
Le psychotraumatisme vicariant chez les pompiers de la province de Liège : perspectives sur l'Appui Psychologique aux Intervenants (API)

Auteur : De Cuyper, Marine

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/2268.2/16242>

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.



Université de Liège

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Avec la collaboration du Service d'Appui Psychologique aux Intervenants

*Le psychotraumatisme vicariant chez les pompiers de la
province de Liège : perspectives sur l'Appui
Psychologique aux Intervenants (API)*

Marine De Cuyper

Promotrice : Adélaïde Blavier

Superviseuse : Laetitia Di Piazza

Lectrices : Céline Leclercq et Laura Rusalen

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2021-2022

Remerciements

Je tiens à remercier grandement Adélaïde Blavier, ma promotrice, ainsi que Laura et Laetitia pour leur enseignement, leur bienveillance, leurs encouragements et leur confiance.

Merci à Céline Leclercq d'avoir accepté d'être lectrice de ce travail et d'y porter de l'intérêt.

Merci également aux pompiers de la province de Liège qui ont rendu ce travail possible.

Je remercie ma famille pour la confiance et l'amour inconditionnel qu'elle me porte.

Merci à toutes les personnes qui ont embelli cette aventure universitaire pas toujours rose et qui ont participé d'une manière ou d'une autre à ma réussite. Un merci tout particulier à Claudi pour être la plus merveilleuse des amies.

Finalement, merci à Ron, Hermione et Harry de m'avoir tenu compagnie ces dernières semaines.

Table des matières

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
LE PSYCHOTRAUMATISME	2
<i>L'État de Stress Post-Traumatique</i>	5
<i>Le stress psychotraumatique secondaire</i>	7
<i>Le psychotraumatisme vicariant</i>	8
<i>Le traumatisme chez les intervenants d'urgence</i>	10
LA RESILIENCE	12
LA PRISE EN CHARGE DU TRAUMA	15
LE SERVICE API	17
<i>L'utilisation de l'API</i>	19
OBJECTIFS ET HYPOTHESES	20
METHODOLOGIE	22
PARTICIPANTS	22
MATERIEL ET PROCEDURE	22
<i>Questionnaire démographique</i>	23
<i>Questionnaire sur l'API</i>	23
<i>Mesure de la résilience</i>	24
<i>Mesure du traumatisme vicariant</i>	25
<i>Mesure de la qualité de vie professionnelle</i>	25
RESULTATS	26
SITUATION GENERALE DES POMPIERS DE LA PROVINCE DE LIEGE	26
<i>Le stress psychotraumatique vicariant et la qualité de vie</i>	27
<i>La résilience</i>	28
<i>L'âge et l'ancienneté</i>	29
<i>Le système social</i>	29
CONCERNANT L'API	31
CONCERNANT LES BENEFICIAIRES	33
CONCERNANT LES REFERENTS	35
DISCUSSION	37
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	56

Introduction

Les intervenants de la sécurité et de l'urgence sont régulièrement exposés à des événements stressants voire traumatogènes dans le cadre de leur travail (De Soir, 1999; Fraysse et al., 2020). Ils sont donc plus susceptibles de vivre un plus grand stress quotidien et également de développer un psychotraumatisme (Ducrocq, 2009; Lee et al., 2014). En ce qui concerne les pompiers, plusieurs auteurs (De Soir, 1999; Obuobi-Donkor et al., 2022) ont évalué la prévalence du stress post-traumatique entre 10% et 57%. De plus, l'intensité et la récurrence des événements traumatiques participent au maintien du stress post-traumatique (Carlier et AL., 1995 cité par De Soir, 1995; Fraysse et al., 2020; Lee et al., 2014).

Afin d'aider ces professionnels dans leur travail et dans leur vie, le service d'Appui Psychologique aux Intervenants (API) de la Province de Liège a créé un plan d'aide socio-psychologique sur trois niveaux incluant le système « *peer to peer* », les intervenants étant ainsi aidés par leurs collègues.

Huit ans après la création de l'API, nous réalisons une étude afin de rendre compte de la situation actuelle des pompiers de la province de Liège. Nous nous intéresserons particulièrement aux pompiers ayant bénéficié du dispositif ainsi qu'aux référents API.

Afin de permettre une compréhension optimale de cette recherche, nous naviguerons tout d'abord autour de concepts largement étudiés dans la littérature. Le psychotraumatisme, ses origines et sa prévalence au cours du temps seront évoqués. Après avoir donné des exemples d'événements potentiellement traumatiques ainsi que quelques facteurs facilitant le psychotraumatisme, le côté pathologique de celui-ci sera abordé au travers de l'état de stress post-traumatique. Nous préciserons ensuite notre recherche avec le stress traumatique secondaire et le psychotraumatisme vicariant, qui ont la particularité de concerner des personnes n'ayant pas directement vécu l'événement traumatisant (Elwood et al., 2011). Le psychotraumatisme sera ensuite abordé du point de vue de la population d'intérêt : les pompiers. Il en sera de même du concept de résilience qui constitue un facteur de protection important au psychotraumatisme (De Soir, 1995; Smith et al., 2011; Song et al., 2020) et qui s'avère être essentiel chez les pompiers (Conway & Waring, 2020; Fraysse et al., 2020). Enfin,

différentes prises en charge du trouble de stress post-traumatique seront brièvement abordées.

Après cet exposé, nous vous présenterons le projet étudié : l'appui psychologique aux intervenants. Nous parlerons de sa création, de sa structure et de son fonctionnement.

Pour en revenir à l'objectif de ce travail, il consistera en une analyse des niveaux de stress traumatique secondaire, de qualité de vie, de résilience ainsi que de quelques variables démographiques comme l'âge et l'ancienneté. Nous tenterons également de déterminer l'influence du système social sur la résilience. L'analyse de ces variables nous permettra de rendre compte de la situation actuelle des pompiers de la province de Liège et de fournir une base pour de futures recherches. Le point d'intérêt étant l'API, des comparaisons seront effectuées entre les pompiers ayant bénéficié du dispositif et ceux qui n'en ont pas bénéficié, ainsi qu'entre les référents API et les pompiers qui ne sont pas référents. Ces comparaisons nous aideront à mettre en lumière l'attitude des pompiers par rapport à l'API ainsi que les potentiels freins à son utilisation. Nous nous attarderons sur les bénéfices ou inconvénients que le rôle de référent peut amener chez certains pompiers.

Pour effectuer ces analyses, nous utiliserons un questionnaire en ligne établi par nos soins en deux versions : une pour les pompiers référents API et une pour les pompiers non-référents. Chaque version du questionnaire comporte une partie démographique, des questions sur l'API – qui diffèrent dans les deux versions – une échelle de stress post-traumatique (la STSS), un questionnaire de qualité de vie professionnelle (la ProQOL) et une échelle de résilience (la CD-RISC).

Revue de la littérature

Le psychotraumatisme

Avant de nous intéresser au thème principal de ce travail – le psychotraumatisme vicariant chez les pompiers – il nous semblait important d'aborder certaines notions cruciales à la compréhension de cette étude. Nous commencerons par le début : le psychotraumatisme. Bien que le terme « psychotraumatisme » soit relativement récent, nous retrouvons des traces

du traumatisme psychologique dans l'Antiquité, comme Chidiac et Crocq (cités par Tarquinio & Montel, 2014) nous l'indiquent.

Le psychotraumatisme en tant que tel est une notion qui apparaît au 19^{ème} siècle aux États-Unis. Il est d'abord qualifié de « névrose traumatique » ou « névrose de guerre » par Oppenheim qui attribue une origine organiciste au trouble (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2013; Tarquinio & Montel, 2014). La vision organiciste envisage l'individu comme un ensemble d'organes isolés, occultant ainsi sa dimension psychologique (Herzlich, 1984). Oppenheim applique cela au psychotraumatisme en défendant l'idée d'un trouble engendré par des changements moléculaires dans le système nerveux central. Cette vision du trouble permettait de ne pas attribuer une « faiblesse » émotionnelle aux soldats qui n'étaient alors pas considérés comme défaillants. Le psychotraumatisme est ensuite nommé « névrose d'effroi » par Kraepelin qui renie l'origine purement organiciste du trouble en affirmant que la seule vue d'un accident est suffisante pour développer un trauma (Tarquinio & Montel, 2014). En 1915, Myers (cité par Kédia et al., 2013) rejette également cette origine en affirmant que les symptômes peuvent être expliqués uniquement par les perturbations émotionnelles. C'est ainsi que les concepts de « névrose de guerre » et d'« hystérie » se rejoignent. C'est finalement en 1980, dans la troisième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) qu'apparaît pour la première fois le terme « *Post-Traumatic Stress Disorder* » (PTSD). Ce terme englobe alors l'ensemble des syndromes traumatiques de l'époque, à savoir le syndrome traumatique du viol ou encore le syndrome des vétérans du Vietnam (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2013).

Le DSM-IV-TR (2000) décrit le psychotraumatisme comme « un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de telles blessures, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions » (Auxenfants-Bonord, 2017). De plus, le traumatisme apparaît de manière « soudaine, violente, brutale et inattendue » et est couplé à un sentiment de détresse psychique intense ainsi qu'à un sentiment d'impuissance face à la menace de l'intégrité ou de la vie de soi ou d'autrui (Ferenczi, 2006, cité par Maury, Abbal, & Moro, 2015 ; De Soir, 1999). Cela entraîne une paralysie de la personne qui se voit dans l'incapacité de penser ou d'éprouver des émotions. Cette confrontation directe ou indirecte

avec la mort constitue l'événement traumatisant (De Soir, 1999). Cet événement peut résulter en un stress aigu ou en un État de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Le DSM-5 (2013) complète cette définition en ajoutant la proximité émotionnelle avec une personne traumatisée ou le récit d'événements traumatisants dans le cadre professionnel comme situations potentiellement traumatogènes (Maury et al., 2015).

Peu d'études ont été réalisées en Europe concernant l'épidémiologie du psychotraumatisme. Cependant, Ducrocq (2009) nous présente une étude européenne, l'ESEMeD¹, ainsi qu'une étude française, l'enquête SMPG², toutes deux effectuées en 2003. Il ressort de ces études que 30% des personnes ont déjà été confrontées à un événement traumatique et que, parmi celles-ci, 1,9% ont développé un ESPT chronique³. En 2020, Knipscheer et al. tentent de mesurer la prévalence du psychotraumatisme aux Pays-Bas. D'après leurs résultats, 71,1% de la population aurait été confrontée à une situation potentiellement traumatique, desquels 2% développeraient un ESPT. Une enquête américaine, la National Comorbidity Survey, présentée par Maury et al. (2015) contient des chiffres similaires : 60,7% des hommes et 51,2% des femmes seront exposés à un événement traumatique au cours de leur vie et 6,8% d'entre eux développeront un ESPT. Les quatre enquêtes relèvent une prévalence deux fois supérieure pour les femmes ainsi qu'une exposition deux fois plus faible de celles-ci aux événements. En Belgique, 65,8% de la population serait confrontée à une situation traumatique dont 4,1% présenteraient un ESPT (Koenen et al., 2017).

L'ESEMeD a classé les événements traumatiques les plus rapportés comme suit : la mort inattendue d'un proche (24,6%), avoir été témoin de la mort ou de la blessure grave d'une personne (20,6%), être porteur d'une maladie mortelle et avoir été impliqué dans un accident de la circulation (11,7%). Nous notons que ces événements comprennent des situations où la personne n'est pas directement impliquée, ce qui renvoie aux notions de traumatisme secondaire et vicariant que nous développerons plus loin.

¹ European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey (2001-2003).

² Santé Mentale en Population Générale (1999-2003).

³ Un ESPT chronique est un ESPT qui dure plus de 3 mois. Lorsque nous feront référence à la prévalence de l'ESPT, il s'agira d'ESPT chronique.

Avant d'aborder la suite, rappelons-nous que, à la suite d'un psychotraumatisme lié à l'exposition à un événement, un état de stress post-traumatique peut se développer. Autant l'ESPT peut, à court terme, être une réaction adaptative face à une situation anormale et traumatique (De Soir, 1995; Levine, 1997, cité par Payne et al., 2015), autant il peut devenir chronique s'il perdure, et alors devenir pathologique. L'état de stress post-traumatique peut se déclarer directement après un événement ou plusieurs mois ou années après – on l'appelle alors ESPT différé. Développons ce trouble plus avant.

L'État de Stress Post-Traumatique

L'état de stress post-traumatique (ESPT), ou trouble stress post-traumatique, se définit par le développement de symptômes caractéristiques suite à l'exposition à un ou plusieurs événements traumatiques (American Psychiatric Association, 2013). Ces symptômes se traduisent par la peur de revivre l'expérience traumatique et les symptômes émotionnels et comportementaux qui y sont liés, par l'anhédonie ou des états d'humeur dysphoriques, par une hypervigilance accrue ou encore des symptômes dissociatifs. Le DSM-V indique que ces symptômes peuvent apparaître seuls ou de concert et peuvent survenir de manière différée. L'ESPT peut arriver dès la première année de vie et tout au long de celle-ci.

Huit critères sont repris dans le diagnostic de l'ESPT (American Psychiatric Association, 2013). Le premier est, comme nous l'avons vu précédemment, l'exposition à la mort ou la menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Cette exposition peut être directe après un ou plusieurs événements traumatiques, indirecte lorsqu'on est un témoin direct de l'événement, secondaire lorsqu'on apprend qu'un événement est arrivé à un proche, ou encore répétée ou extrême lorsqu'on est soumis à répétition à des situations traumatiques ou que celles-ci sont particulièrement violentes ou aversives. Le deuxième critère concerne la présence d'au moins un symptôme envahissant associé à un ou plusieurs événements traumatiques et qui a débuté à la suite de cet événement. Les symptômes sont les suivants : rêves ou souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants engendrant un sentiment de détresse ; réactions dissociatives, comme des flashbacks, replongeant le sujet au cœur de l'événement traumatique ; réactions physiologiques ou sentiment intense ou prolongé de détresse psychique à la suite de stimuli faisant penser à l'événement. Le troisième critère concerne l'évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique et qui déclenchent un

sentiment de détresse. Il peut se traduire par un effort pour éviter des souvenirs, pensées ou sentiments liés à l'événement ou encore un effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, etc.) qui réveillent ces souvenirs, pensées ou sentiments. Le quatrième critère est lié aux altérations négatives des cognitions et de l'humeur à la suite d'un événement traumatique. Ces altérations – dont au moins deux doivent être présentes en vue d'un diagnostic – peuvent se traduire par une amnésie partielle de l'événement (liée à une dissociation), des croyances ou attentes négatives persistantes concernant soi-même, les autres ou le monde telles que « je suis une mauvaise personne », « tout le monde m'en veut » ou « je ne m'en remettrai jamais », un blâme dirigé vers soi ou les autres en lien avec la cause ou les conséquences de l'événement, un état émotionnel négatif persistant, un désintérêt et un désinvestissement croissant pour les activités importantes, un sentiment de détachement des autres ou encore une incapacité persistante à éprouver des émotions positives. Le cinquième critère concerne les altérations de l'éveil et de la réactivité – dont au moins deux doivent être présentes. Ces altérations consistent en la manifestation de colère ou d'irritabilité – verbale ou physique – dirigée vers des personnes ou des objets, des comportements irréflechis ou autodestructeurs, de l'hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, des problèmes de concentration ou des perturbations du sommeil. Le sixième critère précise que les perturbations liées aux critères deux à cinq doivent durer plus d'un mois. Le septième indique que les perturbations doivent avoir un impact significatif sur la qualité de vie du sujet (au niveau professionnel, social ou autre). Le huitième et dernier critère précise que les perturbations ne sont pas induites par une substance ou une cause médicale. Si ces critères n'apparaissent que six mois après l'événement, l'ESPT sera « à expression retardée ».

