉNEMENT.....	70
7.2. ACCUMULATION D'EXPOSITION AUX VÉCUS TRAUMATIQUES.....	71
7.3. PRÉPARATION.....	71
7.4. DEBRIEFING.....	72
8. PERSPECTIVES .....	72
9. LIMITES .....	74
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>89</b>
1. ANNEXE 1 : LETTRE D'INFORMATIONS.....	89
2. ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE .....	92
3. ANNEXE 3 : TABLEAU DE FRÉQUENCE STSS .....	94
4. ANNEXE 4 : TABLEAUX DE FRÉQUENCE PROQOL .....	94
5. ANNEXE 5 : RÉGRESSIONS MULTIPLES.....	95
6. ANNEXE 6 : TABLEAU DE FRÉQUENCE INTERVENTION.....	95
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>96</b>

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Normes françaises de la WCC (Cousson & al., 1996)

Tableau 2 : Statistiques descriptives de la STSS et de la ProQOL

Tableau 3 : Statistiques descriptives de la WCC et de la CD-RISC

Tableau 4 : Test de Shapiro-Wilk des variables STSS, Années d'expérience, ProQOL, CD-RISC et WCC

Tableau 5 : Test ANOVA double croisé pour la variable traumatisme vicariant (STSS) selon le fait d'avoir été personnellement impacté par les inondations (Inonde) et la parentalité (Enfants)

Tableau 6 : Matrice de corrélations de Spearman entre le traumatisme vicariant (ProQOL), la satisfaction professionnelle (ProQOL) et l'expérience

Tableau 7 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la ProQOL et la satisfaction de compassion de la ProQOL et l'expérience

Tableau 8 : Matrice de corrélations de Spearman entre le traumatisme vicariant (STSS), la résilience (CD-RISC) et le coping (WCC)

Tableau 9 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la STSS et résilience de la CD-RISC et des stratégies de coping centrées sur l'émotion de la WCC

Tableau 10 : Test de Kruskal-Wallis pour la variable traumatisme vicariant (STSS) selon la profession

Tableau 11 : Test ANOVA double croisé pour la variable traumatisme vicariant (STSS) selon la profession et le statut civil (le fait d'être seul ou non)

Tableau 12 : Dispersion des données pour la variable satisfaction de compassion de la ProQOL

Tableau 13 : Dispersion des données pour la variable épuisement professionnel de la ProQOL

Tableau 14 : Dispersion des données pour la variable traumatisme vicariant de la ProQOL

Tableau 15 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la STSS et résilience de la CD-RISC et des stratégies de coping centrées sur le problème de la WCC

Tableau 16 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la STSS et résilience de la CD-RISC et des stratégies de coping centrées sur le soutien de la WCC

Tableau 17 : Dispersion des données pour la variable Moment d'intervention du questionnaire socio-démographique



## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Score moyens de traumatisme vicariant (STSS) selon le fait d’avoir été impacté personnellement ou que des proches l’aient été par les inondations (Inonde)

Figure 2 : Score moyens de traumatisme vicariant (STSS) selon la parentalité (Enfants)

Figure 3 : Score moyens de traumatisme vicariant (STSS) selon le statut civil (seul ou non)

# INTRODUCTION

L'événement traumatisant qu'ont représenté les inondations de juillet 2021 en Belgique a laissé un impact important dans l'histoire nationale. En effet, le pays a été touché par de nombreuses pertes humaines, matérielles, mobilières et psychologiques sévères (Zeimetz & al., 2021). Le traumatisme est un des troubles les plus à risque d'apparaître à la suite d'un tel événement au sein des sinistrés (Pennington & al., 2018). Ces conséquences ont amené notamment la mobilisation d'intervenants de première ligne comme les pompiers, les agents du SMUR et la Protection Civile. Le travail avec les victimes de traumatismes n'est pas négligeable puisqu'il implique différents enjeux psychologiques pour ces intervenants avec le risque de développer un traumatisme indirect, dit vicariant (Motreff & al., 2020).

Le traumatisme vicariant est un syndrome qui est présent dans la littérature depuis de nombreuses années. Josse (2007) explique qu'il s'agit des bouleversements indirects chez le professionnel qui surviennent en raison de l'exposition répétée au vécu des victimes de traumatismes. En effet, les intervenants sont confrontés à des situations leur faisant ressentir des émotions intenses lorsqu'ils travaillent auprès de personnes en détresse, les amenant à ressentir de la souffrance. Ce type de traumatisme peut survenir auprès de n'importe quel professionnel pour autant que ce dernier travaille avec des victimes de traumatismes (Bouvier, 2019). Des études se sont déjà intéressées au traumatisme vicariant au sein des pompiers, policiers et services d'urgence et ambulanciers, mais très peu voire aucune n'a déjà investigué ce qui se jouait au sein de la Protection Civile belge.

Ce mémoire s'inscrit dans un contexte de recherche plus large qui vise à investiguer le vécu de trois populations en ce qui concerne les inondations de juillet 2021 : celui des agents de la Protection Civile, celui des sapeurs-pompiers et celui des intervenants du SMUR. Cette présente recherche se focalisera alors sur ce qui influence le développement d'un traumatisme vicariant chez les agents de la Protection Civile dans le cadre des inondations de juillet 2021. Les motivations de ce mémoire reposent sur les lacunes de la littérature à propos de cette population. Pourtant, ces agents interviennent en situation d'urgence sur l'ensemble du territoire ce qui ajoute une dimension de risque au développement d'un traumatisme vicariant (Shakespeare-Finch & al., 2019 ; Geronazzo-Almana & al., 2017). En effet, leurs missions s'inscrivent dans un but de préservation de l'environnement et des vies lors de catastrophes.

De plus, certains facteurs influencent le développement d'un traumatisme vicariant. Nous avons décidé d'investiguer le niveau de satisfaction professionnelle, le style de coping et la résilience qui sont des concepts clé dans l'émergence et le maintien d'un traumatisme. La satisfaction professionnelle est primordiale à investiguer puisque nous étudions le traumatisme dans le milieu professionnel. Ensuite, le coping semble jouer un rôle soit de protection soit de risque de traumatisme en fonction du type de coping utilisé. D'ailleurs, les stratégies de coping n'ont pas la même efficacité en termes de traumatisme selon la profession (Lee & al., 2018) ce qui implique des spécificités individuelles. Quant à elle, la résilience vient nuancer la trajectoire traumatique puisqu'il s'agit d'un concept relatif au rétablissement du traumatisme (McCubbin, 2001). Pourtant, au sein de la Protection Civile, aucune donnée concernant ces facteurs n'est disponible ce qui accentue l'intérêt de cette recherche.

Nous débuterons ce mémoire par une revue de la littérature à propos des catastrophes naturelles et de la Protection Civile avant d'investiguer le traumatisme. Nous y aborderons le traumatisme primaire, les différentes situations pathologiques chez les professionnels, le traumatisme vicariant au niveau de sa symptomatologie, ses conséquences et ses facteurs de risque et de protection. La satisfaction professionnelle, le coping et la résilience seront davantage explicités. Nous tenterons alors de répondre à cette question : « Quels sont les facteurs psychologiques influençant le développement d'un traumatisme vicariant chez les agents de la Protection Civile belge dans le cadre de leur intervention dans les inondations de juillet 2021 ? ». Les hypothèses suivront et la méthodologie sera ensuite exposée. La Secondary Traumatic Stress Scale (STSS ; Bride & al., 2004) nous permettra d'identifier le niveau de risque de traumatisme vicariant, la Professional Quality Of Life (ProQOL ; Stamm, 2010) évaluera la notion de satisfaction professionnelle et de traumatisme vicariant, la Ways of Coping Checklist (WCC ; Cousson & al., 1996) déterminera la stratégie de coping préférentielle alors que la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003) nous renseignera sur le niveau de résilience des agents. Nous continuerons par l'énonciation des résultats avant d'entamer notre discussion incluant les limites et perspectives de ce mémoire et de conclure.

# **PARTIE THÉORIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

## **1. Catastrophes naturelles**

### **1.1. Inondations de juillet 2021**

Du 13 au 17 juillet 2021, la Belgique a été touchée par d'importantes précipitations causant des inondations sur plusieurs zones du territoire. Namur et Liège sont les provinces qui ont le plus été touchées par cette catastrophe naturelle. Entre 80 000 et 100 000 personnes ont été impacté et près de 45 000 habitations ont été sinistré par ces intempéries. Le rapport de synthèse rédigé par Zeimetz et collaborateurs (2021) apportent des précisions à cet événement. D'abord, un premier pic alarmant de précipitations a été détecté le 13 juillet 2021 en soirée. Deux autres pics suivront endéans les 72 h. L'important volume d'eau tombé sur le territoire a ainsi engendré des inondations jusqu'au 17 juillet 2021. Même si la différence se situe à quelques heures près, il est à noter que les pics de précipitations n'ont pas eu lieu au même moment dans les différentes zones. Ensuite, la crue – la montée des eaux – s'est produite très rapidement. Les sinistrés mettent en avant deux temps à cette crue : une première crue très rapide suivie d'une période de latence ou de faible décrue et enfin, une seconde rapide montée des eaux. Une telle intensité de pluie sur une si grande surface fait entrer cet événement dans l'histoire de la Belgique. En effet, une catastrophe de cette ampleur semble ne jamais avoir été observée au sein de l'histoire nationale.

### **1.2. Définition**

Une catastrophe est définie par United Nations International Strategy for Disaster Reduction (2004) comme étant un fonctionnement perturbé d'une communauté qui entraîne des dommages humains, matériaux, économiques ou environnementaux dépassant alors les ressources accessibles de cette même communauté. Plus précisément, Noto et Larcan (1987) annoncent qu'une inondation est une situation extrême dans laquelle un événement soudain et brutal cause de nombreuses victimes et beaucoup de dégâts matériels. Il est également observé une difficulté dans l'organisation sociale et dans les ressources dont disposent les services de secours.

### **1.3. Conséquences**

Les conséquences des catastrophes naturelles sont multiples et varient selon le type de celles-ci. En effet, les impacts se manifestent par des pertes financières et économiques importantes pour le pays (Yang & Bae, 2022). Les dégâts matériels ne sont pas à négliger : destruction de logement, canalisations dégradées, etc. Les effets peuvent aussi concerner l'individu en lui-même, comme le mettent en avant Weiss et collaborateurs (2008). D'un point de vue physique, il existe un risque de manifester des atteintes somatiques à la suite d'une catastrophe naturelle. Au niveau psychologique, les inondations ont la particularité de modifier, à long terme, les habitudes et pratiques des sinistrés tant au niveau professionnel, social que quotidien. À ce niveau, Pennington et collaborateurs (2018) démontrent que la dépression et le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) sont les troubles les plus souvent rencontrés par les victimes de catastrophes naturelles. Yang et Bae (2022) rejoignent ce constat et ajoutent que ces catastrophes engendrent l'apparition d'idées suicidaires et d'alcoolisme. À côté des conséquences individuelles, Colbeau-Justin et Mauriol (2004) observent d'une part un renforcement des valeurs sociales grâce à des comportements altruistes dans un objectif d'aide (Drabek & Key, 1984) et, d'autre part, une possible perte de cette solidarité dans la communauté notamment en raison de l'éloignement causé par le sinistre (Kaniasty & Norris, 1993). Les effets d'une catastrophe naturelle sont en ce sens d'une complexité palpable.

### **1.4. Intervention**

En raison des dégâts matériels occasionnés, du nombre important de personnes touchées et des risques vitaux que représentent les inondations, l'intervention de professionnels est essentielle. En 2001, Maltais et collaborateurs expliquent la diversité et le nombre plus ou moins important de personnes mobilisées pour faire face à une catastrophe naturelle. Ainsi, les éléments contextuels, situationnels, géographiques, professionnels, etc. déterminent les modalités d'intervention. Les auteurs mettent aussi en évidence que les qualifications des intervenants diffèrent entre eux. En effet, ils distinguent les intervenants professionnels des intervenants bénévoles. Néanmoins, l'urgence de la situation implique que les intervenants de première ligne soient mobilisés qu'ils soient professionnels, bénévoles, apprentis ou autre. La catastrophe nécessite l'intervention de tous ceux se rendant disponibles pour répondre aux besoins exprimés par les sinistrés, les blessés et/ou les personnes en danger (Raphael & al., 1980).

Counson et collaborateurs (2019) définissent les intervenants de première ligne comme étant les personnes qui, en situation de crise ou d'urgence, portent assistance et protègent une communauté. Elle comprend les services pompiers, policiers et ambulanciers. Klimley et collaborateurs (2018) leur attribuent la particularité d'être au premier rang de l'intervention. En d'autres termes, les intervenants de première ligne ont pour fonction d'agir dans l'urgence et de protéger les biens, les vies, les preuves et l'environnement (Homeland Security Act, 2002).

### **1.5. Résumé**

Pour résumer, en raison des inondations de juillet 2021, la Belgique a connu une désorganisation et de nombreux dommages. Les conséquences d'une catastrophe naturelle touchent un certain nombre de sphères : individuelle, matérielle, économique, environnementale, etc. Les inondations mènent potentiellement au développement de certains troubles psychologiques dont le TSPT chez les sinistrés. Les dommages matériels et humains occasionnés nécessitent l'intervention de professionnels, et volontaires, de première ligne dans un but de préservation et de protection de la société.

## **2. Protection Civile**

### **2.1. Missions**

La Protection Civile belge peut alors être considérée comme étant un groupe faisant partie des intervenants de première ligne. En effet, le site officiel<sup>1</sup> nous informe de ses fonctions, missions et interventions. Les agents de la protection civile sont sollicités par l'État fédéral lors de catastrophes pour protéger les civils. Elle dépend de la Direction générale Sécurité civile du Service Public Fédéral Intérieur et est donc sollicitée par les autorités fédérales, ou par un service de secours, tels que le ministre de l'Intérieur, un bourgmestre, un gouverneur, la police ou les pompiers. En d'autres termes, il n'est pas question d'une demande venant d'un particulier. Elle comprend plusieurs professions, mais ses agents se différencient des professionnels pompiers, policiers, scientifiques ou d'autres encore au sens où elle possède du matériel davantage perfectionné que les autres n'ont pas. Aujourd'hui, il ne

---

<sup>1</sup> <https://www.civieleveiligheid.be/fr/>

reste plus que deux casernes actives en Belgique pour l'ensemble du territoire : Crisnée et Brasschaat.

La Protection Civile se compose de trois clusters. Le cluster « Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) » prend en charge les accidents impliquant des substances dangereuses, qu'elles soient chimiques, radiologiques, biologiques ou nucléaires. Le cluster « Search And Rescue (SAR) » s'engage dans le sauvetage des personnes disparues, incarcérées ou autres. Le troisième et dernier cluster comprend le « Heavy Technical Deployment (HTD) » et le « Incident & Crisis Management (ICM) ». Le HTD intervient davantage lors d'inondation importante, d'extinction de feux complexes, de pannes électriques, etc. Ce cluster vient aussi en assistance à d'autres interventions. Enfin, l'ICM s'implique dans la communication de l'information et dans la coordination des services engagés. Bien que chaque cluster possède sa spécialité, plusieurs clusters peuvent être mobilisés pour une même intervention. Au sein de ces différents clusters, professionnels et volontaires agissent vers cet objectif de protection de la population. Les volontaires sont plutôt appelés dans le cadre de renforcement au dispositif actif.

Notre rencontre avec le responsable d'un des détachements nous a permis d'éclairer le fonctionnement de la Protection Civile de Crisnée. En effet, cette zone est composée de trois détachements, chacun comportant les trois clusters. En plus de ces détachements, une équipe forme le dispatching et gère les tâches administratives, le service relatif aux magasins, garage et autres et l'aide fournie par des groupes spécialisés comme les plongeurs, les drones, etc. Chaque détachement est managé par un(e) commandant(e) alors qu'un colonel supervise l'ensemble de ces détachements. Il existe aussi un responsable pour chaque cluster.

## **2.2. Dans le contexte des inondations**

Dans le contexte des inondations de juillet 2021, les agents ainsi que les volontaires des deux unités opérationnelles de la Protection Civile sont intervenus dans plusieurs régions du territoire belge afin de renforcer les services de secours. Ainsi, le personnel mobilisé a pu aider notamment à colmater des digues, pomper les eaux boueuses, remplir des sacs de sable et sauver les personnes (notamment grâce à l'équipe Flood Rescue Using Boats, FRUB). Les agents sont aussi intervenus dans l'identification des victimes. En effet, durant la catastrophe naturelle, les garages de la Protection Civile de Crisnée ont accueilli une équipe médico-légale. Les agents ont donc eu pour mission de sortir les corps de l'eau et de les amener dans

cette infrastructure. Ils ont également dû accompagner les familles dans le processus d'identification des personnes ayant perdu la vie. Enfin, le dispatching qui ne reçoit habituellement des appels que des services fédéraux ou de secours, a reçu une vague d'appels de civils à gérer. En effet, le réseau étant saturé, les personnes en danger ont appelé les services de secours disponibles afin d'avoir des informations sur la situation et de tenter de survivre.

### **2.3. Conséquences des inondations**

Bien que les études citées ci-dessous concernent les conséquences sur la population sinistrée, les intervenants ne sont pas à l'abri de développer certaines conséquences, à court ou long terme, de cette exposition secondaire voire tertiaire à la catastrophe naturelle. En effet, parmi les intervenants de première ligne, Pennington et collaborateurs (2018) citent notamment les pompiers comme étant davantage sujets à intervenir lors d'événements potentiellement traumatisants. L'essence même de leur profession les rend ainsi plus vulnérables à l'apparition de trouble anxieux et de trouble de stress traumatique que la population générale. Maltais et collaborateurs (2001) rapportent également ce constat en le généralisant à l'ensemble des intervenants confrontés à des situations traumatiques, il n'est donc pas insensé d'envisager ces conséquences au sein de la Protection civile. Ces auteurs ajoutent dans un même temps les différentes sphères impactées par de telles situations :

- Selon Lamontagne (1983, cité par Maltais & al., 2001), la sphère émotionnelle est placée au centre des préoccupations au vu du niveau élevé d'anxiété observé. L'auteure informe aussi du possible ressenti d'émotions relatives, dans un premier temps, à la surprise et, ensuite, à la peur ou à des émotions complexes telles que l'impuissance ou la vulnérabilité. Maltais et collaborateurs (2001) constatent que l'exposition aux lourdes émotions des victimes accentue en quelque sorte leur propre sentiment de vulnérabilité et leurs difficultés émotionnelles à être en lien avec les sinistrés.
- La sphère interrelationnelle est impactée tant au niveau sexuel, intime, social, familial que professionnel (Shepherd & Hodgkinson, 1990).
- La sphère comportementale se voit aussi perturbée par l'usage inapproprié de substances, ou par des symptômes dépressifs.



En 2012, Van Heugten met en évidence notamment le besoin d’avoir la certitude que sa propre famille, potentiellement impactée par la catastrophe naturelle, est à l’abri. Finalement, ce qui ressort principalement des études est le risque de développer des symptômes post-traumatiques (et plus précisément un traumatisme vicariant) en raison de l’intervention auprès de personnes potentiellement traumatisées lors d’une catastrophe naturelle (Pennington & al., 2008 ; Maltais & al., 2001 ; Van Heugten, 2012 ; Chen & al., 2020).

## **2.4. Résumé**

En résumé, la Protection Civile belge est un service de secours spécialisé possédant du matériel spécifique. Elle intervient en renfort à d’autres services dans le but de protéger les civils, c’est en cela qu’elle peut être considérée comme un service de première ligne. Dans le contexte des inondations, ses agents professionnels et volontaires sont intervenus afin de sécuriser les lieux, secourir les sinistrés et accompagner les familles dans leur perte. Ces interventions lors de situations traumatiques entraînent des conséquences émotionnelles, interrelationnelles et comportementales. Ces intervenants sont également à risque de développer un traumatisme vicariant.

# **3. Traumatisme**

## **3.1. L’événement potentiellement traumatisant**

Une catastrophe naturelle représente un événement potentiellement traumatisant (Chen & al., 2020) qui peut engendrer chez l’individu qui y est confronté des conséquences aux niveaux physique et mental (Yang & Bae, 2022). Le risque le plus important de travailler avec des victimes de traumatismes pour les professionnels est sans aucun doute le développement d’un traumatisme vicariant (Bouvier, 2019). Mais avant d’approfondir cette notion, la question du traumatisme primaire nécessite quelques explications.

Un traumatisme naît d’un événement traumatisant. Il s’agit principalement du sens et de la réaction que l’on donne à l’événement qui fait que ce dernier devient traumatisant (Klinic Community Health Center [KCHC], 2013). Pour parler de traumatisme, il faut que l’événement qui en est responsable soit imprévu, que la victime soit prise au dépourvu et qu’il soit impossible pour elle d’empêcher la survenue de cet événement (KCHC, 2013). De Soir

(2003) explique que pour qu'un événement soit traumatisant, la vie d'un individu doit être menacée par des expériences objectives (risque de mort lors d'une inondation, par exemple) ou subjectives (l'interprétation que l'individu donne à l'événement, son ressenti). Les sentiments ressentis durant cet événement sont de l'ordre de l'envahissement, l'effroi, la pétrification, l'horreur ou l'impuissance. De plus, l'individu ressent une perte de son sentiment d'intégrité personnelle et subit une rupture dans les croyances qu'il possédait, jusque-là, du monde.

Le traumatisme est ainsi une véritable agression qui déséquilibre le fonctionnement psychologique et/ou physique et/ou cognitif de la personne qui en fait l'expérience. La confrontation à la mort, par la menace à l'intégrité psychique ou physique de l'individu, est la notion centrale lors d'un événement traumatique et peut mener à un débordement des protections du psychisme et à une effraction de celui-ci (Crocq, 1999). L'événement dépasse les ressources et capacités de faire face de l'individu (Josse, 2007 ; De Soir, 2003).

Toutefois, De Soir (2003) met en avant l'importance de l'interprétation subjective et individuelle dans l'apparition d'un traumatisme. En effet, la complexité d'un traumatisme réside dans le fait que toutes les personnes n'y réagissent pas de la même manière ni selon la même temporalité. Lorsque deux personnes vivent un même événement potentiellement traumatisant, l'une pourrait développer un traumatisme alors que l'autre non. De même, ce traumatisme pourrait se déclarer à un certain moment chez une personne et à un tout autre moment chez une autre. Ainsi, des forces et faiblesses spécifiques à chaque individu joueront un rôle important dans l'évolution du vécu traumatique (Lachal, 2007).

### **3.2. Symptomatologie**

#### ***3.2.1 3 étapes***

Il est possible de développer un Trouble du Stress Aigu (TSA) ou un Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT) suite à un événement traumatisant, une inondation par exemple. De Soir (2003) met en évidence les différentes étapes par lesquelles la plupart des individus subissant un traumatisme passent. Ces étapes permettent d'apporter un éclairage sur la manière dont le traumatisme est assimilé, accommodé et traité à travers le temps.

La première étape est celle du traumatisme aigu (TSA). Juste après la survenue de l'événement traumatisant, les personnes expérimentent un mélange d'émotions/sentiments

avec notamment l'incapacité de croire à la survenue de cet événement, le déni, le désespoir et le soulagement. L'incrédulité et le déni face à ce type d'événement permettent en quelque sorte à l'individu de récupérer, de se reposer en favorisant sa sécurité. Cependant, ces mécanismes sont rapidement modifiés par la reviviscence typique du traumatisme. Les souvenirs intrusifs de l'événement ne paraissent pas différents de l'événement en lui-même et plongent la victime dans des comportements similaires à ceux qu'elle avait pu mettre en place durant l'événement. Ainsi, les conséquences de l'hyperexcitation nécessaire à la survie au moment de l'événement, commencent peu à peu à se manifester et la victime reste encore impressionnée et désorientée. Les besoins de ces personnes juste après l'événement sont orientés dans la résolution du problème en se focalisant sur les aspects matériels et pratico-pratique. L'urgence à cette étape est de trouver des moyens, des solutions rapidement. Le TSA est adaptatif lorsqu'il dure de quelques heures à un mois maximum. Par contre, si ces symptômes durent plus d'un mois, un TSPT est suspecté.

La seconde étape est la phase post-aigue. Elle consiste pour les victimes en l'acceptation de ce qu'il s'est produit, l'affrontement des émotions négatives associées, le retour à un équilibre de vie, le travail sur leurs expériences, la mise en mots de ce qui leur est arrivé et la recherche de sens à intégrer dans leur histoire de vie. La quête de sens et de compréhension et la mise en mots de cette expérience traumatique font partie des besoins urgents des individus subissant un traumatisme et sont d'ailleurs tributaires de l'extinction des symptômes intrusifs du TSPT (reviviscence, ré-expérience de l'événement, souvenirs intrusifs, etc.). En effet, au plus la personne se retiendra de s'exprimer sur le sujet, au plus les symptômes intrusifs persisteront. C'est lors de cette phase que le TSPT prend tout son sens, car il est observé une variation de moments de reviviscence de l'expérience avec un état d'hyper-activation et de moments de déni et d'évitement pouvant mener à l'isolation sociale.