L'ESPT peut être accompagné de symptômes dissociatifs tels qu'une dépersonnalisation (le sujet se sent détaché de lui-même et se considère comme un observateur extérieur) ou une déréalisation (l'environnement semble irréel, onirique ou déformé).

Ainsi, la vie des personnes affectées par ce trouble est souvent perturbée, tant sur le plan social, qu'affectif ou professionnel. Par exemple, ces personnes pourront présenter des perturbations d'ordre psychologique (troubles du sommeil ou alimentaires), somatique (douleurs diffuses ou problèmes digestifs), économique, social/familial/professionnel, avec la présence d'un sentiment de défiance conduisant à l'isolement et à l'instabilité (Ducrocq, 2009).

Quant à la durée du trouble, Maury et al. (2015) expliquent que, dans 80% des cas, l'ESPT régresse en quelques mois. Les personnes pour qui ce ne serait pas le cas feraient alors l'expérience d'un ESPT chronique.

Carlier et al. (1995) ont mis en avant certains facteurs d'ordre individuel favorisant l'ESPT, à savoir des événements passés qui ont marqué l'histoire de vie de la personne sur un plan professionnel ou privé. Les antécédents psychiatriques sont également un facteur important (American Psychiatric Association, 2013; De Soir, 1995). D'autres facteurs de risques comme le manque de soutien social, de faibles capacités intellectuelles ou encore un jeune âge ont été relevés (Hyland et al., 2021; Maury et al., 2015). Les femmes seraient également plus propices à développer un ESPT et en souffriraient plus longtemps que les hommes, selon le DSM-V. La perception du danger, les blessures physiques ou encore le groupe culturel participent à la sévérité du trouble.

L'ESPT présente bien souvent des comorbidités avec d'autres troubles tels que le trouble anxieux généralisé, l'épisode dépressif, le risque suicidaire, le trouble panique, la dépression récurrente, la phobie sociale ou les troubles addictifs (alcool et drogues) (Ducrocq, 2009; Hyland et al., 2021).

Maintenant que nous nous sommes familiarisés avec le concept de psychotraumatisme, les événements qui peuvent les déclencher et le trouble qui peut en découler, nous allons nous intéresser aux personnes qui y sont exposées de manière indirecte ou secondaire – les personnes qui ne vivent pas directement l'événement traumatique – ainsi qu'aux professionnels qui travaillent avec des victimes. Pour ce faire, nous allons introduire les notions de stress psychotraumatique secondaire et de psychotraumatisme vicariant. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que ces concepts sont difficiles à différencier dans la littérature – nous allons maintenant les explorer.

Le stress psychotraumatique secondaire

Le stress secondaire est une notion d'abord définie par Figley en 1993 comme « les changements comportementaux et émotionnels découlant naturellement du fait d'avoir entendu le récit d'un événement traumatique vécu par un proche. Il s'agit du stress que la personne vit en aidant ou en voulant aider une personne traumatisée qui souffre » (Richardson,

2001) puis en 1995 comme le développement de symptômes semblables à ceux dont souffrent les personnes ayant un ESPT chez les individus qui ont un rôle important dans la vie d'un survivant (un ami, un membre de la famille). Figley ajoute que le stress arrive de manière rapide et inattendue (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011). Elwood et al. (2011) précisent cette définition en ajoutant que l'événement n'est pas vécu directement par la personne. En effet, le déclencheur du stress réside ici en la connaissance d'un événement vécu par autrui.

Le stress secondaire se manifeste au travers de différents symptômes : maux de têtes, nausées, troubles du sommeil, pensées intrusives, sentiment de vulnérabilité et émoussement émotionnel amenant des difficultés relationnelles (Horenstein et al., 2002). Concrètement, les personnes présentant ces troubles se montreront de plus en plus préoccupées par leur sécurité personnelle et méfiantes par rapport à autrui.

Dyregrov & Mitchell (1992) ont relevé des stratégies d'autoprotection dans une population d'urgentistes (Horenstein, Lelievre, Kremer, & Faucheux, 2002). Ils ont remarqué que ces derniers recherchaient le contact avec les collègues, utilisaient l'humour, supprimaient leurs émotions ou avaient recours à l'alcool. Certains semblent également diriger leur agressivité vers leurs proches (Follette, 1994, cité par Horenstein et al., 2002).

Le psychotraumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant, quant à lui, se définit comme « les changements cumulatifs qui surviennent chez le travailleur qui intervient auprès de survivants d'incidents traumatiques » (Saakvitne et Pearlman, 1996 cités par Richardson, 2001). La différence avec le traumatisme secondaire réside dans la population touchée – ici, le travailleur ou soignant. Richardson (2001) ajoute que le traumatisme vicariant survient à la suite du témoignage traumatique d'autrui. Autrement dit, ce traumatisme consiste en une réaction physique soudaine lorsqu'un événement particulièrement difficile est raconté ou découvert. Selon McCann & Pearlman (1990), la traumatisation vicariante aurait un lien avec le contenu du matériel traumatique et les schémas cognitifs, les croyances, attentes et hypothèses de la personne recevant le récit (Auxenfants-Bonord, 2017). Plus spécifiquement, le trauma vicariant découlerait de croyances négatives à propos de la sécurité, du pouvoir, de l'indépendance, de l'estime de soi, de l'intégrité ou du cadre de référence à la suite de l'exposition au vécu

traumatique d'autrui. Ce type de trauma engendre des changements cognitifs ainsi que des symptômes semblables à ceux que l'on retrouve chez les personnes souffrant d'ESPT (Elwood et al., 2011) ou de traumatisme secondaire.

Il a été montré qu'au plus les contacts avec les personnes traumatisées sont répétés, au plus le risque de traumatisme vicariant augmente (Saakvitne & Pearlman, 1996, cité par Horenstein, Lelievre, Kremer, & Fauchoux, 2002).

Deux concepts doivent être abordés lorsqu'on parle de traumatisme secondaire ou vicariant. Il s'agit de l'usure de compassion et de l'épuisement professionnel.

L'usure de compassion, ou fatigue de compassion, apparaît pour la première fois en 1992 dans un article publié par Carla Joinson (Figley, 1995; Salston & Figley, 2003). D'après elle, l'usure de compassion peut affecter toutes les professions de la relation d'aide et est émotionnellement dévastatrice. Figley (1995) décrit la fatigue de compassion comme « des émotions et comportements naturels qui surviennent après avoir pris connaissance d'un événement traumatisant vécu par un proche – le stress résultant de la volonté d'aider ou de l'aide apportée à une personne traumatisée ». La fatigue de compassion sert à décrire un état de dysfonctionnement, de désensibilisation et d'épuisement (biologique, psychologique et social) ressenti face à l'exposition prolongée au récit d'évènements traumatisants (Figley, 1995; Richardson, 2001). Cette définition de la fatigue de compassion fait fortement écho à celles de traumatisme secondaire et de traumatisme vicariant – la différence réside surtout dans le fait que la terminologie « fatigue » apparaît comme moins pathologique aux yeux des professionnels qui en font l'expérience et elle est donc mieux acceptée, selon Figley. D'ailleurs, il utilisera ces termes sans distinction dans son ouvrage *Compassion fatigue – Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (1995). La fatigue de compassion peut dès lors empêcher le professionnel de fonctionner de manière adaptée et de bien effectuer son travail, ce qui peut engendrer un décrochage et mener au *burnout*.

L'épuisement professionnel, ou *job burnout*, est défini par Maslach et Jackson en 1982 comme un syndrome d'épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et un amoindrissement des réalisations personnelles (Richardson, 2001). Lorient (2001) présente le burnout comme une « rationalisation du travail relationnel », c'est-à-dire une manière de se détacher émotionnellement de la situation afin de retrouver une « distanciation professionnelle » - un

concept que De Soir (1995) a observé chez les pompiers. Une étude états-unienne récente (Chiang et al., 2020) montre que les pompiers présentant un haut niveau de burnout rapportaient un niveau de stress élevé ainsi que des addictions. Cette étude liait également le burnout avec une mauvaise estime de leurs capacités professionnelles ainsi qu'un niveau de satisfaction professionnelle plus faible. Elle démontre également que plus le niveau d'ESPT est élevé, plus le niveau de burnout présenté par les pompiers est élevé.

Le traumatisme chez les intervenants d'urgence

Par la nature de leur profession, les personnes exerçant des métiers d'intervention d'urgence sont susceptibles de vivre des situations traumatiques et cela est particulièrement vrai pour les pompiers (Hill & Brunnsden, 2009). Comme le dit De Soir (1999): « Devoir travailler avec des victimes vivantes, gravement blessées ou mortes par le feu, ou victime d'un grave accident de voiture, d'une catastrophe naturelle, d'un délit de violence, d'une fusillade, etc., demande aussi un bon accompagnement psychologique ». En effet, ce type d'intervention peut amener chez le professionnel des difficultés tant physiques que psychiques. Cela est parfaitement illustré par Fraysse et al. (2020) qui ont interrogé 146 marins-pompiers de Marseille : 14% d'entre eux rapportent avoir subi des blessures psychiques, 35% des blessures physiques et 69% indiquent avoir vécu des événements éprouvants durant leurs interventions. Concernant l'impact sur leur vie sociale, familiale et professionnelle, 21% de ces pompiers jugent avoir subi des répercussions sur leur vie familiale, 21% estiment que cela a affecté leur vie professionnelle et 13% d'entre eux disent que leur vie sociale a été impactée. Nous observons, par exemple, un isolement social, de l'agitation et de la nervosité, une irritabilité excessive, des problèmes de concentration et de peur, ... Soit autant de symptômes faisant écho à ceux rencontrés dans le cadre d'un ESPT. Cependant, on attend des intervenants d'urgence qu'ils soient immunisés aux émotions (Becker et al., 2020), tels des super héros que la détresse n'atteint pas.

Selon De Soir (1999) un peu plus d'un pompier ou ambulancier sur dix ne se serait pas encore remis d'un choc traumatique lors d'une intervention passée. Ducrocq (2009), quant à lui, affirme qu'entre 10 et 15% des effectifs d'intervention d'urgence (pompiers, SAMU et

gendarmerie) présentent actuellement un ESPT. Obuobi-Donkor et al. (2022) montrent que la prévalence de l'ESPT atteindrait 57% chez les pompiers canadiens.

De plus, les opérations jugées comme traumatisantes par les pompiers participent au maintien de l'ESPT (Carlier et al., 1995 cité par De Soir, 1995). Cela est corroboré par des études plus récentes qui montrent qu'au plus un pompier est exposé à des événements traumatiques directement ou indirectement, au plus il aura un niveau de stress perçu élevé, ce qui augmente la probabilité de développer un ESPT à long terme (Lee et al., 2014). Selon les marins-pompiers de Marseille, les interventions les plus marquantes sont celles avec des enfants, les accidents sur la voie publique et les arrêts cardiovasculaires (Frayse et al., 2020).

Chez les jeunes pompiers, on remarque une volonté de s'intégrer au groupe qui passera, entre autres, par le mimétisme de certains comportements (Geuzinge et al., 2020). Cela peut s'avérer délétère lorsque des comportements inadaptés de gestion du stress sont reproduits. Par ailleurs, il semblerait que les anciens présentent un niveau d'ESPT plus élevé que les jeunes – ce qui peut s'expliquer par l'accumulation des années de service, l'exposition à répétitions à des situations traumatisantes ou la coupure avec le milieu opérationnel pour certains (Frayse et al., 2020). Dès lors, l'importance de promouvoir le bien-être psychologique des intervenants d'urgence s'applique autant aux anciennes générations de pompiers qu'aux nouvelles.

Certains auteurs (De Soir, 1995; Hill & Brunnsden, 2009; Smith et al., 2011; Song et al., 2020) montrent que le soutien social et des pairs a un impact positif sur la diminution des symptômes de stress traumatique chez les pompiers. En effet, les interactions positives avec les pairs semblent avoir un impact bénéfique à long terme sur l'engagement au travail, l'estime de soi et donc sur les compétences professionnelles. Il est important dans ce type de profession d'entretenir des liens de confiance avec ses pairs, tant dans l'action que dans l'après. Ainsi, le sentiment d'appartenance sociale est un facteur de protection important où tant les collègues que la hiérarchie tiennent un rôle primordial. Il semblerait que cette dernière soit particulièrement importante pour les pompiers (Geuzinge et al., 2020). De plus, le soutien social apporté par les collègues et la hiérarchie est positivement lié à la résilience (Conway & Waring, 2020). Fraysse (2020) illustre l'importance du système social pour les marins-pompiers de Marseille qui, après les interventions, en parlent avec leur conjoint (56%), à leurs collègues (51%), à leur médecin d'unité (9%) ou à leur médecin civil (7%). Par ailleurs, il semblerait que des relations conflictuelles apportent du stress supplémentaire (Geuzinge et al., 2020).

En résumé, le traumatisme vicariant correspond à l'exposition à des vécus traumatiques d'autres personnes pouvant engendrer chez l'intervenant d'urgence un état de stress post-traumatique (ESPT). L'ESPT se traduit par des symptômes invalidants tels que des reviviscences, des cauchemars, une irritabilité ou colère accrue, un détachement émotionnel et bien d'autres difficultés psychologiques et physiques. Cela fait particulièrement écho à la réalité de travail des pompiers qui portent secours à des victimes d'accidents divers (incendies, inondations, accidents de la route, etc.). Ces concepts sont étroitement liés à ceux de fatigue de compassion et d'épuisement professionnel. Dans un souci de se protéger de tout cela, les pompiers comptent beaucoup sur leur support social et principalement leurs collègues et la hiérarchie. Un support social adéquat constitue en effet une ressource primordiale pour les intervenants d'urgence. Après avoir discuté des différents psychotraumatismes et des symptômes associés, nous allons maintenant aborder certains facteurs de protection ainsi que la prise en charge des personnes qui en souffrent.

La résilience

La résilience incarne les qualités individuelles qui permettent à une personne de prospérer face à l'adversité (Connor & Davidson, 2003; Vella & Pai, 2019). Ce concept largement étudié est considéré soit comme un processus dynamique évoluant avec le contexte, le temps, l'âge, le sexe, les origines et les événements de vie (Laureys & Easton, 2020; Song et al., 2020), soit comme un trait de caractère inhérent à l'individu (Laureys & Easton, 2020; Vella & Pai, 2019). De manière générale, la définition de la résilience s'articule autour des concepts d'adversité, de gestion et d'adaptation (Laureys & Easton, 2020). Dans cette étude, nous envisagerons la résilience comme un processus dynamique et évolutif.

La résilience est un des facteurs qui protègent du traumatisme (Pietrantonio et Prati, 2008, cité par Conway & Waring, 2020; Lee et al., 2014; Song et al., 2020). C'est un processus qui régule les émotions et expériences positives afin qu'elles restent stables à la suite d'un événement traumatique (Bonnano et al., 2012, cité par Conway & Waring, 2020; Song et al., 2020). Connor & Davidson (2003) envisagent la résilience via cinq concepts : le sens d'efficacité personnel, le

contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, la capacité à rebondir, le sentiment de contrôle et la spiritualité.

Ainsi, le *self-encouragement*, ou l'auto-encouragement, participe de manière importante à la résilience (Song et al., 2020). Skinner et al. (2013) expliquent l'auto-encouragement comme l'idée de se focaliser sur ses forces et valeurs afin de modifier ses croyances dans le but de développer une vision positive de soi.

Un autre facteur participant à la résilience chez les intervenants d'urgence est la connaissance et l'apprentissage du psychotraumatisme (Conway & Waring, 2020). Les séminaires et programmes centrés autour de la gestion du stress lors de situations critiques auraient un impact bénéfique dans la prévention des réactions inadaptées.

Les débriefings officiels durant lesquels les pompiers reviennent sur les événements et leurs actions peuvent également contribuer à l'amélioration de la résilience (Sattler et al., 2014) ainsi qu'à prévenir l'apparition d'un ESPT (De Soir, 1999; Lee et al., 2014).

La résilience se cultive également sur le terrain : Conway (2020) explique que, pour les pompiers, pouvoir répondre aux besoins primaires était important, surtout sur les lieux d'interventions. L'accès à des douches et de la nourriture, par exemple, participe au maintien d'une bonne résilience.

Le système social participe à la résilience lorsqu'il consiste en un soutien positif (Sippel et al., 2015). Au sein de ce système se trouvent le partenaire, la famille, les amis ainsi que les collègues. Le partenaire, par exemple, peut faire preuve de comportements émotionnellement renforçants, d'empathie et également fournir une assistance matérielle et résiliente (Thoits, 2011, cité par Sippel et al., 2015). Ceci sera d'autant plus efficace s'il répond aux besoins de l'intervenant.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la famille ne semble pas avoir de lien avec la résilience pour les pompiers (Song et al., 2020). Cela pourrait s'expliquer par la qualité particulière du métier de pompier et l'importance du *peer support*, qui outrepasserait le soutien familial.

Le *peer support*, ou soutien des collègues, est considéré comme très important pour les pompiers dans le maintien du niveau de résilience, tant au quotidien qu'à la suite d'événements

traumatiques (Conway & Waring, 2020; Hill & Brunnsden, 2009; Laposa et al., 2003; Song et al., 2020). Entretenir des relations proches avec ses collègues permet aux pompiers de mieux appréhender le « retour à la normale » à la suite d'une intervention (Hill & Brunnsden, 2009).

Le soutien de la hiérarchie, comme nous l'avons vu précédemment, est également primordial dans le maintien de la résilience chez les pompiers (Geuzinge et al., 2020). Une relation positive et de confiance avec la hiérarchie encouragerait les intervenants à utiliser les aides à disposition de manière anonyme et sans crainte des répercussions (Bonnano, 2005, cité par Conway & Waring, 2020). Par contre, un manque de confiance dans la hiérarchie constituerait un frein pour les intervenants qui souhaiteraient obtenir de l'aide car ils n'auraient pas non plus confiance dans les dispositifs d'aide officiels (Conway & Waring, 2020).

Finalement, le *burnout* et les troubles physiques chez les pompiers seraient influencés par le système social qui diminuerait les symptômes qui y sont associés (Lim, 2006, cité par Song et al., 2020).

Il existe certains facteurs qui altèrent la résilience tels que l'anxiété sociale et les biais cognitifs. Ces derniers sont relativement importants chez les pompiers (Song et al., 2020).

Puisque la résilience est considérée comme un processus dynamique évoluant avec l'individu (Laureys & Easton, 2020; Song et al., 2020), l'âge exerce une influence sur celle-ci. Par exemple, Song et al (2020) ont montré que des pompiers qui avaient entre 20 et 30 ans présentaient une résilience plus haute que les autres.

Nous avons discuté de différents facteurs de protection au psychotraumatisme et à l'ESPT tels que le soutien familial, l'auto-encouragement ou des infrastructures sur le terrain répondant aux besoins primaires. Certains sont particulièrement importants pour les pompiers, comme une relation proche et de confiance avec les collègues et la hiérarchie ou le débriefing post-intervention. Certains de ces facteurs se trouvent au cœur des prises en charge du psychotraumatisme.

La prise en charge du trauma

Pour qu'une prise en charge soit efficace, elle devra se concentrer sur divers facteurs dont la promotion du soutien social et organisationnel via un soutien de la part des aidants et soignants, de la famille, des organisations et des communautés. Cette prise en charge sera plus ou moins efficace en fonction de la correspondance entre la source, le type et la temporalité du soutien social et les besoins de l'individu ou du système (Sippel et al., 2015).

Il existe de nombreuses prises en charge du psychotraumatisme. En voici quelques-unes.

La thérapie d'exposition – ou thérapie de narration – consiste en la narration répétée et détaillée de l'événement traumatique (Onyut et al., 2005). Au fil de la thérapie, le récit sera de moins en moins fourni en dialogue et en séquences d'action et sera plus fourni en pensées et émotions (Foa et al., 1995). Foa (1995) explique cela par une meilleure intégration des émotions et une attention réduite pour les détails. Le patient remet du sens dans l'événement qui devient alors moins important et dont le souvenir devient moins menaçant.

La *Narrative Exposure Therapy* (NET) fait partie des thérapies d'exposition. Dans cette thérapie, le patient construit un récit de toute sa vie, depuis sa petite enfance jusqu'à maintenant, tout en détaillant particulièrement les expériences traumatiques (Onyut et al., 2005).

Une autre méthode est le *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Shapiro découvre en 1987 que des mouvements répétés et spontanés des yeux avaient un effet désensibilisant sur les pensées déplaisantes. De ce fait, il était possible de modifier l'impact de certains souvenirs et, dans le même temps, le tableau clinique du patient (Shapiro, 2017). La méthode consiste en la narration d'un événement traumatique qui déclenche un sentiment de détresse chez le patient toujours à l'heure actuelle. Celui-ci doit suivre les mouvements de doigt du thérapeute tout en se concentrant sur ses sensations physiques, ses pensées négatives et l'événement (Rogers & Silver, 2002). Régulièrement, le thérapeute demande au patient ce qui lui apparaît. Ce procédé est répété jusqu'à ce que le patient ne rapporte plus de perturbation du souvenir.

Le *Brainspotting* est un outil thérapeutique développé par Grand en 2013. Il est semblable à l'EMDR car il consiste également en une observation des ressentis physiques et émotionnels

tout en effectuant un mouvement oculaire horizontal dicté par le professionnel (Masson et al., 2017). Un *brainspot* est détecté lorsque le patient a un réflexe oculaire ou un mouvement involontaire du corps (tic du visage, froncements de sourcils, etc.). Les *brainspots* fonctionneraient comme une réponse neurophysiologique à une dysrégulation émotionnelle induite – à savoir, le rappel de l'événement traumatique (Masson et al., 2017).

Les groupes Balint, créés originellement pour des médecins, sont destinés à tous les professionnels de la santé (Cohen-Léon, 2008). Une situation conflictuelle est exposée par un animateur et les participants en débattent. La réflexion est orientée sur les limites de la fonction professionnelle au travers de l'analyse des relations conflictuelles, des peurs ou du sentiment d'impuissance du soignant (Reznik, 2009).

Les débriefings du stress post traumatique, quant à eux, ont pour objectif de diminuer les souffrances psychiques causées par un événement traumatique (De Soir, 1999). Ils sont centrés sur la ventilation de la tension et des frustrations accumulées, sur la normalisation et la légitimation des réactions et émotions, sur la restructuration cognitive et sur la cohésion du groupe.

En ce qui concerne les intervenants d'urgence, nous avons préalablement noté l'intérêt des débriefings post-intervention (De Soir, 1999; Lee et al., 2014; Sattler et al., 2014) ainsi que l'importance du soutien entre collègues (Conway & Waring, 2020; Hill & Brunsten, 2009; Laposa et al., 2003; Song et al., 2020). Cela nous amène au *supervised peer debriefing* (SPD), ou débriefing supervisé entre collègues.

Le SPD peut se réaliser individuellement ou en groupe. La participation est toujours libre et la supervision est effectuée par un psychologue, psychiatre ou psychothérapeute (De Soir, 1999). Le SPD comporte cinq buts généraux : premièrement, reconstituer le puzzle de l'intervention avec tous les intervenants qui y prenaient part ; deuxièmement, permettre une ventilation émotionnelle ; troisièmement, offrir de la reconnaissance et du soutien via une normalisation et légitimation des symptômes ; quatrièmement, activer les ressources internes des intervenants afin qu'ils assimilent au mieux l'événement traumatique, qu'ils récupèrent un sentiment de contrôle et de sécurité ; cinquièmement, stimuler la solidarité et la cohésion du groupe en effaçant le sentiment de détachement qui s'est créé (De Soir, 1999). Il est également important d'expliquer les symptômes ou réactions qui pourraient survenir plus tard ainsi que

d'identifier qui aura besoin de plus d'aide. Ainsi, le *supervised peer debriefing* n'est pas seulement curatif, il est surtout préventif, explique De Soir (1999).

Nous avons eu un aperçu de différentes prises en charge du psychotraumatisme. Elles s'orientent principalement sur le récit de l'événement et la restructuration cognitive et peuvent être individuelles ou collectives. Nous allons maintenant voir comment le service d'appui psychologique aux intervenants s'est inspiré de tous ces outils thérapeutiques pour s'orienter vers un assistantat et une prise en charge des professionnels sur le terrain.

Le service API

Le service d'Appui Psychologique aux Intervenants (API) a été créé au sein de la Province de Liège en 2014 en réponse à différents événements ayant marqué notre pays, tels que l'explosion de la rue Léopold ou encore la fusillade place Saint-Lambert. Ce service a pour objectif de prendre en charge et d'assister psychologiquement les intervenants de la sécurité et de l'urgence.

« Une aide par et pour les collègues - « Peer to peer » »⁴

Le service API a également développé un réseau d'intervention *peer to peer* au sein de la population de pompiers, policiers et urgentistes en Wallonie. Ce réseau consiste en des personnes ressources dont la tâche est d'apporter un soutien socio-psychologique à leurs collègues. Ces personnes ressources issues des services de Police, d'incendie et d'aide médicale urgente sont formées au sein de l'Institut Provincial de Formation des Agents de Services de Sécurité et d'Urgence (IPFASSU). Au terme de leur formation, elles deviennent des référents API et constituent le premier niveau.

L'API est constitué de trois niveaux. Le premier niveau comporte les référents API, soit les intervenants d'urgence ayant reçu une formation de base. Le rôle de ces référents est d'apporter écoute et soutien à leurs collègues afin de les aider à gérer le stress quotidien. Les référents peuvent ensuite choisir de suivre une formation spécialisée et ainsi devenir des référents de niveau 2. Ils sont habilités à identifier les troubles et à orienter vers un traitement

⁴ <https://www.provincedeliege.be/fr/node/10745>

approprié (suivi médical ou psychologique, etc.). Le troisième niveau est constitué de psychologues spécialisés en psychotraumatisme. Actuellement, la cellule API est composée de 150 référents de base, de deux référents de niveau 2 par zone et de deux psychologues.

Les formations se déroulent sur plusieurs jours et accueillent les intervenants d'urgence indépendamment de leur milieu d'intervention – ainsi, des policiers, pompiers et ambulanciers se côtoient. À la suite des formations, les référents retournent à leur travail en ayant cette casquette supplémentaire. Le service organise des sessions de « recyclage » afin d'assurer une formation continue et un soutien aux référents.

La formation de niveau 1 s'organise sur trois jours. Après une présentation de chacun et du service API, le premier jour s'oriente sur des concepts théoriques importants, à savoir : le stress (sa définition, les réactions qu'il engendre, les symptômes qui y sont associés), le traumatisme psychologique (sa définition, sa temporalité, les symptômes qui y sont associés). Le deuxième jour débute par des rappels théoriques avant d'aborder les conséquences du stress et du traumatisme sur le long terme (burnout, ESPT) ainsi que la notion de victime (sa définition, les types de victimes). Les futurs référents apprennent comment aborder les victimes en fonction du degré d'urgence physique et psychologique de celles-ci. Ils apprennent aussi à évaluer leur propre charge psychologique supportable. Après un rappel théorique, le troisième jour s'oriente sur la prise en charge immédiate et différée des victimes et introduit le débriefing psychologique.

La formation de niveau 2 se déroule sur quatre jours. Cette formation est principalement centrée sur le débriefing psychologique et la détection des personnes et situations nécessitant une aide spécialisée. Lors du premier jour, les référents apprennent les différentes étapes qui constituent un débriefing psychologique (introduction, faits, pensées, émotions, symptômes, psychoéducation, conclusion) ainsi que la mise en place adéquate à réaliser préalablement. Le deuxième jour est consacré à identifier les situations nécessitant un débriefing et à en mener un. Au terme du troisième jour, le référent sera capable d'identifier le moment opportun à la réalisation d'un débriefing. Le quatrième jour aborde les cas où des débriefings complémentaires sont nécessaires et comment les réaliser. Tout au long des formations, la théorie est entrecoupée de jeux de rôles et de discussions autour des différents concepts. Le recyclage permet un rappel des concepts appris.

Le service a divers objectifs. Ainsi, en plus d'apporter de l'aide socio-psychologique et d'organiser des formations, la cellule souhaite informer et sensibiliser le public de la sécurité et de l'urgence ainsi que leur famille et leur entourage. À cet effet, la cellule crée des folders et propose des formations « clé sur porte » afin de répondre aux besoins de chaque institution.

Le principal point fort de l'API est le système *peer to peer* : par et pour les collègues. Cela permet aux référents d'avoir une connaissance du métier qu'une personne externe n'aurait pas. Ils ont également une meilleure connaissance de l'organisation dans laquelle ils interviennent ainsi que des personnes qu'ils rencontrent. Leur réactivité leur permet d'agir rapidement et efficacement et de recevoir également la reconnaissance de leurs collègues.

L'utilisation de l'API

Lorsqu'un pompier ressent le besoin de parler, il peut se diriger vers un collègue référent. Il peut le contacter par téléphone, sms ou mail, lui demander un rendez-vous ou encore le rejoindre à la machine à café et entamer la discussion. Cela se fait de manière informelle et naturelle. Cela se passe de la même manière lorsqu'un référent approche l'un de ses collègues qu'il sent en difficulté.