La dernière étape du traumatisme est celle de la chronification/fixation du traumatisme. Cette phase inclut le maintien du traumatisme après plusieurs mois malgré les efforts mis en place pour lutter contre cette intrusion psychique. Ainsi, les peurs et plaintes initiales se voient intensifiées et omniprésentes. Cette aggravation amène à favoriser davantage l'évitement des symptômes ou la lutte contre ces menaces intrusives, envahissantes et soudaines. Les conséquences sont telles que la capacité d'adaptation se voit bloquée.

### 3.2.2. Définition du TSPT

La définition du TSPT du DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) implique la nécessité que la personne ait été victime ou témoin d'une exposition à une menace de mort ou une mort directe, à une blessure grave ou à de la violence sexuelle. Ce trouble y est défini à travers quatre grandes catégories de symptômes : l'évitement, les symptômes intrusifs (reviviscence), les symptômes neurovégétatifs et l'altération de l'humeur et des cognitions. En 2013, le KCHC apporte des explications sur les trois premières catégories en se référant au DSM-IV (APA, 2000) :

- L'évitement trouve son origine dans l'impuissance générée par l'événement traumatisant qui mène à une certaine honte qui elle-même engendre une volonté de garder ce qu'il s'est passé secret. Cette honte est alors renforcée par cette attitude secrète et mène à l'évitement des souvenirs, mais aussi des stimuli qui rappellent cet événement. Malheureusement, ce mécanisme adaptatif n'est pas sans coût, car chercher à tout prix à éviter une situation devient la nouvelle et unique organisation de la vie de la personne. Elle est d'une certaine manière privée du plaisir qu'elle pouvait autrefois éprouver, se détache, s'écarte de ses émotions et se prive du lieu/des conditions rappelant l'événement.
- La reviviscence est le fait de vivre à nouveau répétitivement l'événement. Celle-ci fait partie de ce qu'on appelle les symptômes intrusifs étant donné la récurrence et la pénibilité de la réactivation sensorielle, émotionnelle, physiologique ou comportementale vécue au moment de l'événement. Cette réactivation est souvent enclenchée par un rappel bénin, dans l'environnement, de l'événement traumatisant. Ce symptôme, par ailleurs pathognomonique (c'est-à-dire spécifique) au TSPT, est lié à l'évitement au sens où il favorise l'évitement des rappels afin de ne pas subir cette réactivation (Al Joboory & al., 2019).
- Les symptômes neurovégétatifs s'expriment par un éveil mental exacerbé qui se manifeste de différentes manières et consistent principalement en une perturbation de l'éveil et de la réactivité (Al Joboory & al., 2019). Les victimes deviennent ainsi davantage vigilantes, dorment mal et sursautent de manière exagérée face à des stimuli a priori anodins.
- L'altération de l'humeur et de la cognition se traduit notamment par des difficultés de mémoire et de concentration et de l'irritabilité (DSM-5, APA, 2013).

Mais le centre organisateur du TSPT est la dissociation de certains éléments liés à l'expérience traumatisante comme les sensations, les émotions qui restent malgré tout présentes dans le temps (KCHC, 2013).

Josse (2007) complète cette symptomatologie avec d'autres réactions qui se rapportent davantage à celles du stress avec des expressions somatiques (trouble du sommeil, musculaire, gastro-intestinal, etc.), émotionnelles (peur, anxiété, impuissance, etc.), comportementales (auto et hétéro-agressivité, absentéisme, irritabilité, etc.) et cognitives (confusion, trouble mnésique, de concentration, etc.). Lachal (2007) ajoute aussi la notion d'expérience et de vécu de la personne subissant un traumatisme dans les définitions. Comme dit précédemment, le traumatisme est une menace pour l'intégrité psychique. Cette menace amène alors l'individu à mettre en place des mécanismes de défense (déli, retrait social, consommation excessive de substances, évitement, etc.). La symptomatologie traumatique telle que définie ci-dessus est ainsi l'expression de ces mécanismes de défense dont l'objectif est de protéger l'individu de cet événement.

### ***3.2.3. Conséquences du TSPT***

Ce trouble n'est pas sans impact et peut engendrer des répercussions dans la vie privée, sociale et professionnelle par une altération du fonctionnement (Al Joboory & al., 2019). Les conséquences psychopathologiques du TSPT ne sont pas à négliger. L'impact que le traumatisme peut avoir se joue sur un grand nombre de facettes au niveau physique, relationnel, spirituel, neurobiologique, cognitif, comportemental, émotionnel, etc. Plus précisément au niveau relationnel, il est prouvé que plus le traumatisme se joue dans la relation entre individus et perdure, plus les effets seront importants (KCHC, 2013). Ainsi, un sentiment d'étrangeté par rapport aux autres peut être perçu par autrui, ou la victime elle-même, en raison de la dissociation que le traumatisme engendre (Al Joboory & al., 2019).

### **3.3. Classification du traumatisme**

Plusieurs classifications existent pour le traumatisme. La classification de Terr (1991) distingue le traumatisme de type I du traumatisme de type II. Le type I correspond à un traumatisme isolé et/ou soudain alors que le type II est un (ou plusieurs) traumatisme(s) répété(s) et/ou prolongé(s). Herman (1992) parle de traumatisme complexe pour ce deuxième type alors que Van der Kolk (2007) utilise le terme de Disorder of Extreme Stress Not Otherwise (DESNOS). Ce dernier se différencie du TSPT au sens où les symptômes y sont

plus complexes, prolongés dans le temps et répandus. La personnalité est également impactée en imposant les souffrances vécues à autrui ou à soi-même.

En fonction du type de traumatisme vécu, la symptomatologie est différente. En 2000, Serniclaes (cité par Blavier, 2020) parle de traumatisme direct, indirect et vicariant. Le traumatisme direct survient lorsque la victime est exposée directement à l'événement traumatique, qu'elle est elle-même en danger. Il s'agit là d'une victime primaire et peut concerner les professionnels lorsqu'ils sont eux-mêmes en danger. Une traumatisation indirecte a lieu quand la victime est secondaire, c'est-à-dire qu'elle fait partie de l'entourage proche de celle/celui qui a vécu le traumatisme. Il peut s'agir d'un intervenant s'il n'est pas directement en danger. Enfin, la victime tertiaire est celle qui a vécu un traumatisme vicariant en raison de l'écoute empathique accordée au discours du traumatisme de la victime primaire. Les thérapeutes, avocats, policiers et surtout les professionnels dans le domaine de l'écoute peuvent subir ce type de traumatisme.

### **3.4. Résumé**

Pour résumer, un traumatisme peut avoir lieu face à un événement potentiellement traumatisant, comme les inondations de juillet 2021. Cet événement imprévu, soudain et impossible à éviter, va représenter une véritable menace pour l'individu tant au niveau physique que psychique. La personne voit alors ses protections psychiques affaiblies. Il existe, cependant, différentes trajectoires traumatiques en raison de l'interprétation que l'individu fait de l'événement. En tous cas, lorsqu'une personne vit un traumatisme, elle passe habituellement par trois phases durant lesquelles les besoins diffèrent : traumatisme aigu (TSA), traumatisme post-aigu (TSPT) et traumatisme chronique. Le TSPT se définit à travers quatre grands symptômes : évitement, symptômes intrusifs, symptômes neurovégétatifs et altération de l'humeur et des cognitions. Ce qui fait la particularité de ce trouble est la dissociation qu'il entraîne dans différentes modalités. Les conséquences de ce syndrome ne sont pas à négliger puisqu'elles s'expriment par un dysfonctionnement au niveau privé, individuel, social et professionnel. Enfin, il existe plusieurs types de traumatisme, et selon le niveau d'exposition à celui-ci, les conséquences sur les victimes seront différentes.

## **4. Le traumatisme chez le professionnel**

Le traumatisme n'est donc pas nécessairement vécu uniquement par les victimes primaires, directes, mais il est également possible de développer par procuration un traumatisme (Al Joboory & al., 2019). C'est à ce type de traumatisme que les professionnels, et notamment les agents de la Protection Civile, sont à risque. Le traumatisme chez les professionnels est spécifique au sens où il peut être difficile et épuisant émotionnellement de travailler avec des personnes traumatisées, et il peut réactiver des traces traumatiques de leur propre histoire (KCHC, 2013). D'ailleurs, les intervenants de première ligne sont exposés de manière récurrente à de multiples événements potentiellement traumatisants ce qui les rendent plus à risque de développer un traumatisme (Motreff & al., 2020). La Protection Civile belge est mobilisée lors d'événements à caractère exceptionnel et surtout lors d'événements potentiellement traumatisants comme les inondations de juillet 2021. Cette population est ainsi plus à risque de développer un traumatisme vicariant.

### **4.1. Situations pathologiques**

Plusieurs situations pathologiques peuvent avoir lieu au sein des agents de la Protection Civile comme notamment le burn-out, la fatigue de compassion, le stress traumatique secondaire et le traumatisme vicariant. Il est à noter que le terme de traumatisme secondaire est généralement employé pour désigner toutes les situations pathologiques qu'un professionnel amené à travailler avec des victimes de traumatismes rencontrent (Bouvier, 2019). Nous tenterons ici d'apporter les quelques nuances qui existent entre les différents troubles que les professionnels peuvent développer.

#### ***4.1.1. Burn out***

Le burn-out est un premier syndrome touchant d'abord les intervenants impliqués dans des relations d'aide (Ide, 2015). Josse (2007) nuance cette catégorie d'intervenants en y incluant les professionnels prenant en charge la responsabilité d'autres personnes et étant confronté à des buts difficilement atteignables. Aujourd'hui, ce trouble concerne un public bien plus large dont l'émergence est liée à des facteurs personnels, organisationnels et liés au travail (Cusin & Fabre, 2017). Bouvier (2019) met en évidence les personnes concernées telles qu'indiquées par le DSM-5 (APA, 2013) : toutes les professions sont sujettes au burn out qui se traduit par une démotivation constante face au travail. Pines et Aronson (1988, cités

par Klarić & al., 2013) le définissent comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par un engagement à long terme dans des situations exigeantes émotionnellement. L'expression symptomatologique concerne d'ailleurs la sphère physique, émotionnelle, comportementale, relationnelle et liée au travail (Klarić & al., 2013). Ainsi, les trois grandes dimensions de ce trouble sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation à l'autre et le sentiment d'accomplissement personnel et professionnel amoindri (Maslach, 2003).

#### ***4.1.2. Fatigue de compassion***

De plus, la fatigue de compassion est une autre situation pathologique du professionnel. Elle correspond à une transmission du traumatisme de la victime au professionnel. C'est ce terme qui s'approche le plus du traumatisme vicariant (Figley, 1995). Figley (1995) place l'empathie au cœur de son modèle de transmission du traumatisme. Cette capacité à se mettre à la place de l'autre et à comprendre la souffrance de l'autre devient un facteur de risque lorsqu'une contagion émotionnelle a lieu, que le professionnel ressent la souffrance exposée par la victime. Le manque de préoccupation empathique favorise aussi le développement du traumatisme en raison de la réduction de motivation à agir dans une démarche d'aide. S'ensuit la réponse empathique, c'est-à-dire les efforts mis en place pour réduire la souffrance du client. Deux facteurs sont liés à cette réponse : le sentiment d'accomplissement qui est faible dans le cas d'une fatigue de compassion étant donné que la satisfaction de l'assistance à la victime est moindre et le découplage de la victime qui est problématique au sens où la distance entre l'intervenant et la victime n'est pas adéquate, trop grande ou trop faible. Ce système crée alors un stress de compassion qui est un des premiers signes du burn out et d'un traumatisme secondaire.

La fatigue de compassion a lieu lorsque ce stress ne peut être réduit en raison d'une exposition prolongée aux récits traumatiques des victimes et d'une réactivation des traumatismes personnels non résolus. Bouvier (2019) met par contre en évidence que cette pathologie n'est pas liée à l'activité de travail en elle-même, mais se situe davantage du côté d'un envahissement et d'un épuisement de la souffrance du patient/client. Enfin, la symptomatologie est très variée et peut prendre la forme combinée ou non de plusieurs autres pathologies comme le burn out, la dépression et/ou le traumatisme vicariant (Bouvier, 2019).



#### ***4.1.3. Stress traumatique secondaire***

Ensuite, Klarić et collaborateurs (2013), tout comme Figley (1995), définissent le stress traumatique secondaire (STS) comme un transfert de la détresse et des symptômes post-traumatiques typiques (cauchemars, pensées intrusives, souvenirs soudains et incontrôlables, etc.) des victimes primaires aux victimes secondaires/tertiaires. Les victimes primaires, en mettant en récit leur expérience traumatique, transfèrent ainsi ces souffrances aux autres personnes vulnérables (Santé Canada, 2001, cité par KCHC, 2013). Figley (1995) et le KCHC (2013) décrivent d'ailleurs ce processus comme étant une réaction naturelle à la volonté de soigner et au travail réalisé avec les personnes traumatisées. En 1995, Figley indique que cette réponse aux récits traumatiques comprenait des symptômes similaires à ceux du TSPT tels que l'évitement accompagné du retrait sur soi, les pensées intrusives et les perturbations de l'humeur et du sommeil.

#### ***4.1.4. Traumatisme vicariant***

Enfin, le traumatisme vicariant, quant à lui, diffère légèrement du STS au sens où il induit des changements cognitifs progressifs altérant l'opinion du professionnel en ce qui concerne les autres, le monde et lui-même alors que le STS provoque des changements comportementaux visibles relatifs aux symptômes du TSPT que le professionnel peut développer (Baird & Kracen, 2006). Par contre, les deux se rapprochent dans leur exposition répétée aux récits des victimes traumatisées (Blavier, 2020). Yassen (1995, cité par Blavier, 2020) a envisagé les effets que le traumatisme vicariant pouvait avoir sur la personne qui en est victime. Il en a alors tiré des répercussions individuelles concernant la sphère cognitive, émotionnelle, spirituelle, comportementale, interpersonnelle et physique. Des répercussions sur la qualité de travail ont également été mises en avant sur le plan moral, comportemental, interpersonnel et dans l'exécution des tâches.

Craig et Sprang (2010) informent que le traumatisme vicariant a d'abord été défini par McCann et Pearlman en 1990 comme partant d'une relation empathique avec les victimes primaires qui a pour conséquence une modification au niveau des croyances et de la cognition. Puis, Pearlman et Saakvitne (1995, cités par Bride & al., 2007) affinent le terme en considérant que l'impact de ces modifications s'exprimait par des dysfonctionnements dans la vision du monde, l'identité, la connexion et les significations du professionnel. Alors que ces auteurs réduisent le concept de traumatisme vicariant à la profession de thérapeute, Bouvier

(2019) considère que le terme recouvre à présent tous les intervenants travaillant avec des personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatisant. Ainsi, là où le TSPT touche les victimes primaires d'événement potentiellement traumatisant, le traumatisme vicariant impacte les victimes secondaires et surtout tertiaires (Turliuc & Măirean, 2012).

Il est donc nécessaire d'avoir travaillé avec des personnes traumatisées pour développer un traumatisme vicariant. Ceci signe la différence avec le burn out puisque ce dernier peut se développer auprès de n'importe quelle profession. De plus, Desbiendras (2019) ajoute que le burn out survient généralement progressivement dans le temps alors que le traumatisme vicariant apparaît souvent de manière brutale. Enfin, Al Joboory et collaborateurs (2019) mettent en avant que malgré l'exposition répétée et excessive à l'aversion d'événements traumatiques prévue par le DSM-5 (APA, 2013), pour développer un traumatisme vicariant, les expositions via les médias électroniques ou télévisuels hors cadre de travail ne sont pas considérées comme faisant partie des critères relatifs au traumatisme vicariant. Cette définition du traumatisme par procuration met en avant la nécessité de s'intéresser à ce qui se joue à ce niveau au sein de la Protection Civile puisqu'ils sont tout à fait concernés par ce syndrome. Pourtant, la littérature les concernant est rare.

Dans le cadre de notre recherche, nous emploierons le terme de « traumatisme vicariant » pour désigner l'impact traumatique que peut vivre un intervenant de première ligne et plus précisément un agent de la Protection Civile. Ce choix repose sur la conceptualisation des différents types de traumatismes et de victimes proposée par Serniclaes en 2000 (cité par Blavier, 2020). En effet, comme décrit plus haut, les victimes secondaires et tertiaires peuvent être les professionnels intervenant dans le cadre d'un événement potentiellement traumatisant et auprès de victimes primaires les plaçant ainsi dans une position tout à fait vulnérable au développement d'un traumatisme vicariant. Ce choix repose aussi sur ce que ce traumatisme engage en termes de changements. En effet, le traumatisme vicariant dépasse les changements observables du traumatisme secondaire. Ici, c'est la personne elle-même, son identité et ses croyances qui se voient affectées en raison de l'exposition répétée au vécu traumatique des victimes primaires.

Les agents de la Protection Civile sont ainsi régulièrement confrontés à des événements potentiellement traumatisants. La nature du travail de ces intervenants les expose à une accumulation de situations potentiellement traumatisantes. Un traumatisme vicariant peut donc survenir auprès des services d'urgence par leur contexte d'intervention pour des

situations à haut risque (Shakespeare-Finch & al., 2019). Geronazzo-Almana et collaborateurs (2017) précisent d'ailleurs que l'exposition répétée à ces événements est liée au risque de développer des symptômes d'un TSPT. Comme nous le détaillerons au point 5, d'autres éléments influencent le développement de ces symptômes comme les dangers lors de l'intervention, l'événement en lui-même, le rôle joué au moment de l'événement, l'imprévisibilité et la brutalité des situations d'intervention (Klimley & al., 2018 ; Lee & al., 2018 ; Desbiendras, 2019 ; Horswill & al., 2021). Toutes ces caractéristiques auxquelles les intervenants de première ligne, et donc la Protection Civile, sont exposés rendent leur fonction unique, mais plus à risque de développer une psychopathologie.

#### **4.2. Symptomatologie du traumatisme vicariant**

La symptomatologie du traumatisme vicariant est relativement proche de celle du traumatisme primaire et il existe aussi des recouvrements avec le traumatisme secondaire. Maltais et collaborateurs (2001) mettent en évidence que les symptômes exprimés à la suite de l'événement sont à considérer comme une réaction normale à une situation anormale. Généralement, ceux-ci diminuent après un court laps de temps qui suit l'exposition à l'événement. Quand ce n'est pas le cas, l'entrée dans le traumatisme peut être soupçonnée. De Soir (2001) rappelle ainsi quelques symptômes du traumatisme : les ruminations mentales, les images mentales intrusives, l'évitement (de contacts sociaux par exemple), l'expression physiologique sous forme d'hyperactivité neurovégétative et de trouble du sommeil, mais aussi la dénégaration. Plus précisément en ce qui concerne les images mentales intrusives, elles sont liées au fait que la situation traumatique s'encode en mémoire. Laurent (2014) explique que cette reviviscence mentale ou en tout cas le rappel de l'événement dépend plutôt de stimuli externes. Ainsi, plusieurs cas de figure peuvent raviver ces souvenirs :

- L'intervenant peut se trouver dans un lieu ou dans des conditions similaires à l'événement traumatique.
- Un détail sur le lieu de travail ou au quotidien rappelant l'événement peut apparaître. Par exemple, si une victime portait un gilet rouge au moment de l'évacuation après une importante inondation, la vue d'une personne portant un gilet rouge dans un supermarché peut réactiver la sensibilité sensorielle, mentale et physique ressentie lors de l'événement.
- Travailler avec la même équipe que celle présente au moment de l'événement peut représenter un stimulus évocateur.

- Une conversation ou une émission de télévision évoquant une intervention difficile ou marquante fait également office de ré-actualisateur en mémoire.

#### ***4.2.1. Symptômes spécifiques***

À propos des symptômes spécifiques au traumatisme vicariant, nous citons précédemment Pearlman et Saakvitne (1995, cités par Bride & al., 2007) qui mettent en avant l'impact sur la manière de voir le monde, l'identité, les connexions et la capacité à trouver un sens. Mais, ces deux auteurs notent aussi un dysfonctionnement dans la tolérance affective, dans les besoins psychologiques, dans les croyances sur soi et les autres, dans les relations interpersonnelles et dans la mémoire sensorielle. Mauro (2009) insiste, quant à elle, sur les conséquences profondes que peuvent engendrer une addition de « blessures » causées par ces situations traumatiques. En effet, tant dans la sphère professionnelle que personnelle, il est observé auprès des intervenants une modification de leur personnalité, de leur regard sur le monde et de ce qui motive leurs comportements.

Une personne souffrant d'un traumatisme vicariant présente alors une modification de ses schémas de pensée d'au moins un des cinq besoins fondamentaux : la sécurité, la confiance/dépendance, l'estime, l'intimité et le contrôle (McCann & Pearlman, 1990, cités par Turliuc & Măirean, 2012). C'est en ce sens que l'événement traumatique risque de modifier la perception de la réalité que l'intervenant a pu se construire jusqu'ici. Il est à rappeler que l'expérience du traumatisme reste singulière et individuelle, le contexte social et culturel ainsi que les expériences de vie d'une personne influencent les conséquences qu'engendreront le traumatisme vicariant.

Il est ainsi à présent bien établi que les intervenants de première ligne sont plus à risque que la population générale de développer les symptômes d'un TSPT (Han & al., 2021). Néanmoins, il est rassurant de constater qu'une faible quantité d'entre eux développe une psychopathologie (Meyer & al., 2012).

#### **4.3. Effets positifs**

Malgré les dommages que peut engendrer un traumatisme, certains effets positifs sont à noter à la suite de l'expérience d'un traumatisme vicariant. Ces effets sont néanmoins observables surtout à long terme (De Soir, 2001). Laurent (2014) démontre ainsi un réaménagement de l'identité professionnelle. Pour certains, cela se manifestera par le

développement de nouvelles compétences avec notamment un sentiment de meilleure préparation et de renforcement psychologique dans les capacités à faire face. D'autres peuvent, quant à eux, commencer une formation pour se spécialiser ou se réorienter. Ces nouvelles compétences agissent comme un facteur de décharge de l'intensité émotionnelle vécue pendant l'événement. L'auteure note aussi une modification des valeurs personnelles ou professionnelles ainsi qu'une valorisation dans leur profession, car l'événement leur donne du crédit et une notoriété. Dans le même ordre d'idée, l'intégration et l'élaboration de ces situations exceptionnelles effectuées par les intervenants leur permettent d'être plus enclins à garder une distance avec les victimes ainsi qu'avec leurs propres expériences de vie. Cela se manifeste notamment par un sentiment de valeur et de compétence personnelle, un sentiment de cohésion aux autres, mais aussi la fierté d'avoir pu faire face à l'événement (De Soir, 2001). Calhoun et Tedeschi (2004), eux, définissent ce développement de soi et ces changements cognitifs et émotionnels positifs comme étant le développement post-traumatique. Ce processus survient en raison notamment de la recherche de compréhension de l'événement et le besoin de mettre un sens sur l'expérience du traumatisme vicariant.

#### **4.4. Caractéristiques des professionnels**

Avant de faire le point sur les facteurs de risque et de protection du traumatisme vicariant, De Soir (2001) fournit une description assez détaillée des caractéristiques spécifiques aux intervenants de première ligne. Même si les informations présentées ci-dessous concernent davantage les pompiers, ambulanciers et policiers, leurs missions sont similaires à celles des agents de la Protection Civile. De plus, la formation des agents de la Protection Civile est la même que celle des pompiers, mais comporte des modules plus spécifiques à l'intervention au sein de la Protection Civile. Nous pouvons donc aisément supposer que ces caractéristiques s'appliquent à ces agents.

Ainsi, ces professionnels font preuve d'une très bonne répression des émotions et de la douleur en privilégiant l'humour noir et le cynisme. D'ailleurs, l'usage de l'humour chez les pompiers représente un moyen de moduler les impacts du traumatisme (Klimley & al., 2018). Cette tendance à garder à distance l'expression des émotions pourrait être liée au fait que pleurer est généralement considéré comme étant réservé aux filles et/ou un signe de faiblesse. De plus, au moment même de l'intervention, les intervenants de première ligne refoulent leur vécu affectif au profit de l'action. Ils sont en quelque sorte voués et motivés à l'action et agissent sous un mode de pilote automatique où l'entraînement et l'instinct prennent le dessus

(De Soir, 2003). La plupart du temps, ces stratégies de gestion émotionnelle sont plutôt efficaces dans le maintien de la distance avec les victimes. Cependant, dans ce refoulement émotionnel, si une victime meurt, les professionnels ont tendance à considérer la mort comme un véritable échec.

Ensuite, De Soir (2003) précise qu'un grand nombre de ces professionnels n'apprécient pas les périodes de repos. Ils sont en quelque sorte dans le besoin addictif de situations traumatiques. Cependant, l'épuisement physique, mental et émotionnel semble s'amplifier au fur et à mesure des confrontations à ces situations et l'évitement des émotions liées aux précédents événements traumatiques demande de plus en plus d'énergie. Afin de faciliter cet éloignement, les intervenants auraient tendance à compenser par la consommation d'alcool, l'hyperactivité dans des domaines qui, souvent, favorisent le retrait social et passent bon nombre de temps avec leurs pairs.

De plus, en 2001, ce même auteur constate que lors de situations d'exceptions, ces professionnels sont particulièrement sujets au doute. En effet, à la suite de l'intervention, ils auraient tendance à se questionner en raison de la perception de perfection et de rigueur qu'ils ont de leur travail. Dès qu'ils identifieront une faute, ce seront toutes leurs compétences professionnelles qui seront mises en question d'autant plus que leurs capacités de relativisation sont mises à mal.

Ce questionnement juste après l'événement, et parfois pendant, est souvent motivé par des identifications imaginaires aux victimes. Cela est d'autant plus vrai lorsque le professionnel est lui-même impacté dans sa sphère privée ou que ses proches le sont. L'intervenant aurait alors tendance à se mettre à la place de la victime. Cette capacité empathique du professionnel est à l'origine du vécu émotionnel similaire à celui de la victime. Il est alors ici question de deux axes : d'une part, celui de la rencontre des victimes et d'autre part, du traitement imaginaire (empathie) qui aboutit à une association entre la souffrance perçue des victimes et l'identification aux proches de l'intervenant.

Toutes ces caractéristiques placent les agents de la Protection Civile dans une vulnérabilité au traumatisme vicariant, jouant en quelque sorte un rôle de prédisposition. Les conflits propres à l'individu d'apparence inexistant font alors surface (De Soir, 2001). De Soir (2003) constate que la plupart des intervenants de première ligne n'apprécient pas se sentir victime. Ce qui ressort alors principalement comme émotion après l'événement est un

sentiment d'incompétence, d'inutilité, une douleur paralysante face à la souffrance des victimes et la culpabilité et colère relatives à l'impuissance et l'incapacité d'aider plus. Ces émotions sont particulièrement mal vécues par les intervenants de première ligne.

#### **4.5. Résumé**

En résumé, les agents de la Protection Civile belge sont notamment à risque de développer un burn out qui correspond à un épuisement physique, émotionnel et mental en raison d'un long engagement dans des situations émotionnellement exigeantes, une fatigue de compassion qui survient en raison de l'empathie développée dans les relations d'aide et une exposition prolongée aux récits traumatiques, un stress traumatique secondaire qui fait référence aux symptômes du TSPT transférés de la victime primaire au professionnel ou un traumatisme vicariant. Le traumatisme vicariant touche les victimes secondaires et tertiaires de l'événement traumatisant. L'empathie est aussi au cœur de ce syndrome, car c'est la relation empathique qui va modifier les schémas de pensées et les croyances du professionnel ce qui engendre, à son tour, un dysfonctionnement dans l'interprétation du monde et de l'identité. Les agents de la Protection Civile sont donc concernés par ce syndrome en raison de leur contact avec des victimes primaires pendant leur intervention lors d'événements potentiellement traumatisants.

Les symptômes du traumatisme vicariant sont similaires à ceux du traumatisme primaire, mais des dysfonctionnements plus spécifiques au niveau des cognitions, de l'identité, des relations, des émotions et de la mémoire ont lieu. C'est la personnalité des agents de la Protection Civile qui risque d'être modifiée. Heureusement, un développement post-traumatique peut s'exprimer à travers un réaménagement de l'identité professionnelle, une modification des valeurs et/ou une valorisation.

Les agents de la Protection Civile, pourraient présenter certaines caractéristiques qui semblent les placer dans une vulnérabilité au traumatisme vicariant. Ils témoigneraient d'une bonne répression émotionnelle et de la douleur qui est, la plupart du temps, efficace sauf en cas de perception d'échec. De plus, étant donné qu'ils ont tendance à exiger la perfection de leur travail, ils sont davantage sujets au doute lors de situations d'exceptions. Ensuite, les périodes de repos sont assez mal vécues par ces intervenants, mais l'accumulation des événements traumatisants et l'évitement émotionnel mènent à un épuisement graduel. Enfin, les agents sont plus à même de s'identifier à la souffrance des victimes primaires lorsqu'ils

rencontrent eux-mêmes, ou leurs proches, une situation traumatisante similaire à celles des victimes.

## **5. Facteurs de risque du traumatisme vicariant**

### **5.1. Facteurs individuels**

#### **5.1.1. *Âge***

Tout d'abord, Cusack et collaborateurs (2019) montrent qu'il existe un lien entre le risque de développement d'un traumatisme et l'âge. Néanmoins, Bride et collaborateurs (2007) nuancent ces propos pour le traumatisme secondaire en expliquant que l'âge pourrait être moins concerné que le développement de stratégies d'adaptation qui apparaissent et s'affinent au fur et à mesure du temps. En effet, en arrivant sur le terrain, les expériences de contact et de rencontre avec la souffrance des victimes sont peu nombreuses et les opportunités d'y faire face également. Les données relatives aux pompiers, que nous supposons applicables aux agents de la Protection Civile, indiquent aussi que les jeunes intervenants de l'urgence, dotés de moins d'expérience que les plus âgés, présentent plus de symptômes du TSPT comparativement aux plus expérimentés (Regehr & al., 2003). Cependant, ces résultats ne semblent pas encore faire l'unanimité aujourd'hui auprès des auteurs, comme l'énoncent Klimley et collaborateurs (2018).

#### **5.1.2. *Genre***

En ce qui concerne le genre, Klimley et collaborateurs (2018) s'accordent à dire que les femmes sont plus à risque de développer des symptômes post-traumatiques que les hommes, bien que ces derniers soient plus à risque d'être exposés à divers événements potentiellement traumatisants. Le DSM-IV (APA, 2000) considère d'ailleurs les femmes comme étant plus à risque de développer un trouble anxieux que les hommes. Néanmoins, Green et Pope (1999) envisagent une surreprésentation des femmes en raison de leur tendance à rapporter et consulter davantage pour des problématiques de santé mentale que les hommes.



### ***5.1.3. Antécédents de traumatismes***

De plus, les antécédents de traumatismes personnels représentent également un facteur de risque de développement de traumatisme vicariant. Lérias et Byrne (2003) expliquent que l'événement traumatique possède des caractéristiques, comme le sentiment d'horreur, qui peuvent réactiver les souvenirs en mémoire des traumatismes personnels que l'intervenant a vécus. Ces auteurs évoquent la possibilité que l'adulte abusé/traumatisé durant l'enfance ou le début de l'âge adulte n'ait pas pu surmonter et élaborer complètement l'expérience traumatique. L'événement potentiellement traumatisant actuel ferait office de stimulus évocateur et plongerait la personne dans une reviviscence de certaines caractéristiques précédemment vécues.

### ***5.1.4. Stratégie de coping***

Ensuite, le style de coping représente aussi un facteur de risque. En effet, Steed et Downing (1998) démontrent que certaines stratégies comportementales pour faire face à l'événement peuvent être négatives et amplifier ainsi le taux de stress initialement perçu. Gidron et collaborateurs (1999) considèrent que la stratégie de coping centrée sur le problème est en lien avec l'anxiété que représente un événement potentiellement traumatisant. L'attention est alors portée sur les stressors et les préoccupations liées à la menace de sécurité. Pourtant, Linley et Joseph (2004) ne semblent pas rejoindre ce constat et considèrent les stratégies de coping centrées sur le problème comme étant favorables à l'adaptation face à un traumatisme. Le coping nécessite plus d'explications qui se trouveront dans un prochain chapitre.

### ***5.1.5. Empathie***

Enfin, en accord avec le modèle de Figley (1995), les auteurs s'accordent à dire que l'engagement empathique typique de la relation d'aide est étroitement lié au risque de développer un traumatisme vicariant (Klarić & al., 2013 ; KCHC, 2013). Mais ce facteur est plus complexe qu'il n'y paraît. Decety (2020) considère que l'empathie se compose de quatre composantes : cognitive, affective, motivationnelle et de régulation. Les deux composantes fondamentales de l'empathie sont les dimensions cognitive et affective. L'empathie cognitive reflète la capacité à se mettre à la place de l'autre au niveau de ses croyances, émotions, désirs et intentions voire de s'imaginer dans la même expérience, c'est en cela qu'il s'agit de la composante qui se rapproche le plus de la théorie de l'esprit. Les deux processus qui

caractérisent l'empathie cognitive (imaginer l'expérience d'autrui et s'imaginer dans la situation) impliquent une préoccupation empathique, mais se percevoir dans la même situation comprend aussi un aspect de détresse personnelle. L'empathie affective trouve davantage son intérêt dans la communication non-verbale, il s'agit de la capacité à partager la valence et l'intensité des émotions d'autrui. Cette composante se rapproche, elle, du concept de contagion émotionnelle. Desbiendras (2019) met en évidence que la première dimension de l'empathie (empathie cognitive) joue un rôle de protection dans le développement de traumatisme vicariant, car l'intervenant n'y perd pas son identité. Par opposition, le mécanisme affectif de l'empathie situe le professionnel dans un risque accru de vivre un traumatisme vicariant en raison du partage émotionnel qu'il implique.

## **5.2. Facteurs organisationnels et situationnels**

### ***5.2.1. Exposition à l'événement***

Des caractéristiques relatives à l'exposition à l'événement en lui-même semblent participer au développement d'un traumatisme. Brady et collaborateurs (1999) informent que le nombre de personnes traumatisées rencontrées et le temps passé sur les interventions sont davantage prédicteurs du développement de la symptomatologie du STS. Au plus l'intervenant rencontre des personnes traumatisées et au plus ils passent du temps dans les activités en lien avec le traumatisme, au plus il est à risque de développer un traumatisme vicariant. Milligan-Saville et collaborateurs (2018) considèrent la fréquence de l'implication et l'accumulation d'exposition à des événements potentiellement traumatisants comme étant des facteurs de risque. Cependant, il semblerait que l'effet de l'accumulation de l'exposition à des situations traumatiques n'ait pas trouvé de confirmation dans leur étude.

### ***5.2.2. Événement exceptionnel***

De Soir (2001) détermine, quant à lui, le caractère extrême de l'événement comme facteur de risque de traumatisation de l'intervenant. Les caractéristiques de l'événement telles qu'être pris au piège dans une situation dangereuse ou être agressé par d'autres personnes semblent accentuer le développement de troubles de santé mentale (Milligan-Saville & al., 2018). D'autres facteurs stressants peuvent également rendre plus vulnérable l'intervenant avec en première position la mort ou l'intervention pour de graves blessures auprès d'un enfant, l'annonce à la famille d'un accident conséquent ou d'un décès, l'exposition à des risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques, etc. (Lavillunière, & al. 2006).

Enfin, Laurent (2014) met en évidence que l'imprévisibilité et l'identification à la souffrance des victimes et/ou de leur proche jouent un rôle dans le vécu traumatique chez les intervenants.

Les agents de la Protection Civile sont soumis à toutes ces caractéristiques favorisant le développement d'un traumatisme vicariant. En effet, il est de leur compétence d'assurer la sécurité lors de catastrophes. Par conséquent, ils sont en lien avec un grand nombre de personnes traumatisées, interviennent dans le cadre de dégâts CBRN, doivent accompagner les familles dans la reconnaissance des cadavres, etc.

### ***5.2.3. Statut de l'emploi***

Le caractère inhérent au statut de l'emploi est aussi un élément à investiguer. Au sein de la Protection Civile, il existe des professionnels et des volontaires. Klimley et collaborateurs (2018) mettent ainsi en avant que les volontaires sont plus à risque de développer un traumatisme possiblement en raison de leur manque de préparation et de ressources, mais aussi de la faible vigilance que ceux-ci accordent à leur santé mentale.

## **5.3. Résumé**

Pour résumer, un certain nombre de facteurs représentent un risque de développement d'un traumatisme vicariant auprès des agents de la Protection Civile. Parmi les facteurs individuels, nous pouvons citer l'âge qui ne semble pas faire l'unanimité et serait plutôt en lien avec l'expérience du terrain, le genre où les femmes semblent plus à risque, les antécédents de traumatismes personnels, les stratégies de coping et enfin, l'empathie. Les facteurs de risque organisationnels et situationnels concernent le nombre de personnes traumatisées rencontrées et le temps passé sur les tâches liées à la situation traumatique, le caractère extrême de l'intervention et de l'événement en lui-même et le statut de l'emploi.

## **6. Facteurs de protection du traumatisme vicariant**

Comme expliqué pour l'empathie, si ces facteurs constituent un manque de défense, certains sont aussi à envisager comme moyens de protection contre ce traumatisme.

### **6.1. Soutien social**

Le soutien social représente une ressource dans ce type de phénomène. Lérias et Byrne (2003) expliquent qu'au plus le soutien social est important, au moins la personne en situation de stress présente un niveau de détresse important. Regehr et collaborateurs (2000) ont pu préciser que le soutien social fourni par le réseau de l'individu, mais aussi celui fourni par l'entreprise dans laquelle il travaille, et en particulier par le supérieur hiérarchique, jouent un rôle primaire de protection aux réactions traumatiques. Le sentiment de valorisation et de soutien amène la personne à diminuer son niveau de détresse.

### **6.2. Satisfaction professionnelle**

La satisfaction professionnelle représente aussi une protection face au risque de développement d'un traumatisme vicariant. L'un des aspects les plus prédictifs de ce sentiment semble être le soutien. Au plus il est élevé, au plus la satisfaction professionnelle est élevée et au moins le risque de développement d'un burn out est élevé (Hunsaker & al., 2015). Nous détaillerons la fonction et le mécanisme de la satisfaction professionnelle dans le prochain chapitre.

### **6.3. Résilience**

Ensuite, chez les intervenants de première ligne et donc la Protection Civile, la résilience représente un prédictif de bonne santé mentale (Desbiendras, 2019). Klimley et collaborateurs (2018) confirment aussi le facteur protecteur que la résilience possède contre le traumatisme, en particulier chez les policiers et les pompiers. Ces intervenants, qui partagent des caractéristiques avec les agents de la Protection Civile, voient alors leur niveau de charge de travail perçue réduite et diminuent leur risque de burnout (Watson & al., 2019). Lorsqu'un intervenant dispose d'un niveau de résilience plus faible, il est plus à risque d'expérimenter de l'anxiété lors d'événement stressant avec une tendance à anticiper les situations adverses de manière à les résoudre en amont (Eley & Stallman, 2014). Ce point sera davantage détaillé dans la suite.

### **6.4. Facteurs organisationnels**

D'autres facteurs présentent un aspect protecteur dans le développement d'un traumatisme vicariant. Bouvier (2019) présente des caractéristiques organisationnelles

pouvant favoriser la protection des thérapeutes du traumatisme vicariant. Elle préconise ainsi de faire des pauses à la suite d'entretiens émotionnellement intenses, mais aussi de prévoir un plan d'intervention clair sur lequel l'intervenant pourra se baser. De plus, un lieu bienveillant dans lequel le professionnel peut déposer ses difficultés et être aidé à regagner la juste distance avec le client semble s'avérer primordial en termes de gestion émotionnelle des situations adverses. Bien qu'elle se focalise sur la population des thérapeutes, ses recommandations pourraient s'appliquer aux agents de la Protection Civile avec des modalités peut être différentes.

Pour finir, la préparation avant l'intervention semble jouer un rôle primordial de protection. En effet, Desbiendras (2019) regroupe tout un ensemble de comportements relatif à l'hygiène de vie psychologique en ce qui concerne la préparation. Il parle donc d'un équilibre des sphères de vie incluant l'importance des loisirs et des relations interpersonnelles dans la sphère privée. Mauro (2009) lui, compte sur la formation pluridisciplinaire pour préparer l'intervenant, mais aussi le protéger du stress traumatique.

## **6.5. Résumé**

En résumé, certains facteurs permettent de protéger les agents de la Protection Civile du traumatisme vicariant. Il est à noter que le soutien social de la part de l'entourage de l'agent, mais aussi de son supérieur peuvent jouer un rôle. La satisfaction professionnelle, la résilience, les pauses après un événement marquant, un lieu où déposer ses difficultés et la préparation sont aussi des éléments à prendre en compte pour se protéger du traumatisme vicariant.

# **7. Satisfaction professionnelle**

## **7.1. Définition**

C'est à Locke (1976, cité par Vandenabeele, 2009) que l'on doit la définition la plus connue. La satisfaction professionnelle correspond à « un état émotionnel agréable ou positif, qui découle de l'appréciation de son travail ou de ses expériences professionnelles ». Selon Rainey (1997, cité par Vandenabeele, 2009), un certain nombre de facteurs sont à l'origine de ce sentiment : liés à l'emploi, liés aux modalités de travail et personnels. Premièrement, il peut s'agir de facteurs intrinsèques à l'emploi comme la structure, le salaire, les promotions et

la sécurité de l'emploi. Heydari et collaborateurs (2022) ajoutent les heures de travail comme facteur influençant la satisfaction professionnelle. Deuxièmement, il est également question de facteurs de modalités de travail comme la supervision, les groupes de travail et le climat de travail. Dernièrement, des facteurs personnels entrent aussi en compte comme la participation.

## **7.2. Satisfaction professionnelle et traumatisme vicariant**

Dans le cadre du traumatisme vicariant, les auteurs tendent à s'accorder sur la source de protection importante de protection que la satisfaction professionnelle représente. D'ailleurs, le modèle de Figley (1995) induit déjà que le sentiment de satisfaction professionnelle représente une sorte de protection contre le développement d'un traumatisme vicariant. Hunsaker et collaborateurs (2015) rejoignent aussi ce positionnement en affirmant que l'aspect positif que représente la prise en charge et le soutien offert aux personnes dans le besoin est plus puissant que les difficultés qu'engendre le métier. Enfin, la confiance placée dans l'institution peut aussi jouer un rôle après une catastrophe. Yang et Bae (2022) ont pu mettre en évidence qu'avoir confiance en son employeur pouvait diminuer le niveau de symptômes du TSPT. En investiguant les facteurs sous-tendant cette confiance, ces auteurs ont remarqué que la satisfaction liée aux structures de travail et plus précisément envers les conseillers psychologiques et les restaurations matérielles étaient davantage prédicteurs d'un faible niveau de symptômes du TSPT.

## **7.3. Satisfaction professionnelle et Protection Civile**

Les recherches concernant la satisfaction professionnelle chez les agents de la Protection Civile belge semblent lacunaires. Cependant, la littérature chez les pompiers et militaires est davantage accessible. Puisque que des caractéristiques entre ces professions coexistent, il nous semble cohérent de considérer ces recherches. Ainsi, la satisfaction professionnelle semble être impactée par la conciliation des sphères de vie et la durée de l'engagement :

- Un lien entre la satisfaction professionnelle et personnelle et la conciliation des sphères de vie (privée et professionnelle) est mis en évidence chez les militaires (Belghiti-Mahut, 2015). La conciliation de ces sphères semble être influencée par la satisfaction de vie privée et professionnelle perçue.

- Au début de leur engagement volontaire, les pompiers sont relativement satisfaits de leur dévouement (Roques & Passerault, 2014). Avec le temps, cet engagement semble passer d'attribut d'aide à celui de contrainte. En effet, dans un premier temps, cette qualité les amène à davantage de reconnaissances, mais au fur et à mesure des années d'engagement, il est observé qu'elle devient un obstacle aux loisirs et à la famille en ce qui concerne notamment le mariage, les enfants et l'emploi.

#### **7.4. Résumé**

Pour résumer, la satisfaction professionnelle est un sentiment positif engendré par le fait d'apprécier son travail et tout ce qui y a trait. Des facteurs liés à l'emploi, des facteurs liés aux modalités de travail, des facteurs personnels, la conciliation des sphères de vie et la durée de l'engagement influencent ce sentiment. La satisfaction professionnelle représente une protection en termes de traumatisme vicariant notamment chez les agents de la Protection Civile par ses interactions avec les bénéfices de l'aide fournie aux victimes et la confiance accordée dans l'institution.

## **8. Coping**

### **8.1. Définition**

La définition du coping dépend de la théorie qui s'y réfère, mais les auteurs s'accordent sur la perspective transactionnelle du concept tels que Lazarus et Folkman l'avaient proposé en 1980 (Lerias & Byrne, 2003 ; Grebot, 2010 ; Belghiti-Mahut, 2015). L'intérêt de cette perspective réside dans l'aspect interactif entre l'environnement et la personne (Nicchi & Le Scanff, 2005). Ainsi, d'après Lazarus et Folkman (1980), le coping représente un ensemble d'efforts en perpétuel changement tant au niveau cognitif que comportemental. Le but de ces efforts est de, face à la perception d'une menace ou d'un excès de ressources personnelles, pouvoir manier les demandes internes et/ou externes. Il s'agit d'un processus conscient, intentionnel et déterminé par une situation spécifique (Theleritis & al., 2020). Gangloff et Malleh (2017) précisent les deux composantes les plus communes relatives à ce processus (comportementale et cognitive) et considèrent l'existence de deux autres (somatique et émotionnelle) :

- La réaction cognitive concerne l'évaluation de la situation et des ressources disponibles.
- La réaction comportementale concerne la mise en action, la recherche d'aide et de solution.
- La réaction émotionnelle se manifeste au niveau de la détresse, de la colère ou de la peur qui se voient soit exprimées soit réprimées.
- La réaction somatique se manifeste au niveau corporel.

Le modèle de Folkman et Lazarus (1980) considère qu'il n'y a pas de situation objectivement stressante, c'est la perception et l'évaluation que la personne fait de la situation qui la rend potentiellement stressante. Cette conceptualisation apporte une singularité dans le coping. En effet, un individu pourrait identifier un stress et mettre en place une stratégie de coping là où un autre ne le ferait pas puisqu'il n'aurait pas évalué la situation comme étant stressante.

## **8.2. Types de coping**

Folkman et Lazarus (1980) considèrent que chaque individu réagit avec des stratégies de coping différentes en fonction de la nature de la situation et des ressources. Ainsi, les auteurs<sup>2</sup> se basent sur le modèle proposé par Lazarus et Folkman pour distinguer deux types de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. En 2017, Gangloff et Malleh définissent ces grandes catégories. Le coping centré sur le problème a pour objectif une modification ou, du moins, une diminution de la source du stress ou bien la recherche de moyens, de ressources grâce à la recherche d'aide de la part des autres. Dans cette stratégie, Nicchi et Le Scanff (2005) distinguent les actions préventives qui ont trait à l'anticipation des actions et la réduction de la menace, des actions agressives relatives à l'attaque ou à la diminution de la source du problème. Le coping centré sur l'émotion correspond aux réactions très variées visant à tenter d'exercer un contrôle, de réduire et de rendre acceptable la difficulté/tension émotionnelle que crée la situation. La réponse émotionnelle à la suite d'un stressor se voit régulée par cette stratégie. Gangloff et Malleh (2017) amènent une nouvelle catégorie, auparavant incluse dans les stratégies centrées sur le problème, en tant que style de coping à part entière : le coping centré sur la recherche de soutien qui correspond à la recherche d'écoute, d'informations ou d'aide matérielle à travers

---

<sup>2</sup> Belghiti-Mahut, 2015 ; Turliuc & Măirean, 2012 ; Gangloff & Malleh, 2017 ; Weiss & al., 2008



la sympathie (Bruchon-Schweitzer, 2001). Il est à noter que ces trois types de coping ne sont pas la seule classification qui existe, mais les auteurs tendent à s'accorder sur l'intérêt que le modèle transactionnel présente et par conséquent sur les types de coping qui en découlent.

Nicchi et Le Scanff (2005) précisent qu'il n'existe pas de bonne ou de mauvaise stratégie à faire à face. L'efficacité de la stratégie à faire face est déterminée par Folkman et Lazarus (1980) par le fait que la situation stressante se voit maîtrisée et/ou les conséquences sur le bien-être physique et psychologique sont atténuées. Le coping centré sur le problème peut être efficace uniquement lorsque les éléments situationnels sont contrôlables. À l'inverse, lorsque le problème ne peut être éliminé, le coping centré sur l'émotion sera davantage efficace (Nicchi & Le Scanff, 2005). Enfin, Weiss et collaborateurs (2008) montrent également que généralement, plusieurs styles de coping sont utilisés simultanément.

### **8.3. Coping et traumatisme vicariant**

Le style de coping influence les réactions psychologiques qu'un individu aura face à un événement traumatique ou stressant (Lee & al., 2018). Nydegger et collaborateurs (2011) précisent que les stratégies de coping seront différentes selon l'individu, la profession et l'événement potentiellement traumatisant. Dans le cadre de notre recherche, nous nous concentrerons sur les styles de coping centrés sur l'émotion, sur le problème et sur le soutien, car il s'agit du modèle de référence (Gangloff & Malleh 2017) qui fait consensus dans la littérature et qui considère le coping en tant que processus. En se basant sur cette distinction, les recherches tendent à difficilement se rejoindre sur leurs résultats en termes d'impact sur le traumatisme.