Le référent n'a aucune obligation en ce qui concerne le référencement de ses interventions auprès de l'API. Les entretiens ont lieu en toute confidentialité. Il peut cependant compléter le document de retour d'expérience (retex) créé par le service API qui permet le recueil de certaines informations. Dans ce document, le référent complète ce qui s'apparente à des questions démographiques (poste, zone, date, niveau du référent). Ensuite, il indique si l'entretien a été sollicité par le pompier, si le référent l'a proposé ou si une tierce personne l'a conseillé. Il précise également si l'entretien a eu lieu par téléphone ou « de visu » et à quel endroit. Les questions suivantes concernent l'événement : s'il est privé ou professionnel et la nature de l'événement professionnel (incendie, noyade, explosion, etc.) ainsi que la date de celui-ci. Le référent renseigne ensuite s'il a fait appel à un autre référent (de niveau 1 ou 2) ou au service API. Finalement, il indique le niveau de satisfaction, la prise d'un éventuel rendez-vous ultérieur ou le relais du collègue (vers un autre référent, un service interne ou un service externe). Même si ces données sont précieuses pour l'API, ce document est malheureusement souvent négligé.

Objectifs et hypothèses

Cette étude exploratoire a pour intention principale de rendre compte de la situation actuelle des pompiers de la province de Liège concernant leur relation à l'API ainsi que leurs niveaux de stress psychotraumatique vicariant, de qualité de vie et de résilience. Nous espérons que ce travail permettra d'apporter des conclusions et informations qui pourront participer à l'amélioration du dispositif d'appui psychologique aux intervenants ainsi que de fournir une base utile pour de futures recherches.

Ce qui nous intéresse particulièrement est de montrer la situation des pompiers ayant bénéficié de l'API ainsi que des référents. Nous souhaitons observer si une différence existe entre les pompiers qui ne sont pas en contact avec l'API et ceux qui sont en contact avec le dispositif. Nous tenterons également de voir si un profil démographique se dessine au sein des groupes.

Concernant les pompiers de manière générale, nous souhaitons mesurer leur niveau de stress traumatique vicariant. De nombreuses études (De Soir, 1999; Ducrocq, 2009; Fraysse et al., 2020; Lee et al., 2014) ont montré que les intervenants d'urgence – et particulièrement les pompiers – sont une population à risque de par la nature de leur travail qui les met quotidiennement en situation dangereuse et potentiellement traumatisante. Nous mesurerons ce niveau de stress sur les sept derniers jours ainsi que sur les trente derniers jours.

Ensuite, nous allons investiguer leur qualité de vie en nous intéressant à l'épuisement professionnel et à la satisfaction de compassion. Comme nous l'avons vu lorsque nous avons abordé la littérature, l'épuisement professionnel est étroitement lié au psychotraumatisme vicariant et à la qualité de vie (Maslach et Jackson, 1982; Chiang et al., 2020). La satisfaction de compassion, qui est le plaisir à bien effectuer son travail et les bénéfices qui en sont retirés, est un facteur protecteur de l'épuisement professionnel (Hotchkiss & Leshner, 2018).

Un autre facteur de protection que nous souhaitons évaluer est la résilience. Nous savons que la résilience protège du stress traumatique (Conway & Waring, 2020; Song et al., 2020) et nous voulons voir si les pompiers de la province de Liège présentent de bonnes capacités de gestion du stress et des situations traumatisantes. Nous avons également l'intention de vérifier dans

quelle mesure la résilience permet de prédire le stress traumatique secondaire et la qualité de vie dans cet échantillon.

Nous allons également analyser certaines variables démographiques – le sexe, l'âge et l'ancienneté – et tenter de déterminer si elles exercent une influence sur le stress traumatique vicariant, la qualité de vie et la résilience. En effet, diverses études (American Psychiatric Association, 2013; Ducrocq, 2009; Hyland et al., 2021; Maury et al., 2015) s'accordent à dire que ces variables peuvent soit améliorer soit dégrader le psychotraumatisme secondaire, par exemple.

La dernière chose que nous souhaitons vérifier chez les pompiers de la province de Liège est l'influence du système social – soit le fait de vivre seul, d'avoir un partenaire ou des enfants – sur la résilience. Plusieurs auteurs (Conway & Waring, 2020; De Soir, 1995; Fraysse et al., 2020; Geuzinge et al., 2020; Sippel et al., 2015; Smith et al., 2011; Song et al., 2020) ont montré que le support social influence la résilience et qu'il constitue un facteur de protection important chez les pompiers.

Dans l'idée de participer à l'amélioration du dispositif, nous souhaitons rendre compte de l'attitude des pompiers par rapport à l'API. Nous voulons tenter d'établir un profil des personnes qui ont recours au dispositif afin de renforcer celui-ci et également un profil des personnes qui n'y ont pas recours afin de pallier d'éventuelles difficultés ou obstacles à l'utilisation de l'API.

Nous allons ensuite nous intéresser aux bénéficiaires de l'API. Nous voulons observer si, par rapport à leurs collègues qui ne sont pas en contact avec l'API, ils présentent des niveaux différents de stress traumatique secondaire vicariant, de qualité de vie et de résilience. Nous nous intéresserons également aux différences d'âge, d'ancienneté et de sexe entre les groupes.

Finalement, nous ferons de même avec les référents. Étant donné la nature de leur formation et les outils supplémentaires dont ils disposent en matière de gestion du stress et d'appréhension du psychotraumatisme, ils pourraient avoir une meilleure résilience. Cependant, il n'est pas exclu qu'ils présentent une qualité de vie moindre, ou un stress psychotraumatique supérieur du fait de leur contact supplémentaire aux récits d'événements traumatisants. Ainsi, nous tenterons de déterminer si leur casquette de référent les protège ou si la charge émotionnelle et traumatique vécue est plutôt délétère pour eux.

Méthodologie

Participants

Quatre-vingt-quatre volontaires (6 femmes) ont accepté de participer à cette étude. Les participants étaient âgés de 20 à 73 ans ($M = 43$ ans et 2 mois, $ET = 12$) ; 80 étaient pompiers et quatre étaient pompiers-ambulanciers (4) dans la province de Liège. Le plus ancien exerçait la profession depuis 40 ans, le moins ancien depuis six mois ($M = 17$ ans et 10 mois, $ET = 9,97$). Hors des quatre-vingt-quatre volontaires, 15 étaient référents API (15 hommes) ; le plus ancien était référent depuis huit ans, le moins ancien depuis deux ans ($M = 5$ ans et 6 mois, $ET = 2,61$). Les participants étaient de tous grades confondus et provenaient de cinq des six zones de secours de la province de Liège. Parmi les participants, il y avait 31 pompiers qui avaient bénéficié de l'API et 38 pompiers qui n'en avaient pas bénéficié. Une analyse de puissance réalisée à l'aide du logiciel G*Power indiquait qu'il aurait fallu un total de 102 participants pour détecter une taille d'effet moyenne ($d = 0,5$) avec une puissance de 80% pour les comparaisons de moyennes entre groupes. L'objectif était donc d'avoir 51 participants pour évaluer les différences entre personnes ayant bénéficié de l'API et personnes n'ayant pas bénéficié de l'API. Malheureusement, après six semaines de récolte, une aide du service API et de certains organismes d'intervention d'urgence, nous avons dû arrêter la collecte des données avant d'atteindre ce nombre. Le recrutement s'est effectué via la publication d'annonces sur les réseaux sociaux et via le service API par mail interne (voir annexes I et II). Cette étude a été réalisée avec l'approbation du Comité d'Éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège.

Matériel et procédure

Après avoir lu l'annonce ou le mail, le participant était invité à cliquer sur un lien qui le dirigeait vers le système d'enquêtes en ligne de la FPLSE. Deux questionnaires avaient été créés : l'un était adressé aux pompiers non-référents API et l'autre aux référents. Le questionnaire destiné aux référents était transmis uniquement par le service tandis que le questionnaire diffusé sur les réseaux indiquait clairement qu'il n'était pas destiné aux référents.

Les deux questionnaires avaient la même structure et étaient composés d'un questionnaire démographique, d'un questionnaire sur l'API, d'une échelle de résilience, d'une échelle de stress traumatique secondaire et d'un questionnaire de qualité de vie professionnelle. La différence entre les deux enquêtes résidait dans les questions démographiques et sur l'API ; le reste était identique. La passation de l'enquête au complet était évaluée à environ dix minutes. Les données ont été récoltées de juin 2022 à juillet 2022.

Tout d'abord, le participant était invité à prendre connaissance des objectifs, modalités et conditions de passation de l'étude (voir annexes III et IV). En choisissant de poursuivre le questionnaire, il indiquait son consentement.

Nous allons dès à présent passer en revue les différents outils de mesure utilisés. Il est important de noter que ces outils en tant que tels n'ont pas de valeur diagnostique car il nous est impossible de vérifier les conditions de passation et qu'aucun suivi n'a été effectué auprès des participants.

Questionnaire démographique

La première partie du questionnaire démographique était commune aux référents et non-référents et requérait des informations telles que l'âge et le genre des participants. S'ensuivaient des questions concernant leur situation professionnelle, à savoir : nombre d'années de service, zone d'exercice, fonction (pompier ou pompier-ambulancier) et grade. Enfin, le participant renseignait sa situation personnelle en indiquant s'il avait un partenaire, s'il vivait avec celui-ci, s'il vivait seul et s'il avait des enfants. Les référents étaient également invités à renseigner le nombre d'années d'ancienneté en tant que référent API.

Questionnaire sur l'API

Le deuxième questionnaire concernait le service API et était différent pour les référents et les non-référents.

Les non-référents étaient d'abord interrogés sur leur connaissance de l'API. Nous souhaitions savoir s'ils connaissaient l'API, par quel biais ils l'avaient connu et ce qu'ils pouvaient en dire en quelques mots. Ensuite, ils étaient interrogés sur leur utilisation de l'API. Les participants indiquaient s'ils avaient déjà contacté un référent ou le service, de leur propre chef ou à la suite

d'une suggestion de la hiérarchie. Savoir s'ils avaient été contactés par un référent et s'ils pensaient en avoir besoin en ce moment nous paraissait également important. Pour clôturer, il semblait intéressant de mesurer le niveau de satisfaction ressenti après avoir bénéficié de l'API. À cet effet, les non-référents indiquaient leur niveau de satisfaction sur une échelle de Likert allant de 1, pas du tout satisfait, à 5, extrêmement satisfait. Ils indiquaient ensuite s'ils pensaient ou non faire appel à l'API dans le futur et s'ils recommanderaient ou non l'API à un collègue.

Les référents, quant à eux, étaient interrogés sur leur sentiment d'utilité ressenti en tant que référent au travers d'une échelle de Likert allant de 1, pas du tout utile, à 5, très utile, ainsi que sur leur sentiment de compétence, évalué avec les mêmes modalités allant de 1, pas du tout compétent, à 5, très compétent. Pour terminer, nous leur demandions si les personnes faisant appel à eux étaient souvent les mêmes ou non.

L'intégralité des questions démographiques et du questionnaire API se trouve en annexes V et VI.

Mesure de la résilience

Afin de mesurer le niveau de résilience des participants, nous avons choisi d'utiliser la *Conor-Davidson Resilience Scale* ou CD-RISC (α de Cronbach = 0,75), développée par Connor et Davidson en 2003. Cette échelle comporte 25 items sous forme d'échelle de Likert allant de 0, pas du tout, à 4, presque tout le temps. Les 25 énoncés sont répartis en cinq facteurs. Le premier est lié à la compétence personnelle, à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité. Le deuxième fait référence à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress. Le troisième correspond à l'acceptation du changement et aux relations interpersonnelles positives. Le quatrième concerne le sentiment de contrôle. Le cinquième et dernier est associé à la spiritualité. Le résultat se traduit par la somme des items qui forme un score total compris entre 0 et 100. Plus le résultat est élevé, plus le niveau de résilience est grand. Des exemples d'items de la CD-RISC sont à retrouver en annexe VII.

Mesure du traumatisme vicariant

Afin de rendre compte du niveau de traumatisme vicariant vécu par les pompiers, nous avons sélectionné l'échelle de stress traumatique secondaire ou STSS (α de Cronbach = 0,92) de Bride et al. (2004). Cette échelle est composée de 17 items également sous forme d'une échelle de Likert et dont les réponses vont de 1, jamais, à 5, très souvent. Les items permettent de mesurer la fréquence des symptômes de reviviscence (score d'intrusion), d'évitement (score d'évitement) et d'hyperactivité neurovégétative (score d'éveil) à la suite de l'exposition indirecte à des événements traumatiques. Il convient au participant d'indiquer à quelle fréquence chaque item s'est avéré vrai pour lui au cours des sept derniers jours. Le score total correspond à la somme des items. Il s'interprète comme suit : stress traumatique secondaire léger (score de 28 à 37), stress traumatique secondaire modéré (de 38 à 43), stress traumatique secondaire élevé (de 44 à 48) et stress traumatique secondaire sévère au-delà de 49. Nous interprétons une absence de stress traumatique secondaire si le score est inférieur à 28. Certains items de la STSS peuvent être consultés en annexe VIII.

Mesure de la qualité de vie professionnelle

Afin de mesurer le niveau de qualité de vie professionnelle, nous avons utilisé la cinquième version de la *Professional Quality of Life : Compassion Satisfaction and Fatigue* ou ProQOL (α de Cronbach = 0,71), développée par Hudnall Stamm en 2009. Il convient de répondre aux 30 items constituant l'échelle selon leur fréquence d'apparition au cours des trente derniers jours, via une échelle de type Likert allant de 1, jamais, à 5, très souvent. Le résultat consiste en trois scores correspondant à trois sous-échelles : l'échelle de la satisfaction de la compassion porte sur le plaisir à bien effectuer son travail tandis que l'échelle de l'épuisement professionnel et l'échelle de stress traumatique secondaire sont toutes deux associées à l'usure de compassion.

Chaque échelle fournit un score total ainsi qu'un niveau qui se traduit comme suit : niveau faible (score de 43 ou moins), niveau moyen (score autour de 50), niveau élevé (score de 57 ou plus). Des items des trois sous-échelles de la ProQOL se trouvent en annexe IX.

Résultats

En vue de placer les résultats concernant l'API dans leur contexte, nous présenterons d'abord les résultats relatifs à la situation générale des pompiers de la province. Nous nous intéresserons ensuite aux bénéficiaires de l'API et, pour finir, aux référents.

Concernant les analyses, la normalité des variables a été évaluée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Lorsque les données n'étaient pas distribuées normalement, un test robuste était appliqué en plus du test classique. Dans le cas où les analyses robustes ne menaient pas à des résultats différents des analyses classiques, ce sont ces dernières qui ont été reportées. Pour effectuer les comparaisons de moyennes entre groupes, nous avons utilisé des tests *t* de Student. Pour vérifier la prédiction d'une variable continue en fonction d'une autre variable continue, nous avons réalisé des analyses de régressions linéaires simples.

Nous n'avons pas pu effectuer d'analyses de différence entre sexes car le nombre de participantes féminines (6) est trop faible par rapport au nombre de participants masculins (78).

Situation générale des pompiers de la province de Liège

Quatre-vingt-quatre pompiers ont répondu à notre questionnaire – desquels 15 sont référents API. Comme nous souhaitons rendre compte de la situation générale des pompiers de la province, nous incluons les référents dans ces analyses. Les participants sont issus de cinq des six zones de la province et sont de tous grades confondus. Cinquante-deux rapportent avoir été en contact avec une victime de traumatisme au cours du dernier mois. Les informations démographiques complètes se trouvent dans la partie relative à la méthodologie.

Nous allons d'abord présenter les résultats en lien avec le stress psychotraumatique et la qualité de vie. Ensuite, nous verrons ceux de la résilience et enfin nous analyserons l'influence de l'âge, de l'ancienneté et du système social.

Le stress psychotraumatique vicariant et la qualité de vie

Dans un premier temps, nous avons évalué les composants de la qualité de vie, à savoir les niveaux de psychotraumatisme vicariant, d'épuisement professionnel et de satisfaction de compassion. Les résultats se trouvent dans le tableau 1. La majorité des pompiers présentent un stress psychotraumatique secondaire faible ainsi qu'un niveau d'épuisement professionnel faible. Un tiers d'entre eux rapporte un niveau moyen d'épuisement professionnel et un cinquième d'entre eux indique ressentir un niveau moyen de stress traumatique secondaire. Un peu plus de la moitié des pompiers rapportent un niveau de satisfaction de compassion élevé, les pompiers restants rapportent une satisfaction de compassion moyenne.

Tableau 1. Moyennes, écarts-types, fréquences (et pourcentages) des sous-échelles du questionnaire de qualité de vie (ProQOL)

	<i>M</i>	<i>ET</i>	Niveau N (%)		
			Faible	Moyen	Élevé
Stress traumatique secondaire	19	6,01	65 (77,4%)	18 (21,4%)	1 (1,2%)
Epuisement professionnel	21,8	5,9	54 (64,3%)	29 (34,5%)	1 (1,2%)
Satisfaction de compassion	40,9	5,74	0 (0%)	38 (45,2%)	46 (54,8%)

Concernant le niveau de stress post-traumatique évalué par la STSS, nous observons un niveau moyen de 32,3 ($ET = 12$). Trente-trois pompiers (39,3%) ne présentent pas de stress psychotraumatique secondaire, 30 (35,7%) présentent un niveau léger, dix (11,9%) un niveau modéré, quatre (4,8%) un niveau élevé et sept (8,3%) présentent un stress psychotraumatique secondaire sévère.

Nous avons effectué une corrélation de Pearson afin de vérifier la relation entre les scores de l'échelle de stress traumatique secondaire et la sous-échelle de traumatisme secondaire de la ProQOL. Ces deux variables présentent une corrélation positive forte, c'est-à-dire que plus les scores de stress post-traumatique mesurés par la STSS augmentent, plus les scores de traumatisme secondaire de la ProQOL augmentent ($r = 0,72, p < .001$).

La résilience

La résilience moyenne est de 76,3 ($ET = 9,25$). Cela correspond à un niveau de résilience relativement élevé, ce qui suggère que les pompiers qui ont participé présentent une bonne capacité à appréhender et se remettre des situations traumatisantes.

Nous avons examiné dans quelle mesure le stress psychotraumatique secondaire et la qualité de vie dépendent de la résilience. Contrairement à nos hypothèses, nous n'avons pas observé de prédiction significative de la résilience sur le score de la STSS ($t = -1,52, p = .013$). Nous notons néanmoins après analyse du graphique que, pour les scores plus faibles de résilience, il semble y avoir une plus grande variabilité du niveau de stress-psychotraumatique secondaire et qu'à résilience plus élevée, le niveau de psychotraumatisme semble plus faible (voir la figure 1). Le score de résilience ne permettait pas non plus de prédire significativement le score de stress psychotraumatique secondaire de l'échelle de qualité de vie ($t = -1,14, p = .259$). En revanche, nous constatons la présence d'une prédiction significative de l'épuisement professionnel par la résilience ($t = -3,25, p = .002$) qui induit que quand la résilience augmente, l'épuisement professionnel diminue. La résilience permettait de prédire la satisfaction de compassion ($t = 3,94, p < .001$), ce qui indique que quand la résilience augmente, le plaisir ressenti à effectuer son travail augmente également.

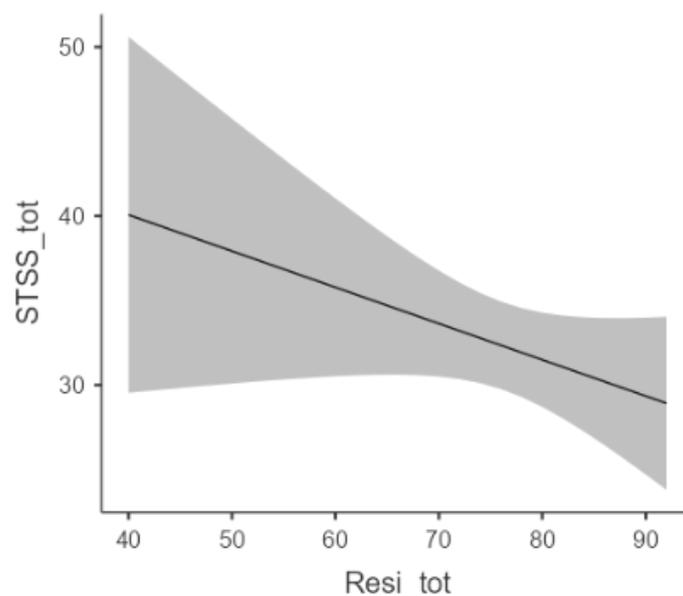


Figure 1. Prédiction du stress post-traumatique par la résilience.

L'âge et l'ancienneté

Regardons à présent ce qu'il en est de l'âge et de l'ancienneté. Ces variables sont fortement corrélées ($r = 0,79$, $p < .001$) et il paraît vraisemblable qu'au plus un pompier sera âgé, au plus il aura de l'ancienneté dans le métier, et inversement. Néanmoins, nous voulons vérifier leur relation avec le stress psychotraumatique vicariant, la qualité de vie et la résilience.

La moyenne d'âge est de 43 ans et 2 mois ($ET = 12$). L'âge ne permettait pas de prédire le score de stress traumatique secondaire de manière significative pour la STSS ($t = 0,469$, $p = .640$) ni pour la sous-échelle de stress psychotraumatique de la ProQOL ($t = 0,958$, $p = .341$). Il en allait de même pour l'épuisement professionnel ($t = 0,861$, $p = .392$), la satisfaction de compassion ($t = -0,988$, $p = .326$) et la résilience ($t = -1,43$, $p = .155$).

L'ancienneté moyenne est de 17 ans et 10 mois ($ET = 9,97$). Nous ne relevons pas d'effet significatif de l'ancienneté sur le score de la STSS ($t = 0,469$, $p = .640$), sur le score de la sous-échelle de stress secondaire ($t = 1,4$, $p = .164$), sur l'épuisement professionnel ($t = 0,986$, $p = .327$), sur la satisfaction de compassion ($t = -0,740$, $p = .461$), ni sur la résilience ($t = -0,913$, $p = .364$).

D'après ces résultats, l'âge et l'ancienneté n'ont pas d'influence sur le stress traumatique vicariant que vivent les pompiers, ni sur leur qualité de vie ou leur résilience.

Le système social

Nous avons souhaité évaluer l'influence du système social sur la résilience. À cet effet, nous avons testé si le fait de ne pas vivre seul, le fait d'avoir un partenaire et le fait d'avoir des enfants permet de prédire la résilience. Au sein de notre échantillon, 70 pompiers rapportent vivre avec quelqu'un, 73 ont un partenaire tandis que 61 sont parents.

En ce qui concerne la vie en couple, les résultats n'indiquent pas de différence significative de résilience ($t(82) = -1,63$, $p = .106$) entre les participants qui ont un partenaire ($M = 76,9$, $ET = 8,73$) et ceux qui n'en ont pas ($M = 72,1$, $ET = 11,8$). Nous relevons cependant une taille d'effet moyenne ($d = -0,53$) qui suggère qu'une différence pourrait exister même si elle n'est pas détectée ici à cause, nous le supposons, du manque de puissance due à la petite taille d'échantillon. Cette tendance est visible sur la figure 2. Nous pouvons observer que les

participants qui n'ont pas de partenaire obtiennent des scores plus variables, dont le minimum est nettement moins élevé que l'autre groupe.

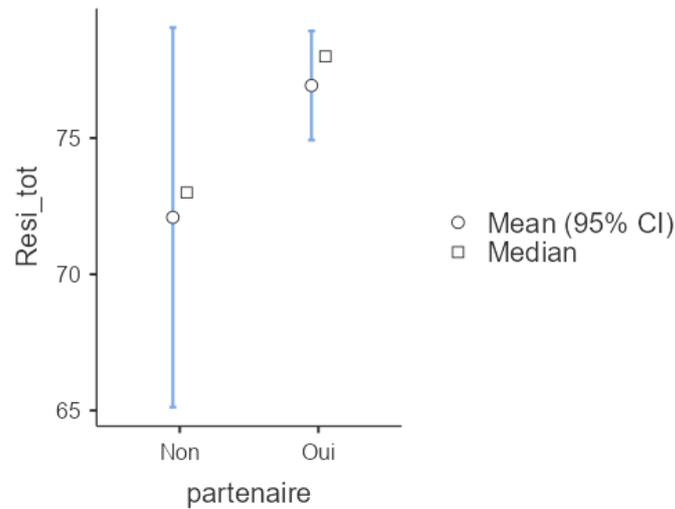


Figure 2. Niveaux moyens, intervalles de confiance à 95% et médianes de résilience en fonction de la présence de partenaire.

Concernant les enfants, il n'y a pas de différence de résilience ($t(82) = 0,001$, $p = .997$) entre les pompiers parents ($M = 76,3$, $ET = 9,36$) et les pompiers qui ne sont pas parents ($M = 76,3$, $ET = 9,16$). Ainsi, la résilience ne semble pas affectée par la parentalité.

Par rapport à la cohabitation, il n'y avait pas de différence significative de résilience ($t(82) = 1,77$, $p = .081$) entre les participants qui habitent seuls ($M = 72,4$, $ET = 10,8$) et ceux qui n'habitent pas seuls ($M = 77,1$, $ET = 8,79$). Cependant, lors de l'observation de la figure 3, nous observons une tendance à présenter un niveau de résilience plus élevé et moins disparate chez les participants qui n'habitent pas seuls ($d = 0,518$).

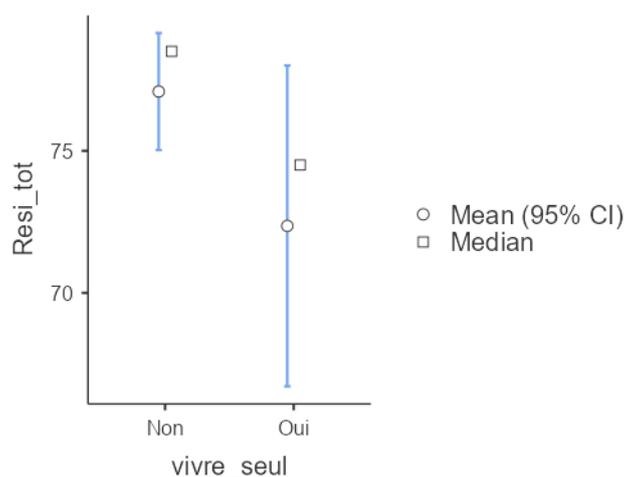


Figure 3. Niveaux moyens, intervalles de confiance à 95% et médianes de résilience en fonction du fait de cohabiter ou non.

Concernant l'API

Observons à présent les données recueillies concernant les pompiers non-référents, c'est-à-dire sur l'ensemble des pompiers qui pourraient potentiellement être bénéficiaires du dispositif API. Notre échantillon se composait de 84 pompiers au total, soit 15 référents et 69 qui ne sont pas référents.

Sur les 69 pompiers non-référents ayant participé à cette étude, 64 (92,75%) connaissent l'API. Parmi les connaisseurs, 28 (43,75%) l'ont connu via le service API, 16 (25%) via la hiérarchie, 14 (21,88%) via un référent, dix (15,63%) via un autre moyen et un (1,56%) via un collègue non-référent. Parmi les 69, 50 (72,46%) ont expliqué ce qu'est l'API de manière partiellement correcte, 14 (20,29%) de manière incorrecte et cinq (7,25%) ont fourni une explication correcte et complète⁵.

Concernant le contact avec l'API, 18 (26,09%) des 69 pompiers ont contacté un référent, 12 (17,39%) ont contacté le service API. Trente-quatre (49,28%) ont été contactés par un référent et 15 (21,74%) ont été renvoyés vers l'API par la hiérarchie.

⁵ Exemple d'explication jugée complète : « Une cellule composée de pompiers opérationnels formés à écouter un collègue en difficulté psychologique suite à une intervention afin de le soulager et ou l'orienter vers le bon service de suivi. »

Nous recensons 31 (44,9%) pompiers ayant bénéficié de l'API, dont 14 (20,29%) expriment être très satisfaits de l'expérience, six (8,70%) sont assez satisfaits, cinq (7,25%) le sont moyennement, deux (2,90%) sont un peu satisfaits et quatre (5,80%) ne le sont pas du tout.

Quarante-trois (62,32%) pompiers pensent faire appel à l'API dans le futur, trois (4,35%) pensent avoir besoin de l'API actuellement et 63 (91,30%) pourraient recommander le service à un collègue.

Au sujet des pompiers qui pensent avoir besoin de l'API actuellement, nous observons qu'au sein des 31 qui y ont déjà fait appel, deux pensent en avoir besoin ; tandis qu'un seul pense en avoir besoin parmi ceux n'ayant pas eu recours au service auparavant. Sur les trois personnes pensant en avoir besoin, un seul compte le faire dans le futur. Il s'agit d'un pompier ayant déjà eu recours au service et ayant été « un peu satisfait » de son expérience.

La STSS révèle des niveaux moyens de stress traumatique secondaire chez les pompiers n'ayant pas bénéficié de l'API ($n = 38$, $M = 31,9$, $ET = 28,5$) et chez ceux qui ne pensent pas avoir besoin de l'API ($M = 32,1$, $ET = 12,1$). Nous observons également sur la figure 4 que les personnes qui pensent avoir besoin de l'API ($n = 3$) ont tendance à présenter un niveau de stress traumatique secondaire plus élevé ($M = 48$, $ET = 22$). Il est à noter que cette observation ne peut pas être vérifiée statistiquement au vu du petit nombre de pompiers pensant avoir besoin de l'API.