En effet, certains auteurs (Linley & Joseph, 2004 ; Gangloff & Malleh, 2017) considèrent les stratégies de coping centrées sur le problème comme étant plus efficaces dans le cadre du traumatisme. En revanche, Folkman et Lazarus (1980) considèrent tant le coping centré sur les émotions que celui centré sur le problème comme ayant des effets bénéfiques dans la diminution de la détresse psychologique en fonction de la contrôlabilité possible de l'événement. Par contre, certains envisagent le coping centré sur le problème comme étant lié à l'anxiété et concluent que le coping centré sur l'émotion s'avère plus protecteur face au traumatisme (Gidron & al., 1999 ; Nydegger & al., 2011).

Enfin, Weiss et collaborateurs (2008) ont investigué le soutien social perçu qui peut influencer le stress, mais aussi l'interprétation de l'événement par son aspect interactionnel

entre les personnes. Le soutien social émotionnel est ainsi un facteur facilitant l'adaptation à un événement traumatique et passe notamment par le besoin de parler. Ce besoin survient juste après l'événement. Ensuite, la phase de transition implique une modification du besoin de parler vers un besoin de compréhension de ce qu'il s'est passé et ce qu'il se passe, il est question du soutien informationnel. Dernièrement, le soutien instrumental se focalisera sur la recherche d'aide opérationnelle pour la reconstruction matérielle (Weiss, 1976 cité par Weiss & al., 2008).

Il est alors question d'ambiguïté dans les résultats en termes du rôle que peut jouer la stratégie de coping dans le développement et la trajectoire d'un traumatisme (Lee & al., 2018). L'investigation de ce processus au sein de la Protection Civile prend alors tout son sens.

### ***8.3.1. Coping et Protection Civile***

Comme décrit précédemment, les agents de la Protection Civile présentent des caractéristiques spécifiques. La manière dont ils gèrent et font face aux événements potentiellement traumatisants semble suivre cette spécificité. Bien que les prochaines informations s'intéressent aux pompiers, nous pouvons transposer ces constations auprès des agents de la Protection Civile pour les mêmes raisons qu'exprimées précédemment. Lee et collaborateurs (2018) démontrent d'ailleurs que le lien entre les symptômes du traumatisme secondaire et le choix de la stratégie de coping diffère entre la population générale et les pompiers. Auprès de cette population, les stratégies de coping centrées sur les problèmes et celles centrées sur la recherche de soutien social sont liées inversement au traumatisme secondaire. D'ailleurs, ces stratégies semblent être davantage employées par ces professionnels que dans la population générale. Ceci pourrait être envisagé comme la conséquence du nombre plus important de situations potentiellement traumatisantes auxquelles les pompiers et agents sont soumis.

Young et collaborateurs (2014) ont pu mettre en avant que dans les premières étapes de l'intervention, les pompiers emploient davantage les stratégies de coping centrées sur le problème alors que celles centrées sur l'émotion surviennent dans un contexte de fatigue et d'épuisement. Après l'événement, ils mettent en place les deux styles de coping. Loo et collaborateurs (2016) informent que l'évitement ainsi que le style de coping centré sur les émotions sont davantage liés aux symptômes d'un TSPT auprès des intervenants fédéraux lors

de catastrophes. Après des urgentistes, des constats similaires sont effectués (Turliuc & Măirean, 2012). Ainsi, l'utilisation du coping centré sur le problème et celle du coping centré sur le soutien protègent en quelque sorte ces intervenants d'un traumatisme vicariant là où la stratégie de coping centré sur l'émotion engendre davantage de dysfonctionnements.

#### **8.4. Résumé**

Pour résumer, le coping correspond à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux mis en place pour faire face à une menace ou un excès des ressources. Chaque individu perçoit et évalue les situations différemment ce qui implique des différences interpersonnelles dans le choix et l'efficacité du coping. Trois types de coping représentent le modèle de référence : les stratégies centrées sur le problème, celles centrées sur l'émotion et celles centrées sur le soutien. Il n'y a pas un meilleur style de coping qu'un autre, mais l'efficacité et le choix du coping varient selon l'individu, la profession et l'événement traumatisant. Cependant, l'efficacité de celles-ci en termes d'adaptation et de récupération d'un traumatisme ne semble pas faire l'unanimité. Certains considèrent les stratégies centrées sur le problème et la recherche de soutien comme étant propices à l'adaptation alors que d'autres objectivent l'inverse ou valorisent le coping centré sur l'émotion. Néanmoins, par leur spécificité, les agents de la Protection Civile bénéficieraient davantage des stratégies de coping centré sur le problème et sur le soutien en termes de protection du traumatisme vicariant.

### **9. Résilience**

#### **9.1. Définition**

La résilience est considérée, comme décrit plus haut, comme un facteur protecteur de traumatisme chez les agents de la Protection Civile. Sánchez-Zaballos et Mosteiro-Díaz (2021) supposent d'ailleurs qu'au sein des services d'urgence, il est nécessaire pour le personnel d'être doté de cette compétence afin de pouvoir surmonter les contextes d'adversité auxquels ils sont confrontés. Il est en ce sens primordial de se faire une idée claire et précise de ce qu'est la résilience et de son fonctionnement chez les agents.

Premièrement, McCubbin (2001) discute de la complexité liée à la définition de la résilience qui dépend du contexte dans lequel elle est envisagée. Certains auteurs<sup>3</sup> distinguent quatre perspectives de la résilience qui sont interconnectées. Il s'agit des changements positifs après l'adversité, de la compétence de résistance au stress, du rétablissement d'un traumatisme et de l'interaction entre les facteurs de risque et de protection. Van der Meulen, et collaborateurs (2019) mettent en avant deux conceptualisations de la résilience en lien avec les quatre perspectives. Ainsi, il est alors question :

- Soit d'un trait de personnalité, un processus lié à l'interaction entre les facteurs de risque et de protection.
- Soit d'une capacité, une compétence en lien au rétablissement d'un traumatisme, et à la résistance au stress.
- McCubbin (2001) ajoute à ces deux conceptualisations celle de la résilience en tant que réponse, qui elle, est liée aux changements positifs mis en place face à l'adversité.

Deuxièmement, Yang et Bae (2022) définissent la résilience comme étant la capacité à faire face et à s'adapter rapidement à ce qui suit l'exposition à l'adversité ou au traumatisme. Dans cette définition, tout comme dans la plupart des définitions proposées, il est observé deux concepts : l'adversité et l'adaptation.

Dernièrement, Arrogante et Aparicio-Zaldiva (2017) précisent que la résilience est à envisager comme une réponse qui est nécessaire pour faire face à l'adversité et au stress. Cette définition semble tendre vers celle proposée par Yang et Bae (2022), qui est la plus communément acceptée.

## **9.2. Résilience et traumatisme vicariant**

Han et collaborateurs (2021) mettent en avant que le processus dynamique qui constitue la résilience peut se modifier à travers le temps et notamment à la suite de traumatisme. Bien que les symptômes du TSPT altèrent la résilience, ces auteurs démontrent que ce concept a le potentiel de jouer un rôle positif dans le traumatisme. Arrogante et Aparicio-Zaldiva (2017), quant à eux, mettent également en avant l'utilité de la résilience dans la compréhension de la capacité à rebondir chez les intervenants d'urgence. Les

---

<sup>3</sup> Jessor, 1993, Kumpfer, 1993, Masten & al., 1990, Norman, 2000, Rutter, 1987, cités par McCubbin, 2001

conditions exceptionnelles dans lesquelles les professionnels, et les agents de la Protection Civile, exercent et l'exposition à des événements potentiellement traumatisants nécessitent une capacité à rebondir, à faire face. De plus, Zang et collaborateurs (2017) insistent sur le fait qu'après une catastrophe, la résilience chez les soldats leur permettent de modifier et de réduire leurs perceptions négatives de soi, des autres et du monde ce qui, par conséquent, diminue les symptômes du TSPT. La résilience prend alors tout son sens dans la réduction du risque de développer un traumatisme vicariant auprès des agents de la Protection Civile dans le contexte des inondations.

### **9.3. Résumé**

Pour résumer, la résilience est tantôt définie comme un processus, tantôt comme une capacité qui a trait à l'adaptation après l'adversité, à la résistance au stress et au rétablissement d'un traumatisme. Dans le cadre du traumatisme vicariant, la résilience représente un réel facteur de protection et prend tout son sens auprès des agents de la Protection Civile dans le contexte des inondations de juillet 2021.

# **PARTIE EMPIRIQUE**

## **1. Objectif de l'étude**

La Belgique a connu d'importantes inondations au mois de juillet 2021. Cette catastrophe naturellement a engendré de nombreux dégâts de différentes natures nécessitant l'intervention de professionnels. Dans ce contexte, les agents de la Protection Civile, volontaires et professionnels, ont été amenés à préserver la sécurité des lieux et des sinistrés. Si les inondations impactent autant physiquement que personnellement les sinistrés, il n'en est pas moins des intervenants de première ligne et donc, de la Protection Civile.

Le traumatisme vicariant est ainsi une des conséquences du contact régulier à la population traumatisée qui concerne ces agents lors d'interventions en situation d'exception. De nombreuses recherches existent déjà sur ce trouble. Cependant, celles s'intéressant à l'impact des catastrophes naturelles sur les intervenants de première ligne semblent lacunaires. De surcroît, les recherches à propos de la Protection Civile belge sont, à ce jour, d'une rareté palpable. L'intérêt de cette recherche repose alors sur la nouveauté d'envisager les enjeux du traumatisme vicariant au sein des agents de la Protection Civile belge.

Ainsi, l'objectif de la recherche est d'identifier les facteurs psychologiques influençant le développement d'un traumatisme vicariant auprès des agents de la Protection Civile dans le contexte des inondations de juillet 2021. L'enjeu est alors de comprendre comment la satisfaction professionnelle, les stratégies de coping et la résilience influencent le traumatisme vicariant.

Dans un premier temps, nous investiguerons si le fait d'avoir été personnellement impacté par les inondations et le fait d'avoir des enfants déterminent une sensibilité au traumatisme vicariant. Dans un second temps, nous envisagerons le lien qui existe entre l'expérience des agents, leur satisfaction professionnelle et le traumatisme vicariant. Dans un troisième temps, nous tenterons d'identifier l'influence du rôle joué par les agents de la Protection Civile pendant les inondations et de la résilience sur le traumatisme vicariant. Dans un quatrième temps, nous déterminerons si il existe un impact des stratégies de coping sur le développement d'un traumatisme vicariant. Enfin, nous terminerons par considérer les différences en termes de traumatisme vicariant selon le statut civil et la profession.

## 2. Hypothèses

### 2.1. Première hypothèse

Les conséquences des inondations sur les professionnels sont nombreuses. Notamment, les intervenants sont fortement préoccupés par la sécurité de leur famille, lorsqu'elle est elle-même susceptible d'être impactée par les inondations (Van Heugten, 2012). Ils manifestent alors le besoin d'être certains que leur famille soit hors de danger. D'ailleurs, De Soir (2003) met en avant que les intervenants de première ligne se mettent à la place des victimes ou s'identifient davantage aux victimes qu'ils rencontrent lorsqu'ils sont eux-mêmes, ou leur proche, impactés par l'événement. Pourtant, il est prouvé que l'identification à la souffrance des victimes représente un risque de développement d'un traumatisme vicariant (Laurent, 2014). Dans le même ordre d'idées, les agents de la Protection Civile sont plus à risque de développer un traumatisme vicariant lorsqu'ils ont eux-mêmes vécu un traumatisme personnel (Lerias & Byrne, 2003). Dans ce contexte, les inondations réactivent les souvenirs traumatiques de leur propre histoire. De plus, il est inévitable que dans ce contexte, des enfants ont eu besoin d'assistance, de secours et il est affirmé que les événements impliquant les enfants représentent un risque accru de développer un traumatisme (Lavillunière, & al. 2006). Les professionnels ayant eux-mêmes des enfants accentueraient alors le risque de traumatisation vicariante.

*La première hypothèse postule que les agents de la Protection Civile qui ont été personnellement touchés et/ou que leur proche l'ont été (indiqué par le questionnaire socio-démographique), présenteront des taux plus élevés de traumatisme vicariant à l'échelle STSS, et plus particulièrement lorsqu'ils ont des enfants.*

### 2.2. Deuxième hypothèse

La satisfaction professionnelle est envisagée par les auteurs comme une sorte de protection aux difficultés que représente le métier, notamment dans le développement d'un traumatisme vicariant (Hunsaker & al., 2015 ; Figley, 1995). Hunsaker et collaborateurs (2015) démontrent que la satisfaction de compassion est plus élevée auprès des infirmiers plus âgés alors que le niveau de fatigue de compassion et de burn out était plus faible au sein de cette même population. Les auteurs expliquent cet effet par un plus haut taux d'exposition aux challenges chez les jeunes professionnels dans un environnement qui exige de la rapidité et

des compétences. D'ailleurs, les auteurs s'accordent sur l'effet de l'âge, l'expérience professionnelle, sur le risque de développement d'un traumatisme vicariant ou d'une fatigue de compassion (Cusack & al., 2019 ; Glover-Stief & al., 2021).

*La deuxième hypothèse suppose donc qu'au plus les agents de la Protection Civile ont de l'expérience professionnelle (indiqué par le questionnaire sociodémographique), au plus leur sentiment de satisfaction professionnelle à la ProQOL sera élevé, et au moins le score obtenu à la sous-échelle de la ProQOL relative au traumatisme vicariant sera élevée.*

### **2.3. Troisième hypothèse**

Le traumatisme vicariant survient lorsque le professionnel est soumis de manière prolongée et/ou répétée dans le temps au vécu traumatique de personnes ayant subi elles-mêmes un traumatisme (Figley, 1995 ; Cusin & Fabre, 2017). Le modèle de Figley (1995) considère d'ailleurs l'exposition prolongée aux vécus traumatiques comme étant un facteur fondamental dans le développement d'une fatigue de compassion. Aussi, certains facteurs stressants relatifs à l'intervention peuvent rendre plus vulnérable le professionnel au traumatisme vicariant, avec en première position la mort ou l'intervention pour de graves blessures auprès d'un enfant, l'annonce à la famille d'un accident conséquent ou d'un décès et bien d'autres (Lavillunière, & al., 2006). Dans le contexte des inondations de juillet 2021, certains agents de la Protection Civile ont d'ailleurs dû sortir les corps de l'eau pour ensuite accompagner les familles dans la reconnaissance des victimes primaires. Puisque les compétences générales des agents du cluster USAR sont de rechercher et de sauver des personnes en danger, nous pensons que ces agents sont davantage au contact des caractéristiques précédemment citées. Ainsi, le rôle au moment de l'événement impacte le développement des symptômes du TSPT (Klimley & al., 2018 ; Lee & al., 2018 ; Laborie & al., 2002 ; Desbiendras, 2019 ; Horswill & al., 2021). Cependant, la résilience (Klimley & al., 2018) semble jouer un rôle protecteur en termes de traumatisme vicariant. La résilience pourrait alors permettre aux agents en contact avec la mort de ne pas développer ou de diminuer les symptômes du traumatisme vicariant.

*La troisième hypothèse envisage que le traumatisme vicariant sera plus élevé à la STSS chez les agents qui présentent un faible taux de résilience à la CD-RISC lorsqu'ils exercent au sein du cluster USAR (indiqué au questionnaire socio-démographique).*



#### **2.4. Quatrième hypothèse**

Même si il n'y a pas, a priori, de bonne ou mauvaise stratégie de coping, l'efficacité de ces stratégies varie en fonction du métier exercé. Ainsi, chez les intervenants de première ligne, certaines stratégies de coping sont plus efficaces que d'autres dans le cadre d'un événement traumatisant. D'ailleurs, les stratégies de coping centrées sur le problème sont liées inversement aux symptômes du TSPT (Lee & al., 2018 ; Young & al., 2014, Turliuc, & Măirean, 2012). Aussi, Lee et collaborateurs (2018) mettent en avant l'efficacité du coping centré sur la recherche de soutien. En revanche, les auteurs s'accordent sur l'inadaptation de la stratégie de coping centré sur l'émotion (Young & al., 2014 ; Lee & al., 2016 ; Turliuc & Măirean, 2012). Les stratégies dysfonctionnelles peuvent engendrer d'ailleurs à long terme un épuisement professionnel ou un TSPT (Grebott, 2010). Ensuite, la résilience et le coping partagent quelques caractéristiques communes. Tous deux trouvent leur intérêt dans leur objectif d'adaptation à une situation d'adversité/de stress (McCubbin, 2001 ; Theleritis & al., 2020). Durant les inondations de juillet 2021, le coping et la résilience ont alors été des outils psychologiques importants pour y faire face. Par leur objectif commun et leur aspect protecteur du traumatisme vicariant, nous pensons qu'ils peuvent agir dans le même sens.

*La quatrième hypothèse suggère que les agents de la Protection Civile utilisant les stratégies de coping centrées sur les émotions (évaluées par la WCC), auront un score faible pour la résilience à la CD-RISC et présenteront des scores plus élevés pour le traumatisme vicariant à la STSS.*

#### **2.5. Cinquième hypothèse**

Les agents de la Protection Civile interviennent lors de catastrophes pour venir au secours de la population. Cette modalité de travail implique des interventions en situation d'exception, comme nous l'investiguons dans le cadre des inondations de juillet 2021. Le caractère exceptionnel de l'événement est d'ailleurs un facteur de risque de traumatisme vicariant (De Soir, 2001). Les sapeurs-pompiers et agents du SMUR interviennent aussi lors de situations d'exception. Nous pourrions penser que puisque les agents de la Protection Civile interviennent majoritairement en situation d'exception, ils sont plus à risque de présenter un traumatisme vicariant. Néanmoins, certaines ressources permettent aux individus de diminuer le risque de développer une psychopathologie avec notamment le soutien social perçu (Theleritis & al., 2020). Au plus ce dernier est important, au moins la personne en

situation de stress présente un niveau de détresse important (Lerias & Byrne, 2003). Ce soutien passe notamment par la famille. Heydari et collaborateurs (2022) mettent d'ailleurs en avant que les personnes mariées sont plus prudentes en ce qui concerne leur vie que les personnes célibataires. La famille représente un lieu de soutien et de compréhension ce qui constitue alors un facteur social de résilience. Nous pouvons donc supposer que les agents de la Protection Civile qui sont en couple, mariés ou en cohabitation aient accès à un soutien social de la part de leur conjoint qui diminue le risque de traumatisation.

*La cinquième hypothèse énonce que le traumatisme vicariant sera plus élevé à la STSS chez les agents de la Protection Civile que chez les pompiers ou les agents du SMUR, ce qui sera d'autant plus vrai chez les agents célibataires ou divorcés (indiqué par le questionnaire socio-démographique).*

### **3. Méthodologie**

#### **3.1. Recrutement**

En attendant la réponse du Comité Éthique de la faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège, nous avons créé un questionnaire en ligne afin de toucher plus aisément un plus grand nombre de participants.

Une fois l'accord du Comité Éthique reçu et les dernières modifications de l'enquête en ligne effectuées, le recrutement a pu commencer, et ce, en mars 2022. Dans un premier temps, nous avons pris contact par téléphone avec le dispatching de la Protection Civile de Crisnée afin de nous présenter et de présenter la recherche. Nous n'avons pas pris contact avec la caserne de Braaschaat puisqu'ils parlent néerlandais et que nous ne parlons pas cette langue. Le dispatching nous a alors communiqué l'adresse mail du colonel des trois détachements pour obtenir l'accord de diffuser cette recherche. Un mail lui a donc été envoyé avec le lien de l'enquête en ligne, la lettre d'informations (voir annexe 1) afin qu'il puisse la diffuser auprès de ces agents.

Après deux semaines sans réponse, nous avons relancé, par téléphone cette fois. Cependant, le colonel a pu nous faire part de ces inquiétudes quant au nombre de réponses que nous recevions sous cette modalité. En effet, bon nombre des agents de la Protection Civile utilisent peu voire pas la plateforme informatique. Ainsi, l'enquête initialement en

ligne, a été réalisée en format papier. 150 questionnaires ont été alors imprimés. Chaque questionnaire était joint à la lettre d'information et le tout, placé dans une enveloppe. Chacun des participants a été clairement informé de l'objectif de la recherche, du fait qu'ils pouvaient, à tout moment, arrêter de compléter le questionnaire et que leurs réponses et participation étaient totalement anonymes.

Nous avons déposé l'ensemble des enveloppes auprès du colonel et il s'est chargé de la distribution. Les participants ont réalisé cette enquête lors de leur débriefing journalier et pouvaient la déposer dans une urne placée dans leur salle de réunion. Une semaine après le dépôt de l'ensemble des enveloppes, le commandant d'un des détachements a pris contact avec nous par mail. Nous l'avons donc recontacté par téléphone et avons convenu d'une rencontre la semaine suivante afin de se faire une idée plus précise des fonctions de la Protection Civile dans le cadre des inondations. Lors de cet entretien, le commandant nous a communiqué les adresses mail des autres responsables des détachements que nous avons relancé, mais en vain. Nous avons donc récupéré l'urne, quatre semaines après le dépôt, qui contenait alors 61 formulaires. En procédant de cette manière, il nous est impossible d'identifier les agents.

### **3.2. Outils et mesures**

L'enquête comprenait plusieurs questionnaires : un questionnaire sociodémographique, la Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride & al., 2004), la Professional Quality Of Life scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales (ProQOL ; Stamm, 2009), la Ways of Coping Checklist (WCC ; Cousson & al., 1996) et la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003).

#### ***3.2.1. Données socio-démographiques***

Le premier questionnaire de l'enquête concerne les données personnelles et professionnelles des agents de la Protection Civile (voir annexe 2). Il a pour objectif de mettre en lumière les différents éléments influençant le traumatisme vicariant. Les facteurs ayant été investigués sont l'âge, le genre, le statut civil, le nombre d'enfants, le niveau d'étude, le domaine de compétence, les années d'expérience, l'impact personnel des inondations et le moment de l'intervention.

### **3.2.2. *Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride & al., 2004)***

La Secondary Traumatic Stress Scale est une échelle mise au point par Bride et ses collaborateurs en 2004. La réalisation de cette échelle auto-administrée survient en raison des lacunes des outils existants à distinguer un traumatisme primaire d'un traumatisme secondaire. En effet, peu d'instruments s'intéressent aux symptômes spécifiques du traumatisme secondaire. D'ailleurs, les items spécifiques au STS définissent le facteur de stress traumatique comme étant l'exposition au traumatisme des clients. L'échelle se focalise sur trois types de symptômes constituant les trois sous-échelles : les symptômes intrusifs, l'évitement et les symptômes neurovégétatifs. Pour rappel, les symptômes intrusifs font référence à tout ce qui s'est inscrit en mémoire en lien avec le traumatisme : souvenirs répétitifs et envahissants, rêves et cauchemars et flash-back. L'évitement, qui engendre souvent la détresse, correspond aux efforts mis en place pour empêcher la survenue des pensées et sentiments en lien avec le traumatisme ou l'évitement en tant que tel de ceux-ci. Les symptômes neurovégétatifs sont liés à une hyperactivation de l'éveil se manifestant par une perturbation sur différents niveaux : cognition, humeur, sommeil, attention et comportement.

L'outil est composé de 17 items interrogeant ces trois facteurs à la suite de l'exposition secondaire des professionnels au traumatisme. Cinq items s'intéressent aux symptômes intrusifs (2, 3, 6, 10, 13), sept items sont en lien avec l'évitement (1, 5, 7, 9, 12, 14, 17) et les cinq autres investiguent les symptômes neurovégétatifs (4, 8, 11, 15, 16). Il est demandé au participant qui complète la STSS d'indiquer la fréquence à laquelle il a été concerné par l'item au cours des sept derniers jours. Cette fréquence peut être indiquée grâce à une échelle de Likert qui s'étend de « Jamais » (1) à « Très souvent » (5).

Pour l'interprétation, il faut additionner la fréquence indiquée par le participant pour chaque sous-dimension. Un score est alors obtenu pour chacune d'entre-elles. L'idée n'est pas d'obtenir un diagnostic, mais plutôt de déterminer dans quelle mesure la personne est à risque de témoigner de ce type de symptômes. Pour ce faire, Bride et collaborateurs (2007) ont établi des catégories de scores selon la somme totale des 17 items :

- Score inférieur à 28 : peu voire pas de STS
- Score entre 28 et 37 : STS léger
- Score entre 38 et 43 : STS moyen

- Score entre 44 et 48 : STS élevé
- Score supérieur à 48 : STS sévère

En ce qui concernent les qualités psychométriques, l'échelle présente une bonne fiabilité et cohérence interne pour tous les items ( $\alpha = .97$ ), pour les symptômes intrusifs ( $\alpha = .83$ ), pour les symptômes d'évitement ( $\alpha = .89$ ) et pour les symptômes neurovégétatifs ( $\alpha = .85$ ). Chaque item mesure bien ce qu'il est sensé mesurer. Enfin, la validité convergente et discriminante sont aussi de bonne qualité.