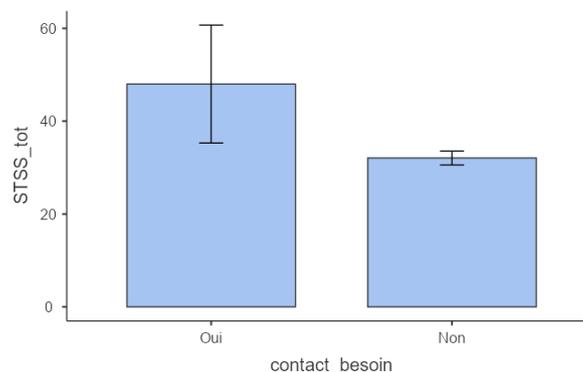


Figure 4. Niveaux moyens de stress psychotraumatique secondaire en fonction du besoin de contacter l'API.

Concernant les bénéficiaires

Nous allons maintenant observer les résultats en comparant le stress psychotraumatique vicariant, la qualité de vie, la résilience ainsi que l'âge et l'ancienneté chez les 31 pompiers ayant bénéficié de l'API et les 38 qui n'en ont pas bénéficié. Ces résultats sont repris dans le tableau 2.

Tableau 2. Moyennes et écarts-types du stress psychotraumatique vicariant, des mesures de qualité de vie, de la résilience, de l'âge et de l'ancienneté des bénéficiaires et non-bénéficiaires de l'API.

	Bénéficiaires (M)	ET	Non- bénéficiaires (M)	ET	t	p	d
Stress psychotraumatique secondaire (STSS)	33,8	14,18	31,9	11,72	-0,61	.542	-0,15
<i>Qualité de vie professionnelle (ProQOL)</i>							
Stress traumatique secondaire	19,5	6,85	19	6,29	-0,36	.718	-0,09
Epuisement professionnel	20,2	5,70	22,8	5,81	1,89	.064	0,46
Satisfaction de compassion	42,6	4,62	40	6,38	-1,93	.058	-0,47
Résilience	78,8	6,38	74,8	9,91	-1,93	.057	-0,47
<i>Variables démographiques</i>							
Âge	42,5	11,07	41,8	13,87	-0,25	.806	-0,06
Ancienneté	18,5	9,63	15,6	10,86	-1,15	.255	-0,28

En ce qui concerne le stress traumatique vicariant, nous n'observons pas de différence significative entre les bénéficiaires de l'API et les non-bénéficiaires pour les scores de la STSS. Nous arrivons à une conclusion similaire concernant les scores de la sous-échelle de stress vicariant de la ProQOL.

À propos du reste de l'échelle de qualité de vie, l'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion ne semblent pas différents pour les bénéficiaires ou les autres. Cependant, ces comparaisons affichent des tailles d'effet moyennes, ce qui pourrait indiquer qu'une différence existe même si elle n'est pas détectée ici en raison du manque de puissance. Ces tailles d'effet suggèrent que les pompiers bénéficiaires de l'API tendent à avoir un niveau d'épuisement professionnel plus faible et un niveau de satisfaction de compassion plus élevé et présentant moins de variabilité. Nous ne pouvons cependant pas statuer sur ces différences dans le cadre de cette étude.

La résilience ne semble pas significativement différente entre les deux groupes. Néanmoins, tout comme pour les deux variables précédentes, nous observons une taille d'effet moyenne tendant à suggérer une différence de niveau entre les groupes, qui va dans le sens d'un niveau plus élevé de résilience pour les bénéficiaires de l'API, qui présentent également moins de variabilité.

Concernant l'âge et l'ancienneté des pompiers, il semble que nos groupes soient similaires – il n'y avait pas de différence entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires.

Concernant les référents

Pour terminer les résultats, intéressons-nous aux référents API qui ont participé à cette étude. Comme pour les bénéficiaires, nous allons comparer le stress post-traumatique vicariant, la qualité de vie, la résilience et l'âge et l'ancienneté des 15 référents et des 69 non-référents. Ces résultats se trouvent dans le tableau 3.

Les référents rapportent un sentiment de compétence moyen sur une échelle de 1 à 5 ($M = 3,40$, $ET = 0,828$) L'un d'entre eux (6,7%) indique se sentir très compétent, six (40%) se sentent assez compétents, six autres se sentent moyennement compétents et deux (13,3%) se sentent un peu compétents. Aucun ne se sent pas du tout compétent.

Concernant leur sentiment d'utilité sur une échelle de 1 à 5 également ($M = 3,27$, $ET = 1,28$), trois (20%) se sentent très utiles, trois se sentent assez utiles, six (40%) se sentent

moyennement utiles, un (6,7%) se sent un peu utile et deux (13,3%) ne se sentent pas utiles du tout.

Tableau 3. Moyennes et écarts-types du stress psychotraumatique vicariant, des mesures de qualité de vie, de la résilience, de l'âge et de l'ancienneté des référents et non-référents API.

	Référents (M)	ET	Non- référents (M)	ET	t	p	d
Stress psychotraumatique secondaire (STSS)	30,1	7,11	32,8	12,82	0,764	.447	0,22
<i>Qualité de vie professionnelle (ProQOL)</i>							
Stress traumatique secondaire	18,2	2,76	19,2	6,51	0,60	.550	0,17
Epuisement professionnel	22,6	6,19	21,6	5,87	-0,59	.559	-0,17
Satisfaction de compassion	39,4	5,55	41,2	5,77	1,09	.277	0,31
Résilience	75	11,8	76,6	8,68	0,60	.552	0,17
<i>Variables démographiques</i>							
Âge	48,1	7,00	42,1	12,61	-1,78	.079	-0,51
Ancienneté	21,8	6,92	16,9	10,35	-1,74	.086	-0,50

Par rapport au stress psychotraumatique secondaire, il n'y a pas de différence significative entre les référents et les non-référents, tant pour l'échelle STSS que pour la sous-échelle de la qualité de vie.

L'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion n'apparaissent pas comme significativement différents entre les référents et les pompiers. Il en va de même pour la résilience.

Concernant l'âge et l'ancienneté, nous n'observons pas de différence significative entre les groupes mais nous relevons des tailles d'effet moyennes, ce qui suggère qu'il pourrait en exister une.

Discussion

L'objectif de cette étude était de rendre compte de la situation actuelle des pompiers de la province de Liège en ce qui concerne le stress psychotraumatique vicariant, la qualité de vie et la résilience. Plus précisément, cette étude s'intéressait aux pompiers en contact avec l'API – les référents API et les bénéficiaires du dispositif. Notre intention était de déterminer l'attitude générale des pompiers face au dispositif, de mettre en lumière d'éventuels freins à son utilisation, d'identifier le profil des bénéficiaires et d'évaluer si le rôle de référent est plutôt délétère ou protecteur.

L'attitude des pompiers concernant l'API semble relativement positive et encourageante. Presque tous recommanderaient le dispositif à un collègue et un peu plus d'un quart des bénéficiaires y ont fait appel d'eux-mêmes. La majorité de ceux qui ont fait appel à l'API rapportent un bon niveau de satisfaction – 5,80% des bénéficiaires ne sont pas du tout satisfaits.

Cependant, nous tenons à nuancer ces conclusions avec des données récoltées de manière fortuite et qui n'ont donc pas été analysées. Certains pompiers ont exprimé leur avis négatif ou mitigé à la question ouverte « Qu'est-ce que l'API selon vous ? ». Selon un participant, l'API serait « une façon de contenter nos politiques ». Cette opinion suggère un

manque de confiance et de foi dans le système organisationnel inhérent aux services d'intervention. Or, il a été montré que la confiance en l'institution est primordiale dans la prévention de l'ESPT (Conway & Waring, 2020; Geuzinge et al., 2020). Deux autres freins ont été mis en lumière concernant la hiérarchie. D'abord, le manque d'information de la hiérarchie par rapport au psychotraumatisme et à l'API – nos résultats ont montré que 25% des pompiers ont connu l'API via la hiérarchie et que 21,74% d'entre eux ont été envoyés vers le dispositif par leurs supérieurs. Dès lors, la mise en place de dispositifs officiels renforçant la résilience tels que l'organisation de débriefings (De Soir, 1999; Lee et al., 2014; Sattler et al., 2014) ou de séminaires sur la gestion du stress (Conway & Waring, 2020) semble compromise. Ensuite, de manière tout à fait informelle, nous avons reçu des retours de pompiers qui ne souhaitent pas participer à cette étude par peur des représailles hiérarchiques si les données récoltées leur étaient communiquées, ce malgré l'insistance sur l'anonymité et l'indépendance de l'étude. Cette peur des répercussions avait déjà été illustrée par Bonnano en 2005 (Conway & Waring, 2020). Il en ressort donc qu'un travail de sensibilisation et d'éducation est à effectuer au niveau de la hiérarchie afin de promouvoir un cadre de travail de confiance et propice à la recherche d'aide, ce qui permettrait d'alimenter la résilience et d'augmenter l'utilisation de l'API.

Un autre participant a décrit l'API comme « un service d'écoute lors de défaillance psychologique du à des interventions traumatisantes, une accumulation ». Le terme défaillance psychologique est interpellant et semble exagéré. Il sous-entend que l'API est un dernier recours, un soin, une réparation alors que le dispositif est créé pour un usage quotidien et préventif. Il existe une croyance chez certains pompiers selon laquelle les émotions les rendraient faibles et selon laquelle ils devraient se montrer forts et insensibles (Becker et al., 2020; De Soir, 1995). Dans ce contexte, le terme défaillance apparaît comme particulièrement délétère et renvoie à un préjugé négatif sur le fait que le moindre souci qui pourrait amorcer une recherche d'aide est considéré comme extrême alors que ce n'est pas forcément le cas. Selon nous, cette vision négative donne une image faussée de l'API et constitue un frein à son utilisation. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, même si presque tous recommanderaient l'API à un collègue, un seul pompier est prêt à y aller parmi trois qui en ressentent le besoin. Un autre avis, plus nuancé, met en lumière une problématique supplémentaire. Pour ce pompier, l'API « peut être un bel outil mais pas nécessaire pour les anciens pompiers ». La

croyance selon laquelle la pratique endurecissante semble prégnante chez certains. Même si cela n'a pas été significatif dans nos analyses, il a été démontré que l'ancienneté et l'âge pouvaient favoriser le psychotraumatisme (Frayssé et al., 2020; Song et al., 2020) et que les habitudes inadéquates de gestion du stress des anciens pouvaient se transmettre aux plus jeunes (Geuzingé et al., 2020). Il semble donc important de continuer à sensibiliser les pompiers de tout âge et de toute ancienneté en insistant sur les bénéfices pour tous, ainsi que d'effectuer un travail au niveau de la hiérarchie pour augmenter le niveau de confiance dans l'institution.

Les pompiers ayant bénéficié de l'API ne sont pas significativement différents de ceux qui n'en ont pas bénéficié, d'après nos résultats. Cependant, les tailles d'effet relevées dans les résultats pourraient suggérer que les bénéficiaires présenteraient un niveau d'épuisement professionnel plus faible et des niveaux de satisfaction et de résilience plus élevés, même si aucune différence significative n'a été observée. Ces observations ne semblent pas expliquées par le soutien social dans notre étude ni dans celle de Song et al. (2020). Deux explications paraissent possibles. La première est que l'utilisation de l'API participe au maintien d'une résilience élevée et ainsi une diminution de l'épuisement professionnel et un plus grand plaisir à effectuer son travail. En effet, au sein du dispositif se trouvent les valeurs *peer to peer* qui participent à la résilience (Conway & Waring, 2020; Hill & Brunsden, 2009; Laposa et al., 2003; Song et al., 2020), qui elle-même influence le plaisir à effectuer son travail, selon nos analyses. La deuxième est que les personnes avec un niveau de résilience plus haut seraient plus dans la recherche d'aide et utiliseraient les dispositifs qui sont à leur disposition, comme l'API. Good & Wood (1995) ont expliqué que la recherche d'aide au sein d'une population masculine s'articulait autour de deux concepts liés aux attentes sociétales du genre masculin. Le premier concept est la restriction – soit, la limitation des amitiés avec des hommes et de l'expression des émotions – qui renvoie à ce qu'un « vrai homme » doit faire ou ressentir (Good & Wood, 1995). Cela pourrait correspondre pour les pompiers à la répression des émotions, même si la cohésion avec les pairs est ici bien présente. Le deuxième concept est le succès – c'est à-dire l'ambition et la réussite – qui renvoie à ce qu'un « vrai homme » doit accomplir (Good & Wood, 1995). Cela pourrait correspondre à la pression du travail bien fait et à la réussite des opérations. Good & Wood (1995) ont montré que les hommes avec des niveaux élevés en restriction et en succès avaient une attitude négative face à l'aide thérapeutique, tandis que les hommes avec un haut niveau de succès mais un faible niveau de restriction étaient plus

favorables à la recherche d'aide. Plus récemment, Rosette et al. (2015) ont démontré que les *leaders* masculins qui demandaient de l'aide étaient perçus comme moins compétents que les *leaders* féminines ou que ceux qui ne cherchent pas d'aide. Ainsi, La masculinité serait impactée par la recherche d'aide (Rosette et al., 2015). Il serait intéressant d'observer le lien entre la recherche d'aide et la résilience – particulièrement le *self-encouragement* qui consiste au développement d'une vision positive de soi au travers de ses forces et valeurs (Skinner et al., 2013; Song et al., 2020). Une supposition pourrait être que la résilience élevée, qui influence la satisfaction à bien effectuer son travail, augmente le sentiment de compétence professionnelle et diminue la notion d'ambition de Good & Wood (1995), par exemple. Dans la même lignée, l'épuisement professionnel ou le désengagement émotionnel pourrait être un frein à l'utilisation de l'API. En effet, un pompier moins engagé dans son travail et y accordant moins d'importance (Chiang et al., 2020) pourrait accorder moins d'importance également à l'impact que ce travail a sur sa vie et ne pas être dans la recherche d'aide.

Les pompiers qui n'ont pas bénéficié de l'API, quant à eux, auraient potentiellement tendance à présenter un niveau d'épuisement professionnel plus grand ainsi que des niveaux de satisfaction de compassion et de résilience plus faibles, selon les tailles d'effet relevées dans nos analyses malgré une différence non significative.

Tant les plus jeunes que les moins jeunes utilisent l'API, ce qui démontre une attitude positive générale envers le dispositif. Même si ces informations n'ont pas été confirmées statistiquement, nos résultats suggèrent que les personnes qui font appel à l'API ont tendance à présenter une résilience plus haute.

En ce qui concerne les référents, il ne semble pas y avoir d'inconvénient ni d'avantage à leur rôle – il n'existe pas de différence entre les référents et les non-référents dans nos analyses. Les référents rapportent un sentiment de compétence moyen et aucun ne se sent incompetent. Les formations et suivis organisés par l'API semblent donc adéquats de prime abord. Ils se sentent également moyennement utiles malgré deux référents qui ne se sentent pas utiles du tout. Une explication pourrait être le nombre de sollicitations qu'ils reçoivent (un quart des bénéficiaires a fait appel à un référent, contre la moitié contactée par un référent). Les demandes d'aide pourraient dépendre, par exemple, des horaires de pauses variables et d'une mauvaise visibilité du référent. Même si 92,8% des pompiers non-référents connaissent l'API, seulement 7,25% ont pu l'expliquer de manière correcte. Nos résultats indiquent que

26,09% des participants ont contacté un référent contre 49,28% qui ont été contactés par un référent. Enquêter sur l'identification des référents par leurs collègues pourrait être intéressant dans de futures recherches afin d'augmenter leur visibilité et ainsi élargir leur champ d'intervention. Le sentiment d'utilité pourrait aussi être influencé par un manque de proactivité dû à un manque de temps, d'organisation ou d'investissement personnel, ce qui ne permettrait pas de repérer les collègues qui auraient besoin d'aide. Une dernière explication pourrait être le manque de reconnaissance des pairs et de la hiérarchie quant à leur rôle, ce qui pourrait également avoir un impact sur le sentiment de compétence. Plusieurs auteurs ont en effet montré l'importance du soutien des pairs en ce qui concerne les compétences professionnelles (Chiang et al., 2020; Liam, 2006, cité par Song et al., 2020).