L'intérêt de cet outil se situe dans l'évaluation des symptômes spécifiques à l'exposition secondaire au traumatisme, prenant ainsi en considération les victimes secondaires et tertiaires. En effet, elle permet de déceler le niveau d'un potentiel STS alors que la plupart des échelles s'intéressant au traumatisme se centrent sur l'exposition primaire et donc sur les victimes primaires. De plus, avec 17 items, il s'agit d'une échelle rapide et simple à compléter.

Afin de pouvoir appliquer les résultats dans le contexte des inondations, nous avons changé, dans la consigne, la mention « au cours des 7 derniers jours » par « durant la période des inondations ». En effet, les inondations ayant eu lieu en juillet 2021 et cette présente recherche se focalisant sur l'impact des inondations, il nous a semblé opportun d'y ajouter cette précision.

### ***3.2.3. Professional Quality Of Life (ProQOL; Stamm, 2010)***

La Professional Quality of Life scale est un outil initialement inventé par Figley en 1980 et qui portait un autre nom. Mais Figley et Stamm ont rapidement collaboré ensemble, Stamm ajoutant le concept de fatigue de compassion. Au final, c'est à Stamm que revient la mesure qui porte le nom actuel connu : ProQOL (Stamm, 2010). Ainsi, cette échelle évalue les aspects positifs et négatifs du travail avec des personnes ayant vécu des événements traumatisants. Elle comporte trois sous-échelles : la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et le traumatisme vicariant. Stamm (2010) explique que la qualité de vie professionnelle engendre soit de la satisfaction de compassion, c'est-à-dire un plaisir qui découle du sentiment de bien faire son travail, soit de la fatigue de compassion. Cette dernière est alors envisagée selon deux possibilités : le burn out ou le traumatisme secondaire/vicariant. Pour rappel, le burn out fait référence au désespoir, à la difficulté de gérer son travail ou de le réaliser efficacement et à l'impression que les efforts mis en place

n'ont pas d'effet, en raison d'une charge de travail excessive ou d'un lieu de travail peu soutenant (Stamm, 2010). Le traumatisme vicariant se développe en raison de l'engagement empathique envers les personnes ayant vécu des événements traumatisants.

Cette échelle auto-administrée comporte 30 items parmi lesquels 10 concernent la satisfaction de compassion (3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30), 10 interrogent le burn out (1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29) et les 10 derniers se centrent sur le traumatisme secondaire/vicariant (2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28). Pour compléter l'échelle, le participant doit indiquer la fréquence (au cours des 30 derniers jours) à laquelle l'item proposé lui correspond, grâce à une échelle de Likert allant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (5).

Afin d'interpréter la ProQOL, il faut additionner les fréquences de chaque item pour chaque sous-échelle, après avoir renversé la cotation des items 1, 4, 15, 17 et 29. Au plus le score sera élevé, au plus ce que la sous-échelle mesure sera élevé. Ainsi, il ne représente en rien un diagnostic. Stamm (2010) préconise une interprétation des scores sur base d'un continuum, il présente alors différentes situations. Pour chacune des sous-échelles, voici l'interprétation :

- Score inférieur à 23 : léger
- Score entre 23 et 41 : moyen
- Score supérieur à 41 : élevé

Les propriétés psychométriques sont assez qualitatives. En effet, la fiabilité sur l'ensemble des items présente un coefficient alpha de .88 et la validité est de qualité avérée également. D'autres avantages se situent également dans la traduction et validation de cet outil dans plusieurs langues. Il s'agit également de l'échelle la plus souvent utilisée dans l'évaluation des aspects positifs et négatifs du travail avec des personnes ayant vécu un traumatisme (Stamm, 2010).

De même que pour la STSS, la mention « au cours des 30 derniers jours » a été remplacée par « durant la période des inondations » afin de mettre en lumière les aspects positifs et négatifs du travail relatifs aux inondations.

### 3.2.4. *Ways of Coping Checklist (WCC; Cousson & al., 1996)*

La Ways of Coping Checklist est une échelle initialement créée par Folkman et Lazarus (1980). C'est à Cousson et collaborateurs (1996) que revient la validation française de la WCC. Cette échelle auto-administrée évalue les différentes stratégies qu'une personne met en place face au stress et à l'adversité, autrement dit, les stratégies de coping. Elle prend en compte les différents types de coping, formant les trois sous-dimensions : centré sur le problème, centré sur l'émotion et centré sur la recherche de soutien. Pour rappel, Gangloff et Malleh (2017) différencient ces types de coping. Le coping centré sur le problème se focalise sur la diminution ou transformation de la source de stress. Le coping centré sur l'émotion se centre sur la diminution ou le contrôle de la tension émotionnelle créée par le problème. Enfin, le coping centré sur le soutien cherche à susciter la sympathie d'autrui notamment par l'écoute.

27 items composent l'échelle. 10 items composent la stratégie de coping centré sur le problème (1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27), neuf composent la stratégie de coping centré sur l'émotion (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26) et les huit derniers composent la stratégie de coping centré sur le soutien (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24). Pour compléter le questionnaire, il est demandé aux participants de penser à une situation particulièrement bouleversante et d'indiquer ensuite leur degré d'accord avec chaque item proposé à travers une échelle de Likert allant de « Non » (1) à « Oui » (4).

Pour interpréter la WCC, il faut additionner chaque degré d'accord pour chacune des sous-échelles, après avoir inversé la cotation de l'item 15. Ainsi, les scores obtenus seront comparés aux normes françaises établies par Cousson et collaborateurs (1996) pour déterminer le style de coping préférentiel.

	<i><b>Centré sur le problème</b></i>		<i><b>Centré sur l'émotion</b></i>		<i><b>Centré sur le soutien</b></i>	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
<i><b>Hommes (N=221)</b></i>	28,04	5,71	20,22	5,49	25,50	5,04
<i><b>Femmes (N=247)</b></i>	27,79	6,78	21,70	5,60	20,20	4,76

Tableau 1 : Normes françaises de la WCC (Cousson & al., 1996)

Les qualités psychométriques se trouvent assez bonnes. En effet, la fidélité, la validité de construit et de critère se voient avérées. Cependant, une limite de cet outil est qu'il ne

permet pas de déterminer l'efficacité de la stratégie de coping. Comme expliqué précédemment, plusieurs facteurs influencent cette efficacité, ce qui n'est pas mis en évidence dans cette échelle. Cet outil permet néanmoins de se faire une idée de quel type de stratégie de coping est employé majoritairement par une population.

Comme pour les précédents questionnaires, nous avons ajouté à la consigne que l'événement bouleversant devait avoir été vécu « durant les inondations » afin d'interpréter au mieux les résultats en lien avec notre question de recherche.

### ***3.2.5. Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)***

La Connor Davidson Resilience Scale est la dernière échelle envisagée dans notre questionnaire. Elle a été créée par Connor et Davidson en 2003 afin de pallier le manque d'outils validés et acceptés relatifs à la résilience. Cet outil auto-administré évalue donc la capacité de l'individu à s'adapter à une situation d'adversité. La résilience étant un concept multifactoriel, plusieurs éléments sont pris en compte afin de créer les cinq sous-dimensions de cette échelle (Hébert & al., 2018) : persistance/ténacité et sens de l'efficacité personnelle (compétence personnelle, haut niveau d'exigence, capacité de résistance), contrôle émotionnel et cognitif sous la pression (tolérance au stress, aux affects négatifs, confiance en son instinct), capacité à rebondir (relations avec autrui positives, adaptation), contrôle/sens (sentiment de contrôler) et spiritualité.

La CD-RISC se compose de 25 items : huit items correspondent à la persistance/ténacité et sens de l'efficacité personnelle (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25), sept items composent le contrôle émotionnel et cognitif sous la pression (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20), cinq items se réfèrent à la capacité à rebondir (1, 2, 4, 5, 8), trois items se centrent sur le contrôle/sens (13, 21, 22) et les deux derniers items s'intéressent à la spiritualité (3, 9).

Afin de compléter cette échelle, il est demandé au sujet d'indiquer la fréquence à laquelle les items proposés le concerne grâce à une échelle de Likert allant de « Pas du tout » (0) à « Presque tout le temps » (4). L'interprétation de la CD-RISC se fait alors par l'addition de ces fréquences. La particularité de cette échelle est qu'il n'y a pas de seuil qui place le participant dans une catégorie ou une autre. Ainsi, au plus le score est élevé, au plus cette personne a une capacité de résilience importante.



Les qualités psychométriques de la CD-RISC sont avérées puisqu'elle possède un alpha de Cronbach de .89 et une fidélité test-retest de .87 (Connor & Davidson, 2003). Un autre avantage à ce questionnaire est qu'il est simple à administrer, mais aussi à interpréter. Par contre, une des limites se trouve dans le fait que les personnes qui seraient résilientes à travers un des facteurs présentés, mais pas à travers les autres ne seraient peut-être pas considérées comme résilientes, alors qu'elles pourraient trouver leurs facultés d'adaptation dans un autre domaine.

Pour ne pas déroger à ce qui précède, nous avons ajouté à la consigne qu'il fallait envisager les items « en lien avec les inondations de juillet 2021 ».

### **3.3. Considerations éthiques**

Cette recherche a évidemment respecté scrupuleusement le code de déontologie des psychologues belges (2004). Ainsi, les principes fondamentaux relatifs à la compétence, la responsabilité, l'intégrité et le respect des droits et de la dignité de la personne ont été suivis pendant l'entièreté de ce travail. L'anonymat a aussi été rigoureusement assuré.

La participation des agents a fait l'objet d'un consentement libre et éclairé. La lettre d'information signée marque l'accord et la prise de connaissance par les agents de la Protection Civile des objectifs de la recherche, du droit à arrêter l'enquête à n'importe quel moment sans justification et de la confidentialité et anonymat des données. Ces dernières seront transmises à l'université uniquement dans un objectif de recherche.

## **PARTIE RÉSULTATS**

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi alors que l'organisation des données a été assistée par Excel.

### **1. Échantillon**

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une autre plus large qui vise à investiguer les enjeux psychologiques qu'ont engendré les inondations de juillet 2021 auprès des intervenants de première ligne. Le vécu de trois populations a donc été investigué : celui des agents de la Protection Civile, celui des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et le vécu des intervenants du SMUR. Cette présente recherche se centre plus particulièrement sur le vécu des agents de la Protection Civile. Le critère d'inclusion était que les agents aient été en contact avec les sinistrés lors des inondations. Par conséquent, sur les 61 questionnaires reçus, trois ne remplissaient pas ce critère et n'ont donc pas été pris en compte dans l'échantillon. D'autres participants n'ont complété que le questionnaire sociodémographique ( $N = 8$ ). En conclusion, nous avons uniquement gardé les 50 questionnaires entièrement ou presque entièrement complétés. Parmi ces 50 questionnaires, deux agents n'ont pas répondu à la question relative à leur compétence au sein de la Protection Civile. Pour l'hypothèse relative à l'influence du domaine de compétence sur le développement d'un psychotraumatisme (hypothèse 3), nous n'avons pris en compte que les 48 agents ayant complété cette question. Ceci explique le  $N$  total de 48 pour l'hypothèse 3.

### **2. Statistiques descriptives de l'échantillon**

L'échantillon de notre recherche se compose de 50 agents de la Protection Civile (2 femmes et 48 hommes). Les participants sont âgés entre 28 ans et 63 ans ( $M = 49.7$ ,  $ET = 8.77$ ) avec une expérience au sein de la Protection Civile allant de deux années à 38 années ( $M = 18.4$ ,  $ET = 10.0$ ). À propos du statut civil, 25 sont mariés, sept sont célibataires, sept sont en co-habitation, cinq sont en couple et six sont divorcé(e)s. 39 ont des enfants.

Concernant les inondations, le moment où les agents sont intervenus variait (phase d'alerte, montée des eaux, décrue, après les inondations, toutes ces phases) tout comme leur fonction au sein de la Protection Civile (USAR, dispatching, CBRN, ICM, etc.). Aussi, 10

participants ont été touché personnellement ou via leurs proches par les inondations. Parmi ces 10 agents, un n'a pas indiqué la mesure de l'impact, deux agents ont eu quelques centimètres d'eau dans leur cave, un agent a un proche qui a tout perdu, un autre agent a des proches qui ont perdu bon nombre de matériels et les cinq autres agents ont indiqués des séquelles psychologiques ou somatiques : forte empathie envers les sinistrés, touché par le courage des victimes primaires, difficulté de sommeil, anxiété, irritabilité, perception de lacunes dans la formation, etc. Enfin, sept participants ont remarqué l'apparition de symptômes à la suite des inondations (anxiété, cauchemar, insomnie, fatigue, difficulté de concentration, colère, etc.).

### 3. Statistiques descriptives des échelles

	<i>STSS<sup>a</sup></i>	<i>PROQOL_SC<sup>b</sup></i>	<i>PROQOL_EP<sup>c</sup></i>	<i>PROQOL_TV<sup>d</sup></i>
<i>N</i>	50	50	50	50
<i>Moyenne</i>	27.3	38.2	23.3	17.5
<i>Médiane</i>	25.5	39.0	22.5	16.5
<i>Écart-type</i>	8.36	6.61	5.29	4.78
<i>Minimum</i>	17	12	15	10
<i>Maximum</i>	58	50	41	29

<sup>a</sup> : score total à la STSS

<sup>b</sup> : score total à la sous-échelle satisfaction de compassion à la ProQOL

<sup>c</sup> : score total à la sous-échelle épuisement professionnel à la ProQOL

<sup>d</sup> : score total à la sous-échelle traumatisme vicariant à la ProQOL

*Tableau 2 : Statistiques descriptives de la STSS et de la ProQOL*

Le score moyen obtenu par les agents de la Protection Civile à la STSS renseigne qu'il y a peu voire aucun risque de développer un traumatisme secondaire. Néanmoins, les données s'étendent de 17 à 58 ce qui suggère que notre échantillon comprend des agents de la Protection Civile qui présentent peu voire aucun risque de développer un traumatisme secondaire (62 %) comme des agents ayant un risque sévère de développer ce type de traumatisme (4 %) (voir annexe 3).

Pour la ProQOL, la moyenne de notre échantillon à la sous-échelle Satisfaction de compassion montre un niveau de satisfaction de compassion moyen au sein des agents de la Protection Civile qui s'étend d'un bas niveau (2 %) à un niveau élevé (24 %). La moyenne à la sous-échelle Épuisement professionnel suggère un niveau d'épuisement professionnel moyen avec certains agents qui présentent des niveaux bas d'épuisement professionnel (50 %)

et d'autres des niveaux moyens (50 %). Quant à elle, la moyenne de la sous-échelle Traumatisme vicariant exprime un bas niveau de traumatisme vicariant pour l'ensemble de notre échantillon où certains agents témoignent d'un bas niveau (86 %), là ou d'autres témoignent d'un niveau moyen (14 %) de traumatisation vicariante. L'annexe 4 fournit la dispersion des scores aux trois sous-échelles de la ProQOL.

	<i>WCC_P<sup>a</sup></i>	<i>WCC_E<sup>b</sup></i>	<i>WCC_S<sup>c</sup></i>	<i>CD-RISC<sup>d</sup></i>
<i>N</i>	50	50	50	50
<i>Moyenne</i>	28.0	15.9	18.1	70.0
<i>Médiane</i>	29.0	16.0	18.0	69.0
<i>Écart-type</i>	6.00	3.78	3.90	11.2
<i>Minimum</i>	10	9	8	44
<i>Maximum</i>	40	23	25	95

<sup>a</sup> : score total à la sous-échelle coping centré sur le problème à la WCC

<sup>b</sup> : score total à la sous-échelle coping centré sur l'émotion à la WCC

<sup>c</sup> : score total à la sous-échelle coping centré sur le soutien à la WCC

<sup>d</sup> : score total à la CD-RISC

*Tableau 3 : Statistiques descriptives de la WCC et de la CD-RISC*

Pour la CD-RISC, la moyenne de l'échantillon témoigne d'un bon niveau moyen de résilience même si certains semblent moins résilients (min = 44) et d'autres très résilients (max = 95).

Enfin, concernant la WCC, la moyenne du coping centré sur le problème des agents de la Protection Civile correspond à l'utilisation moyenne de ces stratégies. Le coping centré sur l'émotion avec un maximum de 23 et celui centré sur le soutien avec un maximum de 25 semblent moins utilisés par notre échantillon que par les normes prévues par Cousson et collaborateurs (1996) (voir tableau 1).

## 4. Normalité des variables

	<i>W de Shapiro-Wilk</i>	<i>Valeur de p de Shapiro-Wilk</i>
<i>Score total – STSS</i>	0.876***	< .001
<i>Année d'expérience</i>	0.954	0.052
<i>Score total - ProQOL_SC</i>	0.925**	0.004
<i>Score total - ProQOL_TV</i>	0.937*	0.010
<i>Score total - CD-RISC</i>	0.990	0.947
<i>Score total - WCC_E (coping centré sur les émotions)</i>	0.961	0.094

\* : résultat significatif

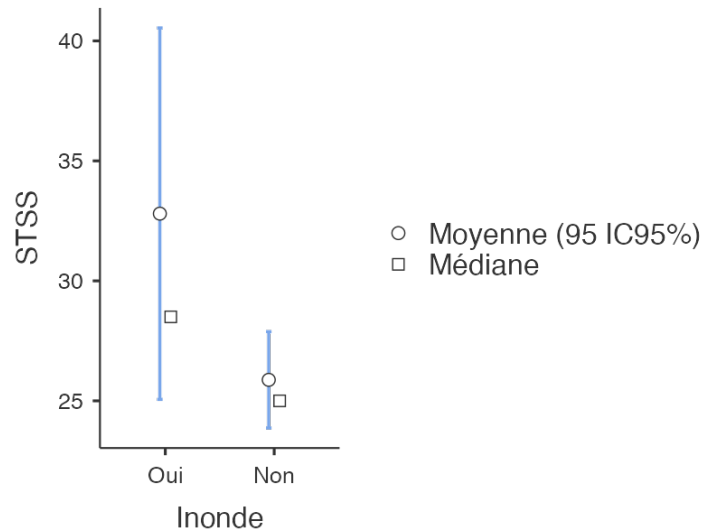
*Tableau 4 : Test de Shapiro-Wilk des variables STSS, Années d'expérience, ProQOL, CD-RISC et WCC*

Le test de Shapiro-Wilk, permettant de rendre compte de la normalité des différentes variables, nous indique que le score total à la STSS ( $W = .88$  ;  $p < .001$ ), le score à la sous-échelle satisfaction de compassion de la ProQOL ( $W = .93$  ;  $p = .004$ ) et le score à la sous-échelle traumatisme vicariant de la ProQOL ( $W = .94$  ;  $p = .01$ ) ne sont pas normalement distribués. Le reste des échelles sont distribuées normalement. Puisque les variables normalement distribuées sont mises en lien avec les variables qui ne le sont pas, nous n'avons eu recours qu'aux tests statistiques non-paramétriques.

## 5. Résultats de l'hypothèse 1

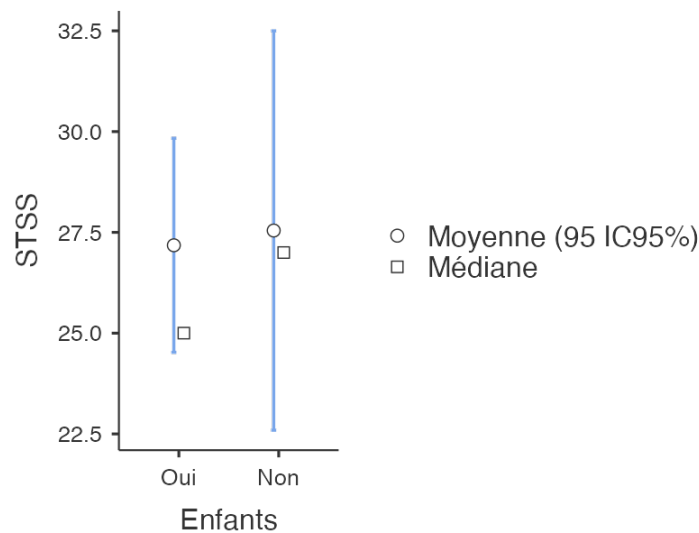
*H1 : les agents de la Protection Civile qui ont été personnellement touchés et/ou que leurs proches l'ont été présenteront des taux plus élevés de traumatisme vicariant à l'échelle STSS, et plus particulièrement lorsqu'ils ont des enfants.*

Un test U de Mann-Whitney a été réalisé pour observer s'il existait des différences dans les scores obtenus à la STSS entre les agents qui ont été personnellement inondés et ceux qui ne l'ont pas été. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative dans les scores entre les deux groupes ( $U = 138$  ;  $p = .14$ )



*Figure 1 : Score moyens de traumatisme vicariant (STSS) selon le fait d’avoir été impacté personnellement ou que des proches l’aient été par les inondations (Inonde)*

Ensuite, un autre test U de Mann-Whitney a été réalisé afin de déterminer l’existence de différences dans les scores obtenus à la STSS entre les agents qui ont des enfants et ceux qui n’en ont pas. Les résultats ( $U = 201$  ;  $p = .76$ ) montrent l’absence d’une différence significative des scores obtenus à la STSS.



*Figure 2 : Score moyens de traumatisme vicariant (STSS) selon la parentalité (Enfants)*

Enfin, afin d’envisager l’effet conjoint du fait d’avoir été personnellement impacté par les inondations et celui d’être parent sur les scores à la STSS, une ANOVA double croisée a été effectuée. Les résultats montrent l’absence d’un effet d’interaction ( $F = .31$  ;  $p = .58$ ).

	<i>Somme des carrés</i>	<i>ddl</i>	<i>Carrés moyens</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Enfants</i>	1.18	1	1.18	0.0180	0.894
<i>Inonde</i>	87.10	1	87.10	1.3337	0.254
<i>Enfants*Inonde</i>	20.18	1	20.18	0.3090	0.581
<i>Résidus</i>	3004.19	46	65.31		

*Tableau 5 : Test ANOVA double croisé pour la variable traumatisme vicariant (STSS) selon le fait d'avoir été personnellement impacté par les inondations (Inonde) et la parentalité (Enfants)*

## 6. Résultats de l'hypothèse 2

*H2 : au plus les agents de la Protection Civile ont de l'expérience professionnelle, au plus leur sentiment de satisfaction professionnelle à la ProQOL sera élevé, et au moins le score obtenu à la sous-échelle de la ProQOL relative au traumatisme vicariant sera élevée.*

Afin d'envisager le lien qui existe entre l'expérience professionnelle et le traumatisme vicariant, mais aussi le lien entre le sentiment de satisfaction professionnelle et le traumatisme vicariant, des corrélations de Spearman ont été réalisées.

<i>N = 50</i>		<i>ProQOL_TV<sup>a</sup></i>	<i>ProQOL_SC<sup>b</sup></i>	<i>Année d'expérience</i>
<i>ProQOL_TV<sup>a</sup></i>	Rho de Spearman	1		
	Valeur p			
<i>ProQOL_SC<sup>b</sup></i>	Rho de Spearman	.12	1	
	Valeur p	.4		
<i>Année d'expérience</i>	Rho de Spearman	.26	-.04	1
	Valeur p	.07	.79	

<sup>a</sup> : score total à la sous-échelle « traumatisme vicariant » à la ProQOL

<sup>b</sup> : score total à la sous-échelle « satisfaction de compassion » à la ProQOL

*Tableau 6 : Matrice de corrélations de Spearman entre le traumatisme vicariant (ProQOL), la satisfaction professionnelle (ProQOL) et l'expérience*

Nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de corrélation significative en ce qui concerne l'expérience et le traumatisme vicariant ( $r_s = .26$  ;  $p = .07$  ;  $N = 50$ ) ni en ce qui concerne la satisfaction professionnelle et le traumatisme vicariant ( $r_s = .12$  ;  $p = .4$  ;  $N = 50$ ). Ces variables ne sont alors pas liées dans notre échantillon.

Pour tester l'influence des différentes variables ensemble sur le traumatisme vicariant, nous avons effectué une régression multiple qui n'indique pas de résultat significatif ( $F = 1.3$ ,  $p = .28$  ;  $R^2 = .05$  ;  $R^2$  ajusté = .01).

Modèle	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajusté	Test de modèle général			
			F	ddl1	ddl2	p
1	0.0525	0.0122	1.30	2	47	0.282

*Tableau 7 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la ProQOL et la satisfaction de compassion de la ProQOL et l'expérience*

## 7. Résultats de l'hypothèse 3

*H3 : le traumatisme vicariant sera plus élevé à la STSS chez les agents qui présentent un faible taux de résilience à la CD-RISC lorsqu'ils exercent au sein du cluster USAR.*

Pour rappel, deux agents n'ont pas répondu à la question relative au domaine de compétence. Par conséquent, contrairement à l'ensemble des autres analyses, ces analyses ont été réalisées sur un échantillon de 48 au lieu de 50.

Le test Kruskal-Wallis a permis d'investiguer la différence entre les différents domaines de compétence des agents de la Protection Civile en termes de développement de traumatisme vicariant. Aucune différence significative n'a été relevée ( $H = 9.2$  ;  $p = .51$ ).

La corrélation de Spearman a permis de conclure qu'il n'existe pas de corrélation significative entre la résilience et le traumatisme vicariant ( $r_s = -.17$  ;  $p = .24$  ;  $N = 48$ ).

## 8. Résultats de l'hypothèse 4

*H4 : les agents de la Protection Civile utilisant les stratégies de coping centrées sur les émotions, auront un score faible pour la résilience à la CD-RISC et présenteront des scores plus élevés pour le traumatisme vicariant à la STSS.*

Les corrélations de Spearman ont permis d'envisager le lien entre les stratégies de coping et le traumatisme vicariant ainsi que le lien entre la résilience et le traumatisme vicariant sur l'ensemble de l'échantillon.



		<i>WCC_E<sup>a</sup></i>	<i>WCC_P<sup>b</sup></i>	<i>WCC_S<sup>c</sup></i>	<i>Score total - CD-RISC</i>	<i>Score total - STSS</i>
<i>WCC_E<sup>a</sup></i>	Rho de Spearman	1				
	Valeur p					
<i>WCC_P<sup>b</sup></i>	Rho de Spearman	.37**	1			
	Valeur p	.008				
<i>WCC_S<sup>c</sup></i>	Rho de Spearman	.63***	.51***	1		
	Valeur p	< .001	< .001			
<i>Score total - CD-RISC</i>	Rho de Spearman	-.17	.23	.003	1	
	Valeur p	.25	.10	.99		
<i>Score total - STSS</i>	Rho de Spearman	.41**	.28*	.36*	-.12	1
	Valeur p	.003	.047	.01	.40	

<sup>a</sup> : score total à la sous-échelle « coping centré sur l'émotion » à la WCC

<sup>b</sup> : score total à la sous-échelle « coping centré sur le problème » à la WCC

<sup>c</sup> : score total à la sous-échelle « coping centré sur le soutien » à la WCC

\* : résultat significatif

**Tableau 8 :** Matrice de corrélations de Spearman entre le traumatisme vicariant (STSS), la résilience (CD-RISC) et le coping (WCC)

Nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de corrélation significative en ce qui concerne la résilience et le traumatisme vicariant ( $r_s = -.12$  ;  $p = .4$  ;  $N = 50$ ), ce qui n'établit pas de relation entre ces deux variables. Cependant, les résultats démontrent une corrélation significative entre les stratégies de coping centrées sur les émotions et le traumatisme vicariant ( $r_s = .41$  ;  $p = .003$  ;  $N = 50$ ). Il est à noter que les stratégies de coping centrées sur le problème ( $r_s = .28$  ;  $p = .047$  ;  $N = 50$ ) comme les stratégies de coping centrées sur le soutien ( $r_s = .36$  ;  $p = .01$  ;  $N = 50$ ) présentent, elles aussi, une corrélation significative avec le traumatisme vicariant. Le coping centré sur l'émotion présente une corrélation plus forte que les deux autres styles de coping, ce qui implique que ce coping explique davantage le risque de traumatisme vicariant.

**Par conséquent, au plus un agent utilise des stratégies de coping centrées sur l'émotion, le soutien ou le problème, au plus il est à risque de développer un traumatisme vicariant.**

Pour tester l'influence des différentes variables ensemble sur le traumatisme vicariant, nous avons effectué une régression multiple qui n'indique pas de résultat significatif tant en ce qui concerne le coping centré sur l'émotion ( $F = 2.84$  ;  $p = .07$  ;  $R^2 = .11$  ;  $R^2$  ajusté = .07), que le coping centré sur le problème ( $F = 2.02$  ;  $p = .14$  ;  $R^2 = .08$  ;  $R^2$  ajusté = .04) ou que le coping centré sur le soutien ( $F = 1.12$  ;  $p = .33$  ;  $R^2 = .05$  ;  $R^2$  ajusté = .01) (voir annexe 5).

Modèle	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajusté	Test de modèle général			
			F	ddl1	ddl2	p
1	0.108	0.0699	2.84	2	47	0.068

*Tableau 9 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la STSS et résilience de la CD-RISC et des stratégies de coping centrées sur l'émotion de la WCC*

## 9. Résultats de l'hypothèse 5

*H5 : le traumatisme vicariant sera plus élevé à la STSS chez les agents de la Protection Civile que chez les pompiers ou les agents du SMUR, ce qui sera d'autant plus vrai chez les agents célibataires ou divorcés (indiqués par le questionnaire socio-démographique).*

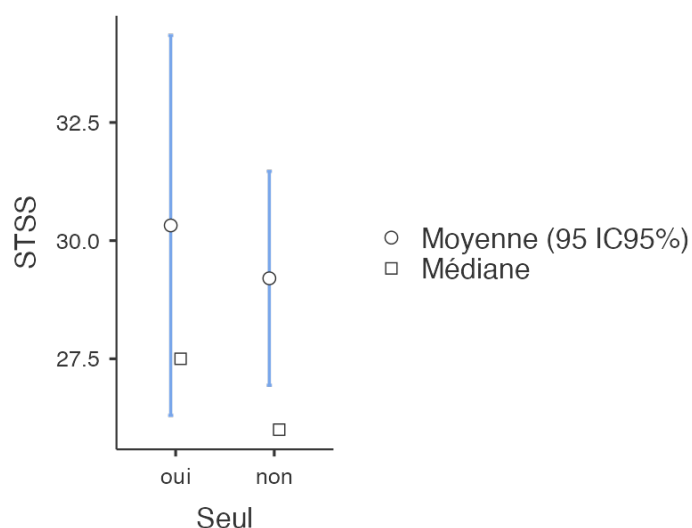
Pour cette hypothèse, nous avons utilisé les questionnaires complétés au moins jusqu'à l'échelle STSS, ce qui correspond à 117 participants comprenant 50 agents de la Protection Civile, 48 pompiers et 19 agents du SMUR.

	$\chi^2$	ddl	p
STSS	2.34	2	0.310

*Tableau 10 : Test de Kruskal-Wallis pour la variable traumatisme vicariant (STSS) selon la profession*

Le test Kruskal-Wallis a permis d'investiguer la différence de score de traumatisme vicariant entre les différentes professions. Aucune différence significative n'a été relevée ( $H = 2.34$  ;  $p = .31$ ), ce qui implique qu'il n'existe pas de différence en termes de développement de traumatisme vicariant en fonction de la profession.

Le test U de Mann-Whitney a permis d'identifier s'il existait des différences dans les scores obtenus à la STSS entre les professionnels du groupe 1 (célibataire ou divorcé) et ceux du groupe 2 (mariés, en cohabitation ou en couple). Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative dans les scores ( $U = 1167$  ;  $p = .61$ ).



*Figure 3 : Score moyens de traumatisme vicariant (STSS) selon le statut civil (seul ou non)*

L'ANOVA double croisée a pu mettre en évidence qu'il n'existe pas d'effets d'interactions significatifs ( $F = .08$  ;  $p = .92$ ).

	<i>Somme des carrés</i>	<i>ddl</i>	<i>Carrés moyens</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Profession</i>	370.1	2	185.04	1.5693	0.213
<i>Seul</i>	14.1	1	14.13	0.1199	0.730
<i>Profession*Seul</i>	19.7	2	9.84	0.0835	0.920
<i>Résidus</i>	13087.6	111	117.91		

*Tableau 11 : Test ANOVA double croisé pour la variable traumatisme vicariant (STSS) selon la profession et le statut civil (le fait d'être seul ou non)*

## **PARTIE DISCUSSION**

La revue de littérature effectuée a permis de mettre en lumière le manque d'informations relatives aux enjeux psychologiques auprès des agents de la Protection Civile belge. En effet, la littérature semble lacunaire, ne permettant pas de se faire une idée de ce qui se joue au sein de cette population. Pourtant, ces agents semblent être confrontés tout au long de leur profession à intervenir lors de situations d'exceptions et auprès de citoyens, parfois traumatisés. Le risque de développer un traumatisme vicariant dans ces conditions prend alors tout son sens. L'objectif de cette recherche était d'identifier les facteurs psychologiques influençant le développement d'un traumatisme vicariant auprès des agents de la Protection Civile dans le contexte des inondations de juillet 2021. Pour y répondre, nous avons investigué plus précisément les liens qui existaient entre les données socio-démographiques, la satisfaction professionnelle, le style de coping et la résilience avec le traumatisme vicariant. La méthodologie était alors de type quantitative et consistait en la passation de questionnaires auto-administrés relatifs aux différents facteurs énoncés. Les traitements statistiques de ces données ont permis de dégager les résultats pour chacune des cinq hypothèses énoncées.

### **1. Caractéristiques socio-démographiques et traumatisme**

*H1 : les agents de la Protection Civile qui ont été personnellement touchés et/ou que leurs proches l'ont été, présenteront des taux plus élevés de traumatisme vicariant, et plus particulièrement lorsqu'ils ont des enfants.*

Nos résultats ont mis en évidence que ni le fait d'avoir des enfants, ni le fait d'avoir été touché personnellement par l'événement traumatisant ne permet d'expliquer le développement d'un traumatisme vicariant. Ces résultats sont alors en contradictions avec la littérature. En effet, le caractère d'horreur qu'ont représenté les inondations était déjà une source de stress en soit. Comme l'explique Laurent (2014), les interventions qui sont violentes, sanglantes ou durant lesquels une personne décède sont d'une telle ampleur qu'elles choquent émotionnellement les professionnels. À cela, il faut ajouter l'inquiétude des agents dont la famille a été potentiellement ou effectivement touchée (Van Heugten, 2012). Ces stressseurs accentuent d'ailleurs la propension du professionnel à s'identifier aux victimes (De Soir, 2001) qui augmente le risque de développer un traumatisme vicariant (Laurent, 2014).

Ce constat étant bien ancré dans la littérature, il est pertinent de s'interroger sur ce qui montre l'absence de significativité dans les résultats. De Soir (2003) exprime que l'identification aux victimes est facilitée chez les professionnels qui sont impactés personnellement. L'absence de résultats allant dans ce sens auprès des agents de la Protection Civile nous laisse penser que ce constat ne s'applique peut-être pas à eux. En effet, nous pourrions émettre l'hypothèse que ces professionnels puissent présenter une distinction claire entre leur sphère professionnelle et leur sphère privée, mais aussi, une mise à distance de la charge émotionnelle dans ce type d'événement. Cette proposition semble aller dans le sens des caractéristiques spécifiques des intervenants de première ligne selon lesquelles ils seraient moins enclins à exprimer leurs émotions en raison de la croyance relative à la faiblesse qu'implique l'expression émotionnelle (De Soir, 2003).

De plus, l'analyse de la manière dont les agents ont été impactés personnellement a permis de mettre en évidence que c'est surtout à un niveau psychologique que ceux-ci ont été touchés. En effet, cinq agents sur 10 mettent en avant des difficultés psychologiques découlant du contact avec les sinistrés comme la perception de lacunes dans leur formation, de l'anxiété et de l'empathie envers les victimes des inondations. Parmi les cinq autres agents, une personne n'a pas répondu, deux autres n'ont été touchés que légèrement et les deux derniers ont des proches qui ont connu des pertes importantes. Par conséquent, les agents personnellement touchés n'ont été que légèrement impacté matériellement et lorsqu'il y a eu des dégâts plus graves, c'est dans leur entourage qu'ils ont eu lieu. Étant donné que très peu d'agents ont connu un impact des inondations, cela permet d'être prudent dans l'interprétation des résultats statistiques. Nous tenons à préciser que le fait de percevoir un impact psychologique des inondations n'est ni négligeable ni moins important que la perception de dégâts matériels. Néanmoins, notre hypothèse reposait sur le postulat selon lequel les personnes ayant connu des dégâts matériels, similaires aux sinistrés pour lesquels ils sont venus en aide, seraient plus à risque de développer un traumatisme vicariant. Les séquelles psychologiques ont toutes leur importance et ont d'ailleurs été prises en considération dans une autre question du questionnaire socio-démographique (question 12), grâce à la STSS et la ProQOL. Nous pouvons alors supposer une erreur de clarté ou de compréhension à la question relative à l'impact matériel des inondations ayant en quelque sorte biaisé les résultats (question 10).

## 2. Satisfaction professionnelle et traumatisme

*H2 : au plus les agents de la Protection Civile ont de l'expérience professionnelle, au plus leur sentiment de satisfaction professionnelle sera élevé, et au moins le traumatisme vicariant sera élevée.*

Notre recherche a mis en évidence que la satisfaction professionnelle et l'expérience professionnelle n'ont pas d'effet sur le risque de développer un traumatisme vicariant. Ces résultats semblent contredire la littérature. En effet, les auteurs tendent à s'accorder sur l'effet protecteur de la satisfaction professionnelle sur le développement d'un traumatisme vicariant (Yang & Bae, 2022 ; Hunsaker & al., 2015 ; Figley, 1995). Pour bon nombre d'entre eux, ce sont les années d'expérience qui influencent positivement la satisfaction professionnelle (Hunsaker & al., 2015 ; Cusack & al., 2019 ; Glover-Stief & al., 2021 ; Regehr & al., 2003). Nous partions d'ailleurs de ce principe afin d'élaborer notre hypothèse.

Néanmoins, les auteurs ne semblent pas trouver de consensus en ce qui concerne l'effet des années d'expérience sur la satisfaction professionnelle (Klimley & al., 2018 ; Bride & al., 2007). Ces doutes permettent d'expliquer en partie nos résultats. En effet, plusieurs facteurs influencent le lien entre la satisfaction professionnelle et le traumatisme vicariant. D'après Hunsaker et collaborateurs (2015) et Figley (1995), ce sont surtout les bénéfices secondaires à l'engagement empathique envers les personnes dans le besoin qui est une source de satisfaction et ainsi, une protection face au traumatisme vicariant. Ensuite, d'après Bride et collaborateurs (2007), la diminution du risque de traumatisme vicariant est davantage due aux stratégies de coping qui se développent au fur et à mesure du temps et qui sont de plus en plus adaptatives plutôt que l'âge et les années d'expérience en tant que tels. Il serait alors possible que d'autres variables, qui n'ont pas été envisagées dans cette recherche, puissent intervenir dans le lien entre la satisfaction professionnelle et le traumatisme vicariant.

En outre, Roques et Passerault (2014) ont présenté certaines caractéristiques spécifiques à la satisfaction des intervenants de première ligne. En effet, il semble que chez les pompiers, la satisfaction diminue au fur et à mesure du temps en raison des contraintes à la vie de famille que l'engagement professionnel implique. Puisque nous partions du principe que les agents de la Protection Civile possèdent des caractéristiques communes à celles des pompiers, nous aurions pu découvrir ce lien dans notre échantillon. Même si nos résultats ne sont pas significatifs, la corrélation entre l'expérience professionnelle et le traumatisme

vicariant est proche de la significativité. La direction de ce lien explique qu'au plus l'agent a de l'expérience, au plus il tend à être à risque de traumatisme vicariant. Cette proposition rejoindrait alors les caractéristiques mises en évidence par Roques et Passerault (2014). Il est important de rappeler que le lien n'est pas significatif, il ne fait donc pas l'objet d'un constat avéré et aucune conclusion ne peut être tirée. Il permet juste d'envisager une tendance, étant proche de la significativité. Il serait alors pertinent d'envisager une lecture exploratoire quant au lien entre le traumatisme vicariant et la satisfaction professionnelle chez les agents de la Protection Civile qui semblent présenter des caractéristiques bien plus singulières que prévues.

Malgré l'absence de lien entre la satisfaction professionnelle, l'expérience et le traumatisme vicariant dans nos résultats, les statistiques descriptives de notre échantillon permettent de mettre en évidence que les résultats vont dans le sens de notre hypothèse et de la littérature initialement envisagée. D'une part, il est rassurant d'observer que les agents de la Protection Civile soient, en majorité, satisfaits de leur travail. En effet, notre échantillon présente une satisfaction de compassion moyenne (74 %) et comprend aussi des agents avec une satisfaction élevée (26 %). D'autre part, les scores des agents de la Protection Civile au traumatisme vicariant (ProQOL) sont majoritairement bas (86 %) et au maximum moyens. Les résultats à la STSS rejoignent ces conclusions puisque la majorité de scores témoignent que les agents ne présentent peu voire de risque de développer ce traumatisme (62 %). Bien que l'absence de lien entre ces variables montre qu'il n'existe pas d'influence de l'une sur l'autre, les constations sur lesquelles reposent notre hypothèse sont bien représentées dans notre échantillon (bonne satisfaction, faible risque de traumatisme vicariant).

### **3. Fonction et traumatisme**

*H3 : le traumatisme vicariant sera plus élevé chez les agents qui présentent un faible taux de résilience lorsqu'ils exercent au sein du cluster USAR.*

Nos résultats montrent l'absence d'un lien expliquant le développement d'un traumatisme vicariant selon le domaine de compétence et/ou la résilience. Nous discuterons de la résilience dans le point suivant.

L'absence de différence entre le risque de traumatisme vicariant en fonction du domaine de compétence semble contredire la littérature. En effet, des caractéristiques propres

à l'intervention amplifient le risque de traumatisme vicariant comme notamment l'annonce d'un décès à la famille (Lavillunière, & al., 2006). De même, le rôle joué dans l'événement traumatisant a un impact considérable tout comme le temps d'exposition et le nombre de victimes. D'ailleurs, au plus le professionnel passe du temps dans l'intervention à caractère traumatique et au plus il rencontre des victimes, au plus il est à risque de développer un traumatisme vicariant (Brady & al., 1999 ; Milligan-Saville & al., 2018). Dans le cadre des inondations, le nombre de victimes secourues a d'ailleurs été important supposant une prise en charge assez fastidieuse. Ceci est d'autant plus vrai que la plupart des agents de notre échantillon (80 %) sont intervenus pendant plusieurs phases (voir annexe 6) ayant été davantage au contact des sinistrés et du matériel traumatique que ceux n'étant intervenus que durant une seule phase. Notre hypothèse reposait d'ailleurs sur ces constats ainsi que sur l'augmentation du risque de traumatisme vicariant lorsque l'intervention expose le professionnel à la mort (Laurent, 2014). Nous pensions que les agents exerçant au sein du cluster USAR seraient plus vulnérables au traumatisme vicariant puisqu'ils doivent rechercher et sauver les victimes en milieux périlleux, en eaux vives et autres milieux contraignants.

Nos résultats n'allant pas dans ce sens, il a été primordial d'y accorder une attention particulière. L'absence de différence en termes de traumatisme vicariant au sein des différents clusters pourrait être expliquée par le fait que durant les inondations, l'ensemble du personnel disponible a été sollicité. Les agents ont donc du mobiliser des compétences plus larges et générales que leur fonction initiale. De plus, les agents de la Protection Civile de notre échantillon présentent des compétences polyvalentes et transversales amenant certains agents à exercer au sein de différents clusters. Par conséquent, il est possible que différentes fonctions aient été mobilisées durant les inondations pour une même intervention. Ces hypothèses expliqueraient l'absence de différence en termes de traumatisme vicariant selon le domaine de compétence.

Ces résultats pourraient aussi être expliqués par le fait que le risque de traumatisme vicariant est aussi aggravé face à l'exposition de produits chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (Lavillunière, & al., 2006) ce qui correspond au cluster CBRN. Les agents USAR pourraient ainsi être tout autant à risque que les agents CBRN. Enfin, l'absence de différence pourrait être due au faible risque de traumatisme vicariant que représente notre échantillon en général. Nous reviendrons sur cette réflexion au point 7.



## 4. Résilience et traumatisme

*H3 : le traumatisme vicariant sera plus élevé chez les agents qui présentent un faible taux de résilience lorsqu'ils exercent au sein du cluster USAR.*

Cette hypothèse n'a pas pu être confirmée. Malgré l'absence de lien entre le domaine de compétence et le traumatisme vicariant, il était attendu que la résilience puisse expliquer cette non significativité. Ce n'est pas le cas. En effet, nos résultats ne suggèrent pas d'effet de la résilience sur le traumatisme vicariant et inversement. Ces résultats semblent a priori, aller à l'encontre de la littérature et du concept de résilience. D'après Sánchez-Zaballos et Mosteiro-Díaz (2021), il est primordial pour les services d'urgence d'acquérir la compétence de résilience afin de gérer les demandes parfois rudes du milieu professionnel. Les visions négatives à propos de soi, du monde et des autres se voient d'ailleurs diminuées et permettent de réduire le risque de développement d'un traumatisme vicariant.

Néanmoins, certains auteurs mettent en évidence le caractère évolutif de la résilience qui peut, par conséquent, s'affaiblir ou se renforcer (Han & al., 2021 ; Van der Meulen & al., 2019). C'est d'ailleurs pour cette raison que Van der Meulen et collaborateurs (2019) doutent de l'aspect protecteur de la résilience. Ces auteurs expriment qu'en considérant la résilience en tant que capacité personnelle, il s'agit d'un concept plutôt instable et donc difficilement prédicteur du bon fonctionnement des intervenants. Nos résultats tendent à rejoindre les réticences de ses auteurs puisqu'aucun lien n'a pu être démontré. Ceci ne veut pas dire que notre échantillon n'est pas résilient, mais que la résilience n'explique pas à elle seule, la diminution du risque d'un traumatisme vicariant. D'ailleurs, les statistiques descriptives de notre échantillon permettent de mettre en évidence une bonne résilience moyenne expliquant que les agents de la Protection Civile sont dotés de cette compétence.

De plus, le questionnaire choisi pour évaluer la résilience (CD-RISC) s'intéresse uniquement aux facteurs individuels de la résilience, ne prenant pas en compte les facteurs familiaux ou environnementaux qui composent la résilience. Aussi, une personne qui n'utiliserait pas tous les thèmes de la résilience prévue par la CD-RISC ne serait pas considérée comme résiliente. Ce risque ne semble ne pas avoir influencé les résultats puisque seule la spiritualité n'est pas un facteur de résilience employé par tous les participants.

*H4 : les agents de la Protection Civile utilisant les stratégies de coping centrées sur les émotions auront un score faible pour la résilience et présenteront des scores plus élevés de traumatisme vicariant.*

Tout comme l'hypothèse 3, nous partions du principe que la résilience viendrait appuyer l'impact de l'inefficacité des stratégies de coping (voir point 5). En effet, ces deux facteurs psychologiques sont des facteurs protecteurs en termes de traumatisme (Linley & Joseph, 2004 ; Gangloff & Malleh, 2017 ; Gidron & al., 1999 ; Nydegger & al., 2011 ; Weiss & al., 2008 ; Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz, 2021). Comme mis en évidence précédemment, les avis ne semblent pas trouver de consensus avéré dans la littérature. La résilience ne permet pas de défendre suffisamment l'individu d'un traumatisme vicariant tout comme elle n'explique pas sa survenue. Dans le lien avec le coping, il est surprenant de constater que ces deux facteurs ne vont pas dans le même sens ce qui induit une nécessité constante d'éclaircir le concept de résilience qui semble signifier bien plus ou bien moins que ce qu'il ne signifie actuellement. En-tout-cas, en ce qui concerne notre échantillon, il semble que la résilience ne soit pas une composante autant déterminante que prévue.

## **5. Stratégies de coping et traumatisme**

*H4 : les agents de la Protection Civile utilisant les stratégies de coping centrées sur les émotions auront un score faible pour la résilience et présenteront des scores plus élevés de traumatisme vicariant.*

Cette hypothèse a pu être partiellement confirmée mettant à la fois une concordance et une discordance avec la littérature. Bien qu'il soit établi dans la littérature que les stratégies de coping exercent une influence sur les réactions qu'un individu aura face à un événement traumatisant, l'efficacité de ces stratégies ne semblent pas faire l'unanimité (Lee & al., 2018). Dans le cadre du traumatisme, certains auteurs préconisent l'utilisation de coping centré sur le problème pour diminuer le risque de traumatisme (Linley & Joseph, 2004 ; Gangloff & Malleh, 2017), là où d'autres préconisent l'utilisation du coping centré sur l'émotion (Gidron & al., 1999 ; Nydegger & al., 2011) ou encore du coping centré sur le soutien social (Weiss & al., 2008).