D'après nos analyses, les pompiers de la province de Liège ont un niveau de traumatisme faible à moyen, alors que 61% d'entre eux ont rapporté avoir été en contact avec une victime de traumatisme il y a un mois ou moins. Ces résultats sont plutôt positifs en termes de sévérité. En revanche, nos résultats relèvent des prévalences d'ESPT de plus de 22,2% et de 60,7% au sein de notre échantillon, ce qui semble cohérent avec d'autres études sur des populations de pompiers (De Soir, 1999; Obuobi-Donkor et al., 2022), tandis qu'elles sont clairement élevées par rapport à la population belge qui se situe à 4,1% (Koenen et al., 2017). Nos résultats indiquent un haut niveau de résilience chez les pompiers de la province de Liège ainsi qu'un effet de cette dernière sur l'épuisement professionnel et sur le plaisir à bien effectuer son travail, ce qui est en lien avec des observations antérieures (Lim, 2006 cité par Song et al., 2020).

Nous tenons à relever l'importance de l'appui psychologique aux intervenants. La prévalence du psychotraumatisme reste relativement élevée et concerne une majorité de pompiers (8,3% ne présentent pas de stress psychotraumatique vicariant). De plus, la majorité d'entre eux ont été au contact d'une personne traumatisée au cours du mois écoulé, ce qui montre que le psychotraumatisme vicariant est un risque omniprésent du quotidien des pompiers. Même si cette étude n'a pas pu rendre compte de l'impact de l'API car il n'existait pas de données préalables, nous pouvons faire l'hypothèse que ce dispositif reprenant des valeurs de cohésion entre collègues, de sensibilisation et de psychoéducation participe d'une manière ou d'une autre au maintien d'un haut niveau de résilience chez les pompiers de la province de Liège. Comme cela a été souligné par un participant, l'API est « un changement de

mentalité : le sauveteur est superman qui n'a pas besoin de l'aide des autres, c'est lui qui apporte l'aide aux autres. C'est axiome culturellement ancré, laisse place à la prise en compte du ressenti des intervenants et au cumul sur le long terme d'expériences traumatisantes. ».

Comme nous venons de le souligner, notre recherche comporte certaines limitations. Ainsi, l'impact de l'API n'a pas pu être évalué. Nous suggérons par exemple de réaliser des entretiens semi-structurés avec des pompiers qui n'ont pas recours à l'API et qui ne souhaitent pas y avoir recours afin d'évaluer leurs mécanismes de résilience ainsi que les raisons pour lesquelles ils sont réfractaires au dispositif. Cela permettrait de possiblement dégager d'autres idées de prise en charge ainsi que d'identifier d'autres freins à l'utilisation de l'API. De plus, ces entretiens pourraient influencer la vision des participants sur le dispositif et la recherche d'aide de manière générale. En outre, le nombre de participants de cette étude n'atteignait pas le nombre recommandé par l'évaluation de la puissance – 51 participants dans chaque groupe étaient recommandés, or nous avons eu 84 participants en tout. De ce fait, nous n'avons pas pu observer certains effets de manière statistiquement significative même s'ils semblent exister dans notre échantillon et qu'on sait qu'ils existent ailleurs. Ainsi, aucun effet de la résilience sur le stress post-traumatique n'a pu être observé statistiquement alors que plusieurs auteurs ont démontré qu'il existait (Lee et al., 2014; Song et al., 2020). De manière similaire, la composition de l'échantillon en termes de sexe ne nous a pas permis d'effectuer certaines analyses. Certaines études (Ducrocq, 2009; Knipscheer et al., 2020; Maury et al., 2015) montrent que les femmes sont deux fois plus susceptibles de développer un stress post-traumatique que les hommes. À notre connaissance, il n'existe pas ou peu de données concernant les femmes pompiers. Il serait intéressant de rendre compte de leur situation afin de pouvoir les intégrer au mieux aux dispositifs d'aide, comme l'API.

Conclusion

L'étude du psychotraumatisme vicariant au sein des populations d'urgence suscite de l'intérêt depuis de nombreuses années. De Soir, en 1995, évoquait ce concept en expliquant que les rencontres constantes avec des victimes traumatisées pourraient amener un traumatisme chez l'intervenant. Il a été observé que la résilience (Lee et al., 2014; Song et al., 2020), le soutien des pairs (Conway & Waring, 2020; Hill & Brunnsden, 2009; Laposa et al., 2003; Song et al., 2020) et de la hiérarchie (Conway & Waring, 2020; Geuzinge et al., 2020) ainsi que les débriefings (De Soir, 1999; Lee et al., 2014; Sattler et al., 2014) participent à la prévention du stress psychotraumatique vicariant. C'est sur base de ces recherches et d'autres postérieures que le service d'appui psychologique aux intervenants (API) a été créé afin de venir en aide aux intervenants d'urgence de la province de Liège – et particulièrement aux pompiers. Notre étude avait pour objectif de rendre compte de la situation générale des pompiers de la province de Liège, d'explorer l'attitude des pompiers concernant l'API et les éventuels freins à son utilisation, ainsi que de comparer les pompiers liés à l'API – les référents ou les bénéficiaires – avec les pompiers qui ne sont pas en contact avec le dispositif. Cette étude devait pouvoir servir de base pour de futures recherches ainsi que proposer des pistes d'amélioration du dispositif API.

Premièrement, notre étude révèle une influence de la résilience sur l'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion – ou plaisir à bien effectuer son travail.

Deuxièmement, nos résultats ne démontrent aucune différence significative entre les pompiers au contact de l'API et ceux qui ne sont pas en contact avec le dispositif. Il n'existe pas non plus d'effet de résilience, de l'ancienneté et de l'âge sur le psychotraumatisme, ni d'effet du système social sur la résilience.

Troisièmement, même si aucune différence significative n'a été relevée, les résultats suggèrent qu'il pourrait peut-être exister un niveau plus faible d'épuisement professionnel chez les bénéficiaires de l'API ainsi qu'un niveau plus élevé de satisfaction de compassion et de résilience.

Quatrièmement, certaines questions semblent intéressantes à investiguer. En effet, considéré notre échantillon, nous n'avons pas pu effectuer d'analyse concernant le sexe. Ainsi, même si la littérature rapporte une prévalence double de l'ESPT chez les femmes (Ducrocq, 2009; Knipscheer et al., 2020; Maury et al., 2015), aucune donnée n'existe à notre connaissance concernant les pompières. Il nous semble judicieux d'orienter de futures recherches sur les pompières afin de les inclure de manière adéquate dans le dispositif API. Une autre hypothèse à explorer est la prédiction de l'utilisation de l'API – ou de la recherche d'aide en général – par la résilience. Celle-ci pourrait être liée aux mécanismes de la recherche d'aide qui sont influencés par le sentiment de compétence professionnelles et les attentes sociétales liées au genre masculin, à savoir la répression des émotions, la limitation des contacts sociaux masculins et le succès (Good & Wood, 1995; Rosette et al., 2015).

Finalement, la vision de l'API rapportée par les pompiers de la province de Liège est relativement positive. Presque tous les participants connaissaient l'API et près de la moitié y avait fait appel et rapportaient un bon niveau de satisfaction. Autant les jeunes que les moins jeunes y étaient sensibles. Cependant, nous avons relevé quelques freins à l'utilisation de l'API, tels qu'un manque de connaissance du dispositif ou une crainte des répercussions hiérarchiques.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition (DSM-5)*. Elsevier Masson SAS.
- Auxenfants-Bonord, E. (2017). *Traumatisme vicariant, stress traumatique secondaire et fatigue de compassion : une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale*. Université Lille 2.
- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M. J. (2020). A Relational Model for Stress: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors for Stress-Related Diseases in Firefighters. *Psych*, 2(1), 74–84. <https://doi.org/10.3390/psych2010008>
- 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/10.1177/1049731503254106>
- Chiang, E. S., Riordan, K. M., Ponder, J., Johnson, C., & Cox, K. S. (2020). Distinguishing Firefighters With Subthreshold PTSD From Firefighters With Probable PTSD or Low Symptoms. *Journal of Loss and Trauma*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1728494>
- Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 1(50), 141–148.
- 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, 78–82.
- Conway, R. R., & Waring, S. (2020). Facilitators and barriers to developing firefighter resilience. *Disaster Prevention and Management*, 30(3), 327–339. <https://doi.org/10.1108/DPM-06->

2018-0186

- De Soir, E. (1995). *Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte*.
- De Soir, E. (1999). La gestion du stress traumatique chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Expériences avec le debriefing psychologique en Belgique. *Elsevier*, 2, 139–152.
- Ducrocq, F. (2009). Le psychotrauma en chiffres : Des enjeux multiples. *Stress et Trauma*, 9(4), 199–200.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Clinical Psychology Review Secondary trauma symptoms in clinicians : A critical review of the construct , speci fi city , and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue - Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatizes*.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675–690.
- Frayse, C., Gignoux-Froment, F., Juzan, N., Cazes, N., Poinso, F., & Paul, F. (2020). Mesure de la prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les marins-pompiers de Marseille. *Annales Françaises de Médecine d'urgence*, 10(2), 83–88. <https://doi.org/10.3166/afmu-2020-0218>
- Geuzinge, R., Visse, M., Duyndam, J., & Vermetten, E. (2020). Social Embeddedness of Firefighters, Paramedics, Specialized Nurses, Police Officers, and Military Personnel: Systematic Review in Relation to the Risk of Traumatization. *Frontiers in Psychiatry*, 11(December), 1–20. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.496663>
- Good, G. E., & Wood, P. K. (1995). Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy? *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 70–75. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825.x>
- Herzlich, C. (1984). Du sytôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe

- Balint ». *Sciences Sociales et Santé*, 2(1), 11–31.
- Hill, R., & Brunnsden, V. (2009). ‘Heroes’ as victims: Role reversal in the Fire and Rescue Service. *The Irish Journal of Psychology*, 30(1–2), 75–86. <https://doi.org/10.1080/03033910.2009.10446299>
- Horenstein, J., Lelievre, M. F., Kremer, N., & Faucheux, M. J. (2002). *Le traumatisme vicariant : Etude sur une population de chefs d'établissement*.
- Hotchkiss, J. T., & Leshner, R. (2018). Factors Predicting Burnout Among Chaplains : Compassion Satisfaction , Organizational Factors , and the Mediators of Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 72(2), 86–98. <https://doi.org/10.1177/1542305018780655>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'aide-mémoire de la psychotraumatologie* (2ème). Dunod.
- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., & Graaf, R. De. (2020). Prevalence of Potentially Traumatic Events , Other Life Events and Subsequent Reactions Indicative for Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands : A General Population Study Based on the Trauma Screening Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17051725>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., Mclaughlin, K. A., Bromet, E. J., & Stein, D. J. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47, 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 23–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1067/men.2003.7>
- Laureys, V., & Easton, M. (2020). Resilience of firefighters exposed to potentially traumatic

- events: a literature review. *International Journal of Emergency Services*, 9(2), 217–232. <https://doi.org/10.1108/IJES-05-2019-0021>
- Lee, J., Ahn, Y., Jeong, K., Chae, J., & Choi, K. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l’infirmière. *Prevenir*, 183–188.
- Masson, J., Bernoussi, A., & Moukouta, C. S. (2017). Brainspotting Therapy: About a Bataclan Victim. *Global Journal of Health Science*, 9(7), 103. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n7p103>
- Mauray, C., Abbal, T., & Moro, M. (2015). Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. In *Ann Med Psychol*. Elsevier Masson SAS.
- Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2022). A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031565>
- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-7>
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing : using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6(93), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Reznik, F. (2009). Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *Journal Des Psychologues*, 7(270), 29–30.
- Richardson, J. I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*.
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43–59. <https://doi.org/10.1002/jclp.1128>

- Rosette, A. S., Mueller, J. S., & Lebel, R. D. (2015). Are male leaders penalized for seeking help? The influence of gender and asking behaviors on competence perceptions. *Leadership Quarterly*, 26(5), 749–762. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2015.02.001>
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174.
- Sattler, D. N., Boyd, B., & Kirsch, J. (2014). Trauma-exposed Firefighters: Relationships among Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, Resource Availability, Coping and Critical Incident Stress Debriefing Experience. *Stress and Health*, 30(5), 356–365. <https://doi.org/10.1002/smi.2608>
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society*, 20(4). <https://doi.org/10.5751/ES-07832-200410>
- Skinner, E., Pitzer, J., & Steele, J. (2013). Coping as Part of Motivational Resilience in School: A Multidimensional Measure of Families, Allocations, and Profiles of Academic Coping. *Educational and Psychological Measurement*, 73(5), 803–835. <https://doi.org/10.1177/0013164413485241>
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., Montoya, J. D., & Bernard, M. L. (2011). Mindfulness Is Associated With Fewer PTSD Symptoms, Depressive Symptoms, Physical Symptoms, and Alcohol Problems in Urban Firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 613–617. <https://doi.org/10.1037/a0025189>
- Song, Y., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). Examining the Relative Influences of the Risk Factors and Protective Factors That Affect Firefighter Resilience. *SAGE Open*, 10(4), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2158244020982610>
- Stamm, B. H., Higson-Smith, C., Hudnall, A., & Stamm, H. (2009). Professional quality of life scale (PROQOL). *I Can*, 5(1).

- Tarquino, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Dunod.
- Vella, S.-L. C., & Pai, N. B. (2019). A Theoretical Review of Psychological Resilience: Defining Resilience and Resilience Research over the Decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233–239. <https://doi.org/10.4103/amhs.amhs>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition (DSM-5)*. Elsevier Masson SAS.
- Auxenfants-Bonord, E. (2017). *Traumatisme vicariant, stress traumatique secondaire et fatigue de compassion : une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale*. Université Lille 2.
- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M. J. (2020). A Relational Model for Stress: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors for Stress-Related Diseases in Firefighters. *Psych*, 2(1), 74–84. <https://doi.org/10.3390/psych2010008>
- Chiang, E. S., Riordan, K. M., Ponder, J., Johnson, C., & Cox, K. S. (2020). Distinguishing Firefighters With Subthreshold PTSD From Firefighters With Probable PTSD or Low Symptoms. *Journal of Loss and Trauma*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1728494>
- Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 1(50), 141–148.
- 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, 78–82.
- Conway, R. R., & Waring, S. (2020). Facilitators and barriers to developing firefighter resilience. *Disaster Prevention and Management*, 30(3), 327–339. <https://doi.org/10.1108/DPM-06-2018-0186>
- De Soir, E. (1995). *Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte*.
- De Soir, E. (1999). La gestion du stress traumatique chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Expériences avec le debriefing psychologique en Belgique. *Elsevier*, 2, 139–

152.