Ensuite, Nydegger et collaborateurs (2011) précisent la complexité des stratégies de coping qui varient selon l'individu, la profession et l'événement en lui-même. Ainsi, d'autres

auteurs encore considèrent une différence en termes de stratégies de coping préférentielles entre la population générale et les intervenants de première ligne (Lee & al., 2018). Auprès des intervenants, il semble ainsi que le coping centré sur l'émotion soit davantage lié à des symptômes de traumatisme que le coping centré sur le problème ou sur le soutien (Lee & al., 2018 ; Loo & al., 2016 ; Turliuc & Măirean, 2012). En ce sens, nos résultats sont en lien avec cette littérature puisqu'au plus l'agent utilise des stratégies de coping centrées sur l'émotion, au plus il est à risque de présenter un traumatisme vicariant. En effet, le coping centré sur l'émotion ne permet pas d'éliminer la source du problème (Folkman & Lazarus, 1980) ici, les inondations. Dans ce contexte, si les moyens mis en place pour faire face à l'événement ne permettent une limitation des dégâts et ainsi des inondations, ces derniers ne peuvent que s'amplifier. Le coping centré sur l'émotion est d'ailleurs davantage lié à un contexte de fatigue et d'épuisement lorsqu'il est utilisé pendant l'intervention (Young & al., 2014).

Cependant, nos résultats ont aussi mis en évidence que les deux autres formes de coping (problème et soutien) prédisaient aussi un risque plus élevé de traumatisme vicariant. Ce constat semble être à l'image de l'ambiguïté qui existe dans la littérature. Young et collaborateurs (2014) démontrent qu'en plus de l'individu, la profession et l'événement en lui-même, un autre facteur intervient dans l'efficacité de ces stratégies : la temporalité. Durant l'événement, les intervenants de première ligne privilégient les stratégies de coping centrées sur le problème alors qu'ils utilisent autant celles centrées sur l'émotion que celles centrées sur le problème juste après l'événement. D'ailleurs, puisque la consigne pour répondre au questionnaire relatif aux stratégies de coping (WCC) est de repenser à un événement qui a été particulièrement difficile durant les inondations, nous supposons que les stratégies majoritairement employées et diminuant le risque de traumatisme seraient celles centrées sur le problème. En effet, repenser à un événement permet de revivre mentalement le moment où le problème est apparu.

Nos statistiques descriptives vont aussi dans le sens de la littérature puisque les agents de la Protection Civile ont recours davantage aux stratégies de coping centrées sur le problème, puis à celles centrées sur le soutien. La comparaison de nos statistiques descriptives avec les normes françaises établies par Cousson et collaborateurs (1996) met en avant que le coping centré sur l'émotion est la stratégie la moins employée par notre échantillon, mais aussi qu'elle est bien moins utilisée par notre échantillon que la population générale. Ce constat va dans le sens de la littérature (Lee & al., 2018 ; Loo & al., 2016 ; Turliuc & Măirean, 2012).

Néanmoins, le lien mis en évidence par nos résultats entre les stratégies de coping et le traumatisme vicariant suppose que leur utilisation n'est ni adéquate ni efficace pour limiter le développement d'un traumatisme. En effet, au regard des résultats, il semble que ni les stratégies de coping centrées sur le problème telles que l'anticipation de l'action, les actions concrètes, agressives, la mise à distance émotionnelle, la focalisation sur le problème ni le coping centré sur le soutien émotionnel (besoin de parler) ou informationnel (besoin de compréhension) ne permettent de protéger suffisamment les agents du traumatisme vicariant.

En résumé, au plus un agent utilise des stratégies de coping, au plus il est à risque de traumatisme vicariant. Le risque de traumatisme n'augmente pas selon un type de coping en particulier. Il est cependant pertinent de préciser que le coping centré sur les émotions explique davantage le développement d'un traumatisme vicariant que le coping centré sur le soutien qui lui-même explique davantage l'augmentation du risque de traumatisme que le coping centré sur le problème.

## **6. Profession et traumatisme**

*H5 : le traumatisme vicariant sera plus élevé chez les agents de la Protection Civile que chez les pompiers ou les agents du SMUR, ce qui sera d'autant plus vrai chez les agents célibataires ou divorcés.*

Nos résultats ne vont pas dans ce sens et semblent contradictoires avec la littérature. En effet, il semble établi dans la littérature que les situations d'exception accentuent le risque de traumatisme vicariant (De Soir, 2001). Comme expliqué précédemment, les agents de la Protection Civile interviennent surtout lors de ces événements, de catastrophes, ce qui les rend davantage vulnérables. De plus, les éléments qui rendent spécifique leur intervention, comme le contact avec le risque de mort, l'imprévisibilité et l'aide aux enfants blessés sont des facteurs de risque de traumatisation (Lavillunière & al., 2006 ; Laurent, 2014).

La logique de cette hypothèse pourrait alors être remise en question. Puisque la Protection Civile est sollicitée par l'État, elle intervient lors d'événements lourds ou de situations qui concernent l'ensemble du territoire. Nous pensions alors que l'intervention dans ce cadre plaçait les agents dans un plus grand niveau d'exposition au regard des événements potentiellement traumatisants pour lesquels ils interviennent. Étant donné que les résultats ne montrent pas de différences en termes de traumatisme vicariant entre les trois populations

envisagées, il semble que les pompiers, les intervenants du SMUR et les agents de la Protection Civile ont été exposés à un niveau similaire au contenu traumatique dans le contexte des inondations. En effet, tous sont intervenus en aide aux citoyens et comme Bride et collaborateurs (2007) l'ont mis en exergue, c'est surtout le niveau d'exposition à l'événement qui est prédicteur de traumatisme vicariant. Ce niveau d'exposition semblable pourrait alors expliquer qu'aucun des trois groupes ne présente de vécus différents en termes de traumatisme.

Enfin, il est probable que notre échantillon puisse rencontrer autant, si pas moins, de victimes de traumatisme que les pompiers ou les agents du SMUR. En effet, les pompiers et agents du SMUR interviennent quotidiennement dans des situations d'urgence. Quant à eux, les agents de la Protection Civile ont une fonction de prise en charge plus spécifique ainsi que des missions qui n'impliquent pas un contact quotidien avec des personnes ayant vécu des événements traumatisants.

## **7. STSS**

Un point sur le risque de traumatisme vicariant (mesuré par la STSS) en général au sein des agents de la Protection Civile semble pertinent. En effet, une faible proportion de notre échantillon (8 %) présente un risque moyen, élevé ou sévère de traumatisme vicariant supposant la présence de facteurs de protection efficaces et de compétences adaptatives chez les agents de la Protection Civile. D'ailleurs, cette faible proportion rassurante est mise en évidence par la littérature qui indique qu'une légère quantité d'intervenants développe une psychopathologie (Meyer & al., 2012). Nous nous attendions à mettre en lumière ces facteurs de protection. Néanmoins, seules les stratégies de coping semblent avoir un effet significatif sur le risque de traumatisme vicariant. Comme expliqué précédemment, au plus un agent utilise des stratégies de coping, au plus il augmente le risque de traumatisme vicariant. Les autres variables que nous avons envisagées n'ont, quant à elles, pas présenté de lien avec le psychotraumatisme.

### **7.1. Évaluation de l'événement**

C'est l'évaluation qu'un individu fait de l'événement qui le rend stressant/traumatisant (KCHC, 2013) amenant des variabilités individuelles dans le développement d'un traumatisme (Lachal, 2007). La méthodologie employée ne permet pourtant pas d'identifier

les différences en termes de perceptions et représentations des inondations selon chaque agent. Il est alors probable que la perception que la plupart des agents ont eue de l'événement n'a peut-être pas représenté une source de stress si importante. Ceci pourrait être expliqué, d'une part, par la majeure utilisation du coping centré sur le problème et le peu de recours à la gestion émotionnelle qui suggèrent que les agents de la Protection privilégient la mise à distance émotionnelle voire la suppression émotionnelle en situation de stress. C'est d'ailleurs une stratégie adaptative comme le mettaient en avant De Soir (2001) et Desbiendras (2019), mais qui pourrait amener des difficultés à long terme. D'autre part, le fait que les agents personnellement inondés ne présentent pas de traumatisme plus élevé suggère que la distance avec les victimes semble efficace. En effet, Laurent (2014) met en avant que l'identification aux victimes prédit un risque majoré de traumatisme vicariant. Ainsi, la distinction vie privée - vie professionnelle pourrait être suffisamment bonne et se verrait renforcée par le refoulement émotionnel que semblent présenter les agents de la Protection Civile comme mis en évidence précédemment.

## **7.2. Accumulation d'exposition aux vécus traumatiques**

Vu la répétition de l'exposition aux événements traumatisants des agents, nous nous attendions à trouver un taux plus élevé de traumatisation. Nos résultats ne vont pas dans ce sens. Une recherche rejoint ce constat en mettant en évidence que l'accumulation d'exposition à des vécus traumatiques n'est pas liée significativement avec le risque de développer un traumatisme vicariant (Milligan-Saville & al., 2018). La fréquence de l'exposition ne semble pas constituer une difficulté significative en termes de traumatisme.

## **7.3. Préparation**

Le faible risque de traumatisme vicariant que présentent les agents met en avant l'utilisation de ressources ou la disposition de défense assez importante. Desbiendras (2019) définit ainsi la préparation comme facteur protecteur important. En effet, avant de prendre soin des autres, il est primordial d'être attentif à sa propre hygiène de vie physique et psychique. Pour ce faire, la Protection Civile met en place des exercices physiques durant les heures de travail afin de maintenir une condition optimale sur le terrain. De plus, des debriefings ont lieu chaque jour afin de faire le point, ce qui permet de préparer psychiquement les agents à la suite de leur tâche.

#### **7.4. Debriefing**

À la suite des inondations de juillet 2021, un debriefing de plusieurs semaines a été mis en place par le responsable d'un des détachements. Ce type d'intervention est d'ailleurs régulièrement mis en place à la suite d'événement particulièrement stressant. Durant ce dernier, les agents ont travaillé sur la ponctuation de l'événement et sur leur vécu parfois singulier, parfois commun, avec d'autres agents. Il s'agissait en quelque sorte d'une table ronde où les agents pouvaient exprimer leur vécu concernant les inondations. Comme l'expliquent Al Joboory et collaborateurs (2019), le debriefing est une technique de prise en charge du psychotraumatisme qui se met en place entre 72 heures et quatre mois après la survenue de l'événement traumatisant. Elle vise à partager et intégrer le vécu traumatique dans l'histoire de la personne et favorise aussi la prévention au traumatisme. Comme pour les agents de la Protection Civile dans le cadre des inondations, le debriefing a souvent lieu en groupe et c'est l'unité groupale qui remet de l'ordre dans les faits, les pensées et les émotions. Les agents ont alors réalisé une ligne du temps dans laquelle un code couleur était attribué en fonction de la manière dont l'élément identifié avait été vécu (ce qui les avait aidés, ce qui est à améliorer, etc.).

Cette technique de prise en charge a peut-être influencé le taux de traumatisme vicariant de notre échantillon plaçant les agents de la Protection Civile dans un moindre risque de développer ce type de traumatisme. Une fois le rapport rédigé, il serait alors pertinent de comparer les résultats du vécu des agents mis en évidence par ce mémoire avec le debriefing réalisé afin de nuancer les conclusions de ce mémoire. Il serait aussi intéressant d'identifier si les pompiers et les agents du SMUR ont bénéficié de cette aide.

### **8. Perspectives**

Cette recherche peut servir de piste pour investiguer d'autres points. Ainsi, il pourrait être pertinent de comparer le risque de psychotraumatisme pour les agents de la Protection Civile avec le risque de psychotraumatisme dans la population sinistrée et d'identifier ce qui influence ces différences. En effet, plusieurs auteurs mettaient en évidence un risque plus important auprès des intervenants de première ligne (Han & al., 2021). Pourtant, nos résultats n'indiquent pas de risque élevé. Une future recherche s'intéressant à cette distinction pourrait être intéressante afin de vérifier si ce groupe d'intervenants est effectivement plus à risque.

Ensuite, cette recherche prenait en considération un événement, certes exceptionnel, mais qui reste un événement isolé. Il serait alors intéressant de se pencher sur la question de l'accumulation des événements et d'inscrire cette recherche dans un contexte plus large. Pour ce faire, une étude longitudinale permettrait de se faire une meilleure idée du quotidien, mais surtout des types d'intervention auxquels les agents sont confrontés ainsi que des ressources qu'ils mobilisent pour y faire face. En effet, trop peu d'informations au sujet de ces intervenants n'est disponible. Il est question de mettre en lumière les agents de la Protection Civile quant à leur organisation, leurs modalités de travail, ce qui est attendu d'eux, leurs faiblesses et forces, etc. Ceci permettrait de pallier les lacunes de la littérature et de nuancer davantage les résultats de ce mémoire.

De plus, la mise en lien de cette étude avec les deux autres études réalisées sur le vécu des pompiers et celui des intervenants du SMUR s'avère primordial. En effet, cette présente recherche s'inscrit dans un cadre plus large et une comparaison de ces résultats pourraient être intéressante afin d'envisager l'impact auprès des intervenants de première ligne dans le contexte des inondations de juillet 2021.

Aussi, Calhoun et Tedeshi (2004) mettent en évidence la notion de croissance post-traumatique qui pourrait faire l'objet d'une future question de recherche. En effet, la question de l'intégration du traumatisme se pose depuis des années et est à la base des interventions à son sujet. Il pourrait être intéressant de se demander comment les événements traumatisants pour lesquels les agents interviennent sont intégrés dans leur histoire de vie et comment ils se positionnent face à ces événements. Puisqu'un événement est traumatisant selon la perception que l'individu se fait, si l'événement n'était pas lui-même perçu comme menaçant pour l'intégrité psychique et physique des agents, la question du traumatisme perd de son sens. Pour ce faire, il serait pertinent d'envisager des entretiens semi-directifs mettant en lumière leur vécu, leur ressenti et leurs subtilités.

En outre, la question des stratégies de coping a été une des sources de notre questionnement. Au regard de nos résultats, il pourrait être primordial d'approfondir ce facteur psychologique dans de futures recherches afin de mettre en avant ce qui est inclus dans les différentes stratégies de coping. En effet, la WCC met en exergue les trois principaux types de coping au moment d'un événement stressant isolé (les inondations dans le cadre de notre recherche). Cependant, le coping est un processus souple qui s'affine au cours du temps (Bride & al., 2007) et l'utilisation simultanée de plusieurs types de coping est possible (Weiss



& al., 2008). Les stratégies de coping adaptatives variant selon le type d'événement, il serait intéressant de déterminer si celles mises en place durant les inondations ont été adaptatives ou non vu leur lien au traumatisme vicariant. Il serait peut-être intéressant de mettre en place des interventions de l'ordre de la prévention et de l'éducation sur comment faire face à un événement. Car, bien que la plupart des agents présentent peu voire pas de risque de traumatisme vicariant, certains présentent un risque élevé suggérant la nécessité d'une prise en charge adaptée.

Enfin, il serait tout à fait pertinent d'étudier l'empathie des agents de la Protection Civile. En effet, il semble que l'empathie soit un facteur déterminant du traumatisme vicariant (Figley, 1995 ; Desbiendras, 2019). Comme l'expliquait Desbiendras (2019), c'est surtout la composante affective de l'empathie qui amène un partage de ressenti émotionnel et qui place le professionnel dans une position de vulnérabilité au traumatisme vicariant. L'empathie cognitive, qui mène à la compréhension de la situation de la victime, représente une réelle protection dans le cadre du traumatisme. Ensuite, certains traits de personnalité peuvent aussi jouer un rôle dans le traumatisme (Marchand & al., 2015). Parmi ces traits, il est notamment question d'introversion, c'est-à-dire de réserve et timidité et de neuroticisme, c'est-à-dire la tendance à éprouver des affects négatifs et d'avoir des idées non-rationnelles avec des difficultés en gestion des pulsions et du stress. Ces éléments pourraient d'ailleurs faire l'objet d'une future recherche chez les agents de la Protection Civile. L'idée pourrait être de dresser un profil des agents dans un but de renforcer la littérature et de pouvoir mettre en place les meilleures techniques de soins possibles.

## **9. Limites**

Quelques limites sont tout de même à mettre en évidence en ce qui concerne notre recherche. Premièrement, notre échantillon se compose de 50 agents, ce qui est peu. Afin d'éviter les généralités abusives, nous tenions à préciser que les résultats ne peuvent être représentatifs de tous les agents de la Protection Civile belge. Cependant, ils constituent une première mise en lumière des enjeux psychologiques existants chez les agents.

Secondement, dans le cadre de cette recherche, seuls les agents professionnels de la Protection Civile ont complété les questionnaires. Puisqu'ils étaient distribués durant les debriefings, tous les volontaires n'étaient pas présents. Ces derniers ne sont présents que

sporadiquement, ce qui complique la remise des questionnaires et le fait qu'ils soient informés de la recherche. Pourtant, il est prouvé que le statut d'emploi volontaire augmente le risque de traumatisme vicariant (Klimley & al., 2018). Il serait alors prudent d'inclure tant les agents professionnels que les agents volontaires dans de futures recherches afin d'envisager et de nuancer les différences en termes de vécu traumatique.

Troisièmement, l'absence de significativité des résultats a amené des questionnements quant à la méthodologie. En effet, il semble que les agents puissent présenter des spécificités qui se reflètent difficilement au sein de questionnaires auto-administrés. Il serait alors prudent de réaliser des entretiens semi-structurés afin de nuancer les résultats de ce mémoire et ainsi découvrir les facteurs de protection, mais aussi de risque que ces agents mettent en avant. L'assistance d'un étudiant pourrait permettre à ces professionnels de verbaliser ce qu'ils vivent et ce dans quoi ils sont pris comme l'expliquent les débriefings réalisés par la Protection Civile. Il est d'ailleurs important d'exprimer la sphère émotionnelle dans un cadre bienveillant et à l'écoute afin de minimiser le risque de traumatisme vicariant (Bouvier, 2019). Ceci est d'autant plus vrai que les agents semblent faire face au stress en ayant moins recours aux émotions que dans la population générale. Il est possible que cette tendance à éviter la sphère émotionnelle puisse survenir en raison d'une faible attention à l'égard de leur propre vie psychique. Ce manque de préoccupation pour leur santé mentale est d'ailleurs mis en évidence chez les pompiers volontaires dans la littérature (Klimley & al., 2018). L'intérêt des entretiens semi-directifs réside aussi dans le fait qu'ils semblent plus fidèles en termes de réponses que les questionnaires auto-administrés. En effet, l'une des limites que présente l'auto administration est qu'il est plus facile d'y répondre non consciencieusement, d'être distrait ou influencé par les collègues (Coron, 2020).

Pour finir, il est primordial d'être prudent dans l'interprétation des résultats même si la recherche se veut la plus fidèle et représentative possible. Une différence de risque de traumatisme existe en fonction du genre (APA, 2000 ; Klimley & al., 2018). Les femmes présentent ainsi plus de risques que les hommes. Néanmoins, notre échantillon se compose de 48 hommes et de deux femmes. Il serait tout à fait impertinent d'envisager une différence de sexe dans notre échantillon puisque les femmes y sont sous-représentées. Cette sous-représentation pourrait être due au fait que le milieu des intervenants de première ligne est un milieu qui semble machiste, viril et composé essentiellement d'hommes (De Soir, 2001). Il semble alors que les agents de la Protection Civile suivent cette même logique.

## CONCLUSION

Le traumatisme vicariant est un objet de recherche populaire depuis de nombreuses années auprès d'un tas de professionnels. Cependant, peu de recherches s'intéressent à ce processus chez les agents de la Protection Civile belge. Pourtant, en tant qu'intervenants de première ligne lors de catastrophes, ils ne sont pas moins concernés par le sujet. En effet, la charge affective qui circule dans ce type d'intervention n'est pas sans séquelle. Les inondations de juillet 2021 ont d'ailleurs représenté un réel challenge pour les intervenants de première ligne faisant entrer cette catastrophe naturelle dans l'histoire nationale. Tant pour les sinistrés que pour les professionnels, le risque de séquelles physiques et/ou psychiques était présent. L'enjeu de ce mémoire était alors de répondre à la question suivante : quels sont les facteurs psychologiques influençant le développement d'un traumatisme vicariant chez les agents de la Protection Civile belge dans le cadre de leur intervention dans les inondations de juillet 2021 ?

Notre étude avait pour objectif d'investiguer le traumatisme vicariant et son lien avec différents facteurs psychologiques dans le cadre des inondations de juillet 2021. Nous avons donc décidé de concentrer nos recherches sur la satisfaction professionnelle, la résilience, le coping et les données sociodémographiques. Pour répondre à cette question de recherche, nous avons fait passer un questionnaire socio-démographique, la STSS, la ProQOL, la WCC et la CD-RISC à 50 agents de la Protection Civile. La méthodologie était alors quantitative.

La plupart de nos résultats ne permettent pas d'affirmer nos hypothèses. Néanmoins, ils ont permis de mettre en évidence différents éléments au sein de notre échantillon apportant ainsi une première lecture du vécu des agents de la Protection Civile belge.

Dans un premier temps, les données socio-démographiques telles que l'impact personnel des inondations, la parentalité, l'expérience professionnelle, le domaine de compétences ou l'absence de soutien conjugal ne semblent pas influencer la trajectoire traumatique. Ces éléments laissent penser qu'une distinction entre les sphères de vie et une mise à distance émotionnelle puissent être efficaces et ne pas placer les agents dans une propension à s'identifier davantage aux victimes. De plus, il semble que les agents aient été soumis à un niveau d'exposition similaire à celui des pompiers et des intervenants du SMUR n'impliquant pas de différences en termes de vécu traumatique.

Dans un second temps, ni la satisfaction professionnelle ni la résilience ne permettent d'expliquer le développement d'un traumatisme vicariant. À propos de la satisfaction professionnelle, il semble que d'autres variables, que nous n'avons pas pu mettre en évidence, influencent le lien au traumatisme vicariant. Il serait intéressant d'explorer cette dimension dans de futures recherches. En ce qui concerne la résilience, l'aspect évolutif qu'elle représente permet difficilement d'établir un constat clair de prédiction de protection au traumatisme vicariant.

Dernièrement, seules les stratégies de coping témoignent d'un risque accentué de traumatisme vicariant. En effet, tant les stratégies de coping centrées sur l'émotion que celles centrées sur le problème ou le soutien sont à considérer comme des facteurs de risque de traumatisme vicariant.

Bien que surprenant, il est rassurant d'observer un faible taux de traumatisation vicariante au sein de notre échantillon. L'évaluation que les agents ont fait des inondations, leur préparation professionnelle et les debriefings organisés au sein de la Protection Civile pourraient être à l'origine de ce faible taux de traumatisme vicariant de manière générale. Les agents semblent ainsi disposer d'un certain nombre de ressources et protections efficaces pour faire face à un événement traumatisant, comme les inondations de juillet 2021. Ce constat motive d'ailleurs la réflexion des facteurs de risque et de protection qui n'ont pas pu être mis en évidence dans cette recherche.

Ce travail présente quelques limites notamment en termes d'échantillonnage. En effet, il serait intéressant d'inclure un plus grand nombre de participants, des agents volontaires, mais aussi de réaliser des entretiens afin de pouvoir dégager les meilleurs leviers thérapeutiques possibles pour les agents présentant un risque de traumatisation important.

En termes de perspectives, la mise en lien de cette recherche avec les deux autres recherches investiguant respectivement le traumatisme vicariant chez les pompiers et ce même traumatisme chez les intervenants du SMUR est primordiale. Aussi, il serait plus que pertinent de continuer la recherche chez les agents de la Protection Civile afin de dispenser des soins de qualités. L'idée serait d'améliorer la préparation, la sensibilisation, la prévention, la prise en charge et le soutien dont les agents, mais aussi les intervenants de première ligne en général, ont besoin.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE

Al Joboory, S., Soulan, X., Lavandier, A., Saint Jammes, J. T., Dieu, E., Sorel, O., & Bouchard, J.P. (2019). Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 177(7), 717–727. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.002>

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders (4th ed.). Washington DC: APA.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>

Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110-115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>

Baird, K. & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>

Belghiti-Mahut, S. (2015). Le conflit vie professionnelle/vie privée et la satisfaction : le cas des conjoints de militaires navigants. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 4(18), 3-20. <https://doi.org/10.3917/rimhe.018.0003>

Blavier, A. (2020). Cours de *Psychotraumatisme*. Liège, Belgique : Université de Liège.

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

Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386–393. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386>

Bride, B. E., Jones, J. L., & Macmaster, S. A. (2007). Correlates of Secondary Traumatic Stress in Child Protective Services Workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69-80, [https://doi.org/10.1300/J394v04n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05)

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177%2F1049731503254106>

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts et modèles en psychologie de la santé. *Recherche en Soins Infirmiers*, 67, 4-39.

Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)

Chen, S., Bagrodia, R., Pfeffer, C. C., Meli, L., & Bonanno, G. A. (2020). Anxiety and resilience in the face of natural disasters associated with climate change: A review and methodological critique. *Journal of Anxiety Disorders*, 76(102297), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102297>

Colbeau-Justin, L., & Mauriol, M. (2004). Strengths and weaknesses in the social response to the earthquake of January 2001. In D. Lopez (Ed.), *Natural hazards in El Salvador* (pp. 474-483).

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

Coron, C. (2020). Outil 11. Le questionnaire : les biais. In C. Coron (Ed.), *La Boîte à outils de l'analyse de données en entreprise*. (pp. 38-41).

Counson, I., Hosemans, D., Lal, T. J., Mott, B., Harvey, S. B., & Joyce, S. (2019). Mental health and mindfulness amongst Australian fire fighters. *BMC Psychology*, 7(34); 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0311-2>

Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC

(Ways of Coping Checklist). *Psychologie française*, 2(41), 155-164.  
<https://doi.org/10.2466/pms.1996.83.1.104>

Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, stress, and coping*, 23(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>

Crocq, L. (1999). Les mécanismes pathogéniques en jeu : La question du trauma. In O. Jacob (Ed.), *Les traumatismes psychiques de guerre*. (pp. 213-231).

Cusack, S. E., Hicks, T. A., Bourdon, J., Sheerin, C. M., Overstreet, C. M., Kendler, K. S., Dick, D. M., & Amstadter, A. B. (2019). Prevalence and predictors of PTSD among a college sample. *Journal of American College Health*, 67(2), 123-131.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1462824>

Cusin, J., & Fabre, C. (2017). Proposition d'un modèle conceptuel du traumatisme vicariant appliqué à la gestion des ressources humaines : le cas des conseillers en accompagnement vers l'emploi. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2(104), 3–22.  
<https://doi.org/10.3917/grhu.104.0003>

De Soir, E. (2001). Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte. In Masson (Ed.). *Les Traumatismes psychiques*. (pp. 117-132).

De Soir, E. (2003). The CRASH1-model for Psychosocial Crisis Intervention: from Peer Driven Early Intervention to Professional Care and Therapeutic Action with Military and Emergency Services Personnel. *The Prevention of Psychological Trauma in Fire, Rescue, Police & Military Personnel*. Retrieved from [https://erikdesoir.be/files/crash\\_model.pdf](https://erikdesoir.be/files/crash_model.pdf)

Decety, J. (2020). L'empathie en médecine. *Annales Médico-Psychologiques*, 178(2), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.12.015>

Desbiendras, N. (2019). Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 151-156.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.04.001>

Drabek, T. E., & Key, W. H. (1984). *Conquering disaster: Family recovery and long-term consequences*. New York: Irvington.

Eley, D. S., & Stallman H. (2014). Where does medical education stand in nurturing the 3Rs in medical students: responsibility, resilience and resolve? *Medical Teacher*, 36(10), 835-837. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917159>

Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In Taylor & Francis Group (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 1-20).

Gangloff, B., & Malleh, N. (2017). Faire face aux difficultés en situation professionnelle : vers la normativité des stratégies ?. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 6(26), 3-25. <https://doi.org/10.3917/rimhe.026.0003>

Geronazzo-Alman, L., Eisenberg, R., Shen, S., Duarte, C. S., Musa, G. J., Wicks, J., Fan, B., Doan, T., Guffanti, G., Bresnahan, M., & Hoven, C.W. (2017). Cumulative exposure to work-related traumatic events and current post-traumatic stress disorder in New York City's first responders. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 134-143. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.12.003>

Gidron, Y., Gal, R., & Zahavi, S. (1999), Bus commuters' coping strategies and anxiety from terrorism: An example of the Israeli experience. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 185-192. <https://doi.org/10.1023/A:1024762819880>

Glover-Stief, M., Jannen, S., & Cohn, T. (2021). An exploratory descriptive study of compassion fatigue and compassion satisfaction: Examining potential risk and protective factors in advanced nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(2), 143-149. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000357>

Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(9), 686-691. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.018>

Green, C. A., & Pope, C. R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1363–1372. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00440-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00440-7)



Han, Y., Yun, J. A., Jeong, K. S., Ahn, Y. S., & Choi, K. S. (2021). Posttraumatic stress disorder symptoms and neurocognitive functioning in fire fighters: The mediating role of sleep problems and resilience. *Comprehensive Psychiatry*, 109, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152250>

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

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

Heydari, A. Ostadtaghizadeh, A. Ardalan, A., Ebadi, A., Mohammadfam, I., & Khorasani-Zavareh, D. (2022). Exploring the criteria and factors affecting firefighters' resilience: A qualitative study. *Chinese Journal of Traumatology*, 25(2), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2021.06.001>

Homeland Security Act (2002, November 25). *Homeland Security Act of 2002*. United States.

Horswill, S. C., Jones, N. A., & Carleton, R. N. (2021). Psychosocial Factors Associated with Canadian Police Officers' Susceptibility to Posttraumatic Stress and Growth. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 53(3), 285-295. <https://doi.org/10.1037/cbs0000221>

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

Ide, P. (2015). Le burn-out : une maladie du don ?. *Nouvelle revue théologique*, 137(2), 256-277. <https://doi.org/10.3917/nrt.372.0256>

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

Kaniasty, K., & Norris, F. H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 395-408. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.3.395>

Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., & Frančišković, T. (2013). Secondary traumatisation and systemic traumatic stress. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 29-36. Retrieved from: [http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol25%20Suppl%201\\_no/dnb\\_vol25%20Suppl%201\\_no\\_29.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol25%20Suppl%201_no/dnb_vol25%20Suppl%201_no_29.pdf)

Klimley, K. E., Van Hasselt, V. B., & Stripling, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.08.005>

Klinic Community Health Center. (2013). *Les traumatismes : Manuels sur les traumatismes*. Winnipeg, Canada. Retrieved from: [http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed Toolkit\\_fr revised.pdf](http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed Toolkit_fr revised.pdf)

Laborie, J., Haegel, A., & Carli, P. (2002). L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières. *Journal Européen des Urgences*, 15, 5-14. doi: JEUR-03-2002-15-1-0993-9857-101019-ART2

Lachal, C. (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, 10(253), 50-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.253.0050>

Laurent, A. (2014). Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 172(6), 457-462. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012.03.015>

Lavillunière, N., Leiffen, D., & Arvers, P. (2009). Stress et santé au travail chez les sapeurs-pompiers de Paris. *Dossier spécial : Santé au travail*, 25(3), 90-93.

Lee, J. H., Park, S., & Sim, M. (2018). Relationship between ways of coping and posttraumatic stress symptoms in firefighters compared to the general population in South Korea. *Psychiatry Research*, 270, 649-655. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.032>

Lerias, D., & Byrne, K. M. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>

Linley, A. P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>

Loo, G., DiMaggio, C., Gershon, R., Canton, D., Morse, S., & Galea, S. (2016). Coping Behavior and Risk of Post-Traumatic Stress Disorder Among Federal Disaster Responders. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(1), 108-117. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.141>

Maltais, D., Robichaud, S., & Simard, A. (2001). In JCL (Ed.), *Sinistres et intervenants*. Retrieved from [http://classiques.uqac.ca/contemporains/robichaud\\_suzie/sinistres\\_intervenants/sinistres\\_intervenants.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/robichaud_suzie/sinistres_intervenants/sinistres_intervenants.pdf)

Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R., & Martin, M. (2015). Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 212-221. <https://doi.org/10.1037/a0038780>

Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>

Mauro, C. (2009). Clinique d'un métier à risques, dans le quotidien d'un sapeur-pompier. *Étude sur la mort*, 2(136), 131-136. <https://doi.org/10.3917/eslm.136.0131>

McCubbin, L. (2001, August 24-28). *Challenges to the definition of resilience* [Paper presentation]. Speech in Annual Meeting of the American Psychological Association, San Francisco, United State.

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

Milligan-Saville, J., Choi, I., Deady, M., Scott, P., Tan, L., Calvo, R. A., Bryant, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). The impact of trauma exposure on the development of PTSD and psychological distress in a volunteer fire service. *Psychiatry research*, 270, 1110–1115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.058>

Motreff, Y., Baubet, T., Pirard, P., Rabet, G., Petitclerc, M., Stene, L. E., Vuillermoz, C., Chauvin, P., & Vandentorren, S. (2020). Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015. *Journal of Psychiatric Research*, 121, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.11.018>

Nicchi, S., & Le Scanff, C. (2005). Les stratégies de faire face. *Bulletin de psychologie*, 1(475), 97-100. <https://doi.org/10.3917/bupsy.475.0097>

Noto, R., & Larcen, J. (1987). *Médecine de catastrophe*. Paris : Masson.

Nydegger, R. V., Nydegger, L. A., Basile, F. D. (2011). Post-traumatic stress disorder and coping among career professional firefighters. *American Journal of Health Sciences*, 2(1), 11–20. <https://doi.org/10.19030/ajhs.v2i1.4365>

Pennington, M. L., Carpenter, T. P., Synett, S. J., Torres, V. A., Teague, J., Morissette, S. B., Knight, J., Kamholz, B. W., Keane, T. M., Zimering, R. T., & Gulliver, S. B. (2018). The influence of exposure to natural disasters on depression and PTSD symptoms among firefighters. *Prehospital and disaster medicine*, 33(1), 102-108. <https://doi.org/10.1017/S1049023X17007026>

Raphael, B., Singh, B., & Bradbury, L. (1980). Disaster: the Helper's Perspective, *The Medical Journal of Australia*, 2(8), 445-447. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1980.tb131915.x>

Regehr, C., Hill, J., & Glancy, G. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(6), 333–339. <https://doi.org/10.1097/00005053-200006000-00003>

Regehr, C., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19(4), 189-193. <https://doi.org/10.1002/smi.974>

Roques, M., & Passerault, J. M. (2014). Conflit de rôles et engagement volontaire: le cas des sapeurs-pompiers. *Gestion et management public*, 3(1), 3-16. <https://doi.org/10.3917/gmp.031.0003>

Sánchez-Zaballos, M., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2021). Resilience among professional health workers in emergency services. *Journal of Emergency Nurses*, 47(6), 925-932. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.007>

Sécurité Civile. (n.d.). *Protection Civile*. <https://www.civieleveiligheid.be/fr/>

Shakespeare-Finch, J., Obst, P., & Rogers, E. (2019) The Influence of Giving and Receiving Social Support on the Psychological Outcomes of Two Trauma-Exposed Samples. *Journal of Loss and Trauma*, 24(8), 766-781. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1652407>

Shakespeare-Finch, J., Obst, P., & Rogers, E. J. (2019). The Influence of Giving and Receiving Social Support on the Psychological Outcomes of Two Trauma-Exposed Samples. *Journal of Loss and Trauma*, 24(8), 766-781. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1652407>

Shepherd, M., & Hodgkinson, P. E. (1990). The Hidden Victims of Disaster: Helper Stress. *Stress Medicine*, 6(1), 29-35. <https://doi.org/10.1002/smi.2460060107>

Stamn, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. (2<sup>nd</sup> ed.). Pocatello, ID : ProQOL.org. Retrieved from [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)

Steed, L., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2(2), 1–8.

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

Theleritis, C., Psarros, C., Mantonakis, L., Roukas, D., & Papaioannou, A. (2020). Coping and Its Relation to PTSD in Greek Firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(3), 252-259. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001103>

Turliuc, M. N., & Măirean, C. (2012). A correlational study of the relationships between coping strategies and vicarious trauma beliefs. *Annals of the Al. I. Cuza University, Psychology Series*, 21(2), 59-77. Retrieved from <https://www.psih.uaic.ro/anale-psihi/2012/12/20/a-correlational-study-of-the-relationships-between-coping-strategies-and-vicarious-trauma-beliefs/>

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR). (2004). *Living with risk: A global review of disaster reduction initiatives*. Geneva: UNISDR.

Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(1), 37–46. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0105>

Van der Meulen, E., Van Veldhoven, M. J. P. M., & Van der Velden, P. G. (2019). Stability of psychological resilience of police officers: A three-wave latent class analysis. *Personality and Individual Differences*, 144, 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.006>

Van Heugten, K. (2012). Workplace stress in the aftermath of a natural disaster. In N. Hall (Ed.), *Social Work Around the World V: Building the Global Agenda for Social Work and Social Development* (pp. 41-52).

Vandenabeele, W. (2009). L'effet médiateur de la satisfaction professionnelle et de l'engagement organisationnel sur la performance déclarée : forte mise en évidence de la relation entre la MSP et la performance. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 75(1), 11-37. <https://doi.org/10.3917/risa.751.0011>

Watson, A. G., Sagar, V., MacDowell, C., McCoy, J. V. (2019). Self-reported modifying effects of resilience factors on perceptions of workload, patient outcomes, and burnout in physician-attendees of an international emergency medicine conference. *Psychology, Health & Medicine*, 24(10), 1220-1234. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1619785>

Weiss, K., Laurent, A., De Vanssay, B., Colbeau-Justin, L., & Chahraoui, K. (2008). Aspects psychosociaux des stratégies de coping face à une inondation : soutien social, comparaison sociale, rumeur. *Revue québécoise de psychologie*, 29(1), 1-25.

Yang, Y. S., & Bae, S. M. (2022). Association between resilience, social support, and institutional trust and post-traumatic stress disorder after natural disasters. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37, 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.01.001>

Young, P. M., Partington, S., Wetherell, M. A., St Clair Gibson, A., & Partington, E. (2014). Stressors and Coping Strategies of UK Firefighters during On-duty Incidents. *Stress and Health*, 30(5), 366-376. <https://doi.org/10.1002/smi.2616>

Zang, Y., Gallagher, T., McLean, C. P., Tannahill, H. S., Yarvis, J. S., Foa, E. B., & Strong Star Consortium. (2017). The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions. *Journal of psychiatric research*, 86, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.11.005>

Zeimetz, F., Launay, M., Bourqui, P., Calixte, E., Fallon, C., & Teller, J. (2021). *Analyse indépendante sur la gestion des voies hydrauliques lors des intempéries de la semaine du 12 juillet 2021. Lot 1 – facturation. Rapport de synthèse (5875 / 4001a)*. Stucky SA.

# ANNEXES

## 1. Annexe 1 : Lettre d'informations



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

### INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR DES RECHERCHES MENEES VIA QUESTIONNAIRE PAPIER

Le promoteur de cette recherche est :

Professeur Adélaïde Blavier

Université de Liège

Département de Psychologie / Centre d'expertise en psychotraumatisme et psychologie légale

#### CHERCHEUR RESPONSABLE

Laetitia Di Piazza - Assistante psychologue

Laetitia.DiPiazza@uliege.be

#### ÉTUDIANTE RESPONSABLE

Nikita Bellini - Étudiante en psychologie

Nikita.bellini@student.uliege.be

---

Chère Madame,

Cher Monsieur,

Nous nous permettons de vous solliciter dans le cadre d'une recherche menée par le Centre d'Expertise en psychotraumatisme et psychologie légale. Cette étude vise à comprendre les facteurs psychologiques pouvant influencer le développement d'un psychotraumatisme de par votre pratique professionnelle, et plus particulièrement durant les inondations que nous avons connues en juillet. Des questionnaires validés par la littérature vous sont proposés. Ceux-ci nous permettront d'obtenir des données concernant certaines de vos caractéristiques psychologiques (telles que votre adaptation aux situations problématiques, votre gestion émotionnelle des événements, votre perception du soutien social obtenu professionnellement, etc.). Ces données seront mises en lien avec le traumatisme secondaire, qui est une éventuelle conséquence d'être en contact continu avec une population généralement traumatisée au moment de vos interventions.

Le recueil de données se fait via une enquête composée des différents questionnaires, que vous trouverez ci-joint. Le temps de passation de celle-ci est d'environ 20 minutes. L'objectif de cette passation de questionnaires est de mieux comprendre votre vécu par rapport aux situations stressantes et potentiellement traumatisantes auxquelles vous faites face en tant qu'intervenant de première ligne. Ces questionnaires nous fourniront des données quantitatives.



Pour participer à cette étude, il faut impérativement que vous ayez été, durant les inondations que le pays a connu au mois de juillet, **des professionnels du terrain au contact avec les citoyens sinistrés**.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer. Dans le cas contraire, si vous décidez de participer, vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et de ne pas remettre cette enquête dans l'urne à votre disposition.

Si vous avez changé 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.

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 anonyme<sup>1</sup>. L'anonymat sera assuré car toutes les données récoltées via l'enquête ne nous permettront pas de faire un parallèle entre vos données et celles d'une autre personne, les données socio-démographiques étant limitées à l'âge, le sexe, le nombre d'année d'expérience, l'état civil et la possibilité d'avoir été vous-même sinistré. S'il est nécessaire de faire référence à un volontaire en particulier, ce ne sera qu'en utilisant des codes.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises pour utilisation dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Les données que nous partageons posséderont uniquement un numéro de code. En l'état actuel des choses, ces informations ne permettront pas de vous identifier. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles stockées pour une durée maximale de 15 ans.

Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse email ou autre.

Vous disposez d'une série de droits relatifs à vos données personnelles (accès, rectification, suppression, opposition) que vous pouvez exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent ci-dessous. Vous pouvez également lui adresser toute doléance concernant le traitement de vos données à caractère personnel.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données d'identification

---

<sup>1</sup> 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.

vous concernant seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2.

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004) .

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter l'étudiante responsable, Bellini Nikita ([nikita.bellini@uliege.be](mailto:nikita.bellini@uliege.be)). Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail ([dpo@uliege.be](mailto:dpo@uliege.be)) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données Bât. B9  
Cellule "GDPR",  
Quartier Village 3, Boulevard de  
Colonster 2, 4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

Pour participer à l'étude, veuillez indiquer « Je participe » ci-dessous et parapher. Cette déclaration implique que :

- Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus.
- Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus.
- Vous avez 18 ans ou plus.
- Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration et du temps que vous accepterez de consacrer à cette étude.

Bellini Nikita

## 2. Annexe 2 : Questionnaire socio-démographique

---

**1. Indiquez votre âge :**

---

**2. Indiquez votre genre :**

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

---

**3. Indiquez votre statut civil :**

- ☐ Marié(e)
- ☐ Célibataire
- ☐ Co-habitation
- ☐ En couple
- ☐ Veuf(ve)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Autre

---

**4. Avez-vous des enfants ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

---

**5. Si oui, combien ?**

---

**6. Quel est votre niveau d'étude (dernier diplôme acquis) ?**

- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire inférieur professionnel
- ☐ Secondaire inférieur général
- ☐ Secondaire supérieur professionnel
- ☐ Secondaire supérieur général
- ☐ Supérieur non-universitaire de type court (maximum 3 ans)
- ☐ Supérieur non-universitaire de type long
- ☐ Supérieur universitaire de type court (maximum 3 ans)
- ☐ Supérieur universitaire de type long

---

**7. Quel est votre domaine de compétence au sein de la Protection Civile ?**

---

**8. Depuis combien de temps (en années) exercez-vous en tant qu'agent de la Protection Civile ?**

---

**9. Avez-vous été touché personnellement par les inondations ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

---

**10. Si oui, dans quelle mesure ?**

---

**11. À quel moment êtes-vous intervenu dans le contexte des inondations de juillet 2021 ?**

- ☐ Lorsque la phase d'alerte de crue a été déclenchée au niveau national (niveau rouge)
- ☐ Pendant la montée des eaux (sécurisation des lieux, secours aux sinistrés, etc.)
- ☐ Lors de la décrue (découverte des dégâts, secours et assistance aux sinistrés, etc.)
- ☐ Après les inondations (assistance aux sinistrés, nettoyage et vidage des habitations, etc.)
- ☐ Durant l'ensemble de ces phases

---

**12. Avez-vous remarqué un changement d'attitudes ou l'apparition de symptômes (insomnie, cauchemars, stress ou anxiété, etc.) chez vous après la période des inondations de juillet 2021 ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

---

**13. Si oui, pourriez-vous nous renseigner quels sont ces symptômes ?**

### 3. Annexe 3 : Tableau de fréquence STSS

<i>Modalité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Total</i>	<i>Proportion</i>	<i>p</i>
<i>Peu/pas</i>	31	50	0.620	0.119
<i>Léger</i>	15	50	0.300	0.007
<i>Moyen</i>	1	50	0.020	< .001
<i>Élevé</i>	2	50	0.040	< .001
<i>Sévère</i>	1	50	0.020	< .001

### 4. Annexe 4 : Tableaux de fréquence ProQOL

<i>Modalité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Total</i>	<i>Proportion</i>	<i>p</i>
<i>Bas</i>	1	50	0.020	< .001
<i>Moyen</i>	37	50	0.740	< .001
<i>Élevé</i>	12	50	0.240	< .001

*Tableau 12 : Dispersion des données pour la variable satisfaction de compassion de la ProQOL*

<i>Modalité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Total</i>	<i>Proportion</i>	<i>p</i>
<i>Bas</i>	25	50	0.500	1.000
<i>Moyen</i>	25	50	0.500	1.000
<i>Élevé</i>	0	50		

*Tableau 13 : Dispersion des données pour la variable épuisement professionnel de la ProQOL*

<i>Modalité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Total</i>	<i>Proportion</i>	<i>p</i>
<i>Bas</i>	43	50	0.860	< .001
<i>Moyen</i>	7	50	0.140	< .001
<i>Élevé</i>	0	50		

*Tableau 14 : Dispersion des données pour la variable traumatisme vicariant de la ProQOL*

## 5. Annexe 5 : Régressions multiples

Modèle	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajusté	Test de modèle général			
			F	ddl1	ddl2	p
1	0.079	0.0399	2.02	2	47	0.144

*Tableau 15 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la STSS et résilience de la CD-RISC et des stratégies de coping centrées sur le problème de la WCC*

Modèle	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajusté	Test de modèle général			
			F	ddl1	ddl2	p
1	0.046	0.0049	1.12	2	47	0.334

*Tableau 16 : Régression multiple de la variable traumatisme vicariant de la STSS et résilience de la CD-RISC et des stratégies de coping centrées sur le soutien de la WCC*

## 6. Annexe 6 : Tableau de fréquence Intervention

<i>Modalité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Total</i>	<i>Proportion</i>	<i>p</i>
<i>Lors de la phase d'alerte</i>	1	50	0.020	< .001
<i>Pendant la crue</i>	0	50		
<i>Pendant la décrue</i>	1	50	0.020	< .001
<i>Après les inondations</i>	8	50	0.160	< .001
<i>Toutes les phases</i>	18	50	0.360	0.065
<i>Plusieurs phases</i>	22	50	0.440	0.480

*Tableau 17 : Dispersion des données pour la variable Moment d'intervention du questionnaire socio-démographique*

## RÉSUMÉ

Les inondations de juillet 2021 ont représenté une catastrophe naturelle d'une grande ampleur en Belgique. La mobilisation d'intervenants de première ligne (agents de la Protection Civile, pompiers, intervenants du SMUR) a été sollicitée plaçant ces professionnels, volontaires et bénévoles dans une situation traumatisante. Dans ce contexte, la question du traumatisme vicariant se pose. Ce concept correspond aux bouleversements psychiques, identitaires et cognitifs qu'un intervenant risque d'expérimenter en étant au contact de personnes traumatisées. Plusieurs facteurs viennent augmenter ou diminuer le risque de développement d'un traumatisme vicariant. La Protection Civile étant absente de la littérature, ce mémoire tente de découvrir quels sont les enjeux psychologiques auxquels les agents de la Protection Civile sont confrontés lors de situation d'exception et plus particulièrement, dans le cadre des inondations de juillet 2021.

Pour répondre à cette réflexion, les données socio-démographiques, la satisfaction professionnelle, le coping et la résilience en lien avec le traumatisme vicariant ont permis de mettre en évidence une première lecture du vécu de cette population. Les 50 agents ayant participé à cette recherche ont permis d'identifier un risque de traumatisation vicariante majoré par l'utilisation des différentes stratégies de coping, qu'elles soient centrées sur le problème, sur le soutien ou sur l'émotion bien que ces dernières expliquent davantage la survenue d'un traumatisme vicariant. Les autres variables n'ont pas permis de conclure à un aspect protecteur ou de risque de traumatisme chez le professionnel.

Bien que ce mémoire présente quelques limites, les scores au traumatisme vicariant ne sont pas élevés et suggèrent que les agents de la Protection Civile puissent, en moyenne, mobiliser différentes ressources pour faire face aux événements traumatisants tels que l'ont été les inondations.

Les résultats de cette étude, mis en lien avec les deux autres mémoires s'intéressant au traumatisme vicariant chez les pompiers et chez les intervenants du SMUR, encouragent à poursuivre les recherches, mais aussi à perfectionner les prises en charge proposées aux intervenants de première ligne et surtout aux agents de la Protection Civile qui présentent des caractéristiques bien plus spécifiques que prévues.