Ducrocq, F. (2009). Le psychotrauma en chiffres : Des enjeux multiples. *Stress et Trauma*, 9(4), 199–200.

Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Clinical Psychology Review Secondary trauma symptoms in clinicians : A critical review of the construct , specificity , and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue - Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*.

Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675–690.

Fraysse, C., Gignoux-Froment, F., Juzan, N., Cazes, N., Poinso, F., & Paul, F. (2020). Mesure de la prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les marins-pompiers de Marseille. *Annales Françaises de Médecine d'urgence*, 10(2), 83–88. <https://doi.org/10.3166/afmu-2020-0218>

Geuzinge, R., Visse, M., Duyndam, J., & Vermetten, E. (2020). Social Embeddedness of Firefighters, Paramedics, Specialized Nurses, Police Officers, and Military Personnel: Systematic Review in Relation to the Risk of Traumatization. *Frontiers in Psychiatry*, 11(December), 1–20. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.496663>

Good, G. E., & Wood, P. K. (1995). Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy? *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 70–75. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825.x>

Herzlich, C. (1984). Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint ». *Sciences Sociales et Santé*, 2(1), 11–31.

Hill, R., & Brunson, V. (2009). ‘Heroes’ as victims: Role reversal in the Fire and Rescue Service. *The Irish Journal of Psychology*, 30(1–2), 75–86. <https://doi.org/10.1080/03033910.2009.10446299>

Horenstein, J., Lelievre, M. F., Kremer, N., & Faucheux, M. J. (2002). *Le traumatisme vicariant* :

Etude sur une population de chefs d'établissement.

- Hotchkiss, J. T., & Leshner, R. (2018). Factors Predicting Burnout Among Chaplains : Compassion Satisfaction , Organizational Factors , and the Mediators of Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 72(2), 86–98. <https://doi.org/10.1177/1542305018780655>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'aide-mémoire de la psychotraumatologie* (2ème). Dunod.
- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., & Graaf, R. De. (2020). Prevalence of Potentially Traumatic Events , Other Life Events and Subsequent Reactions Indicative for Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands : A General Population Study Based on the Trauma Screening Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17051725>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., Mclaughlin, K. A., Bromet, E. J., & Stein, D. J. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47, 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 23–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1067/men.2003.7>
- Laureys, V., & Easton, M. (2020). Resilience of firefighters exposed to potentially traumatic events: a literature review. *International Journal of Emergency Services*, 9(2), 217–232. <https://doi.org/10.1108/IJES-05-2019-0021>
- Lee, J., Ahn, Y., Jeong, K., Chae, J., & Choi, K. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>

- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prevenir*, 183–188.
- Masson, J., Bernoussi, A., & Moukouta, C. S. (2017). Brainspotting Therapy: About a Bataclan Victim. *Global Journal of Health Science*, 9(7), 103. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n7p103>
- Maury, C., Abbal, T., & Moro, M. (2015). Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. In *Ann Med Psychol*. Elsevier Masson SAS.
- Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2022). A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031565>
- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-7>
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing : using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6(93), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Reznik, F. (2009). Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *Journal Des Psychologues*, 7(270), 29–30.
- Richardson, J. I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*.
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43–59. <https://doi.org/10.1002/jclp.1128>
- Rosette, A. S., Mueller, J. S., & Lebel, R. D. (2015). Are male leaders penalized for seeking help? The influence of gender and asking behaviors on competence perceptions. *Leadership Quarterly*, 26(5), 749–762. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2015.02.001>
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174.

- Sattler, D. N., Boyd, B., & Kirsch, J. (2014). Trauma-exposed Firefighters: Relationships among Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, Resource Availability, Coping and Critical Incident Stress Debriefing Experience. *Stress and Health, 30*(5), 356–365. <https://doi.org/10.1002/smi.2608>
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society, 20*(4). <https://doi.org/10.5751/ES-07832-200410>
- Skinner, E., Pitzer, J., & Steele, J. (2013). Coping as Part of Motivational Resilience in School: A Multidimensional Measure of Families, Allocations, and Profiles of Academic Coping. *Educational and Psychological Measurement, 73*(5), 803–835. <https://doi.org/10.1177/0013164413485241>
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., Montoya, J. D., & Bernard, M. L. (2011). Mindfulness Is Associated With Fewer PTSD Symptoms, Depressive Symptoms, Physical Symptoms, and Alcohol Problems in Urban Firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 613–617. <https://doi.org/10.1037/a0025189>
- Song, Y., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). Examining the Relative Influences of the Risk Factors and Protective Factors That Affect Firefighter Resilience. *SAGE Open, 10*(4), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2158244020982610>
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Dunod.
- Vella, S.-L. C., & Pai, N. B. (2019). A Theoretical Review of Psychological Resilience: Defining Resilience and Resilience Research over the Decades. *Archives of Medicine and Health Sciences, 7*(2), 233–239. <https://doi.org/10.4103/amhs.amhs>
- Site internet de la Province de Liège concernant la Cellule API (consulté en Juillet 2019 et en Juillet 2022) :
- <https://www.provincedeliege.be/fr/node/10745>

<https://www.provincedeliege.be/fr/celluleapi>

<http://www.provincedeliege.be/fr/formation/api>

Annexes

Annexe I : Annonce pour les réseaux sociaux

Annexe II : Annonce diffusée par mail

Annexe III : Objectifs et modalités de l'étude

Annexe IV : Consignes de passation de l'étude

Annexe V : Questionnaires démographiques

Annexe VI : Questionnaires concernant l'API

Annexe VII : Exemples d'items de la CD-RISC

Annexe VIII : Exemples d'items de la STSS

Annexe IX : Exemples d'items de la ProQOL

Annexe I - Annonce pour les réseaux sociaux

Bonjour à tous !

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en psychologie, je réalise une étude afin d'évaluer l'effet de l'appui psychologique des intervenants (API) sur le traumatisme vicariant, ou traumatisme des intervenants engendré par le contact des victimes des accidents, au sein de la population de pompiers et pompiers-ambulanciers.

Si vous êtes pompiers dans la Province de Liège et que vous êtes intéressé par cette étude, vous pouvez participer en cliquant sur le lien (attention, ce questionnaire ne s'adresse pas aux référents API) : *[lien de l'enquête]*

Cela ne vous prendra qu'une dizaine de minutes. Cette étude est totalement anonyme.

Merci par avance pour votre temps et votre attention. Pour toute question, vous pouvez contacter Marine De Cuyper à l'adresse suivante marine.decuyper@student.uliege.be

Annexe II - Annonce diffusée par mail

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en psychologie et suite à mon stage au sein du service API, je réalise une étude afin d'évaluer l'effet de l'Appui Psychologique des Intervenants (API) sur le traumatisme vicariant, ou traumatisme des intervenants engendré par le contact des victimes des accidents, au sein de la population de pompiers et pompiers-ambulanciers de la province de Liège.

En tant que référent API et pompier de la province de Liège, votre aide serait précieuse. Vous pouvez participer en cliquant sur le lien : *[lien de l'enquête]*

Cela ne vous prendra qu'une dizaine de minutes. Cette étude est totalement anonyme.

Pour toute question, vous pouvez contacter Marine De Cuyper à l'adresse suivante marine.decuyper@student.uliege.be

Merci par avance pour votre temps et votre attention,

Bien à vous,

Marine De Cuyper,

étudiante en Master psychologie à finalité clinique, filière psychopathologie, option adulte

Annexe III – Objectifs et modalités de l'étude

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est **d'évaluer l'effet de l'appui psychologique des intervenants sur le traumatisme vicariant chez les pompiers de la Province de Liège**. Cette recherche est menée par Marine De Cuyper, mémorante dans le service de traumatologie et psychologie légale, sous la supervision d'Adélaïde Blavier.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice.

Cette recherche implique de compléter un questionnaire en ligne pendant une durée **d'environ 10 minutes**. Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

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. Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire environ 1 an.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiables et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées pour une durée minimale de 15 ans.

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 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 Marine De Cuyper (marine.decuyper@student.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) 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).

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton 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

Annexe IV – Consignes de passation de l'étude

Afin de réaliser cette étude dans les meilleures conditions, nous vous demandons de bien vouloir suivre ces instructions :

1. Parce que **cette étude nécessite toute votre attention**, nous vous demandons de la compléter dans un environnement dépourvu de bruit et de distraction. S'il vous plait, ne parlez à personne durant la conduite de l'étude. Idéalement, vous devriez être seul.e dans une pièce calme, ou dans une pièce où les personnes qui vous entourent sont silencieuses (par exemple, dans une bibliothèque).
2. Complétez l'étude en une seule session, ne quittez pas l'étude pour vous engager dans d'autres tâches. Nous vous demandons de ne pas consulter vos mails, regarder Facebook, envoyer ou lire de messages, vous lever pour vous servir à boire, etc.
3. S'il vous plait, n'utilisez pas les flèches « précédent » et « suivant » de votre navigateur ainsi que le bouton de réactualisation.

La raison pour laquelle nous vous demandons de suivre ces instructions est de nous assurer de la qualité de l'information que vous nous donnez. Nous savons, grâce à des recherches antérieures, que prendre une pause, parler à d'autres personnes, naviguer sur le web, etc. sont des activités qui vont compromettre votre capacité à réaliser les tâches de cette expérience.

Nous vous remercions de votre compréhension.

Annexe V - Questionnaires démographiques

Questionnaire pompier

Pour commencer, nous vous demandons de compléter quelques informations vous concernant.

- Age (en nombre) : ZONE NUMÉRIQUE
- Genre : MASCULIN / FÉMININ / AUTRE

Concernant votre situation professionnelle

- Nombre d'années de service (en nombre) : ZONE NUMÉRIQUE
- Zone actuelle : ZONE TEXTE LIBRE
- Fonction : POMPIER / AMBULANCIER
- Grade : MENU DÉROULANT : Aucun / Sapeur / Caporal / Sergent / Adjudant / Lieutenant / Capitaine / Major / Colonel

Concernant votre situation personnelle

- Avez-vous un partenaire ? OUI - NON
- Vivez-vous avec votre partenaire ? OUI - NON
- Vivez-vous seul ? OUI - NON
- Avez-vous des enfants ? OUI - NON

Questionnaire référent

Pour commencer, nous vous demandons de compléter quelques informations vous concernant.

- Age (en nombre) : ZONE NUMÉRIQUE
- Genre : MASCULIN / FÉMININ / AUTRE

Concernant votre situation professionnelle

- Nombre d'années de service (en nombre) : ZONE NUMÉRIQUE
- Nombre d'années en tant que référent (en nombre) : ZONE NUMÉRIQUE
- Zone actuelle : ZONE TEXTE LIBRE
- Fonction : POMPIER / AMBULANCIER
- Grade : MENU DÉROULANT : Aucun / Sapeur / Caporal / Sergent / Adjudant / Lieutenant / Capitaine / Major / Colonel

Concernant votre situation personnelle

- Avez-vous un partenaire ? OUI - NON
- Vivez-vous avec votre partenaire ? OUI - NON
- Vivez-vous seul ? OUI - NON
- Avez-vous des enfants ? OUI - NON

Annexe VI - Questionnaires concernant l'API

Questionnaire pompier

Concernant votre connaissance de l'API

- Connaissez-vous l'API ? OUI - NON
- Par quel biais l'avez-vous connu ? MENU DÉROULANT : via l'API lui-même / via un référent / par un collègue / par la hiérarchie / autre
- Qu'est-ce que l'API selon vous ? ZONE DE TEXTE LIBRE

Concernant votre utilisation de l'API

- Avez-vous déjà contacté un référent ? OUI - NON
- Avez-vous déjà contacté le service API ? OUI - NON
- Avez-vous déjà été contacté par un référent ? OUI - NON
- Avez-vous déjà fait appel à l'API suite à une demande de votre hiérarchie ? OUI - NON
- Pensez-vous avoir besoin de contacter un référent en ce moment ? OUI - NON

Concernant votre satisfaction de l'API

- Après avoir bénéficié des services de l'API, vous êtes **1 PAS DU TOUT SATISFAIT -> 5 EXTRÊMEMENT SATISFAIT**
- Pensez-vous faire appel à un référent ou à l'API dans le futur ? OUI - NON
- Recommanderiez-vous l'API à un collègue ? OUI - NON

Questionnaire référent

Concernant votre expérience en tant que référent

- Vous sentez-vous utile ? **1 PAS DU TOUT UTILE -> 5 TRÈS UTILE**
- Vous sentez-vous compétent ? **1 PAS DU TOUT COMPÉTENT -> 5 TRÈS COMPÉTENT**
- Les personnes qui font appel à vous sont-elles souvent les mêmes ? OUI - NON

Annexe VII – Exemples d’items de la CD-RISC

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

Items liés à la compétence personnelle, à un niveau d’exigence élevé et à la ténacité :

10 : Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

11 : Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s’il y a des obstacles. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

Items liés à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress :

18 : Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

19 : Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

Items liés à l’acceptation du changement et aux relations interpersonnelles positives :

4 : Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

5 : Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

Items liés au sentiment de contrôle :

21 : Je sais où je veux aller dans la vie. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

22 : Je sens que je maîtrise ma vie. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

Items liés à la spiritualité :

3 : Lorsqu’il n’y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m’aider. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

9 : Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. 1 PAS DU TOUT -> 5 PRESQUE TOUT LE TEMPS

Annexe VIII – Exemples d’items de la STSS

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

Note : “client” est utilisé pour indiquer des personnes avec qui vous avez été engagé(e) dans une relation d’aide. Vous pouvez substituer un autre nom qui représente mieux votre travail.

Items liés à l’intrusion :

2 : Mon coeur a commencé à palpiter quand j’ai pensé à mon travail avec les clients. 1 JAMAIS
-> 5 TRÈS SOUVENT

3 : C’était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s). 1 JAMAIS
-> 5 TRÈS SOUVENT

Items liés à l’évitement :

7 : J’avais peu d’intérêt à côtoyer d’autres personnes. 1 JAMAIS -> 5 TRÈS SOUVENT

9 : J’étais moins actif(ve) que d’habitude. 1 JAMAIS -> 5 TRÈS SOUVENT

Items liés à l’éveil :

8 : Je me suis senti(e) nerveux(se). 1 JAMAIS -> 5 TRÈS SOUVENT

16 : Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive. 1 JAMAIS -> 5 TRÈS SOUVENT

Annexe IX – Exemples d’items de la ProQOL

Consigne : Aider les autres vous met en contact direct avec leur vie. Comme vous l’avez probablement constaté, votre compassion pour les personnes que vous aidez peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, tant positive que négative, dans votre fonction. Lisez chacune des questions ci-après sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Choisissez la note qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des **30 derniers jours**.

Items liés à la satisfaction de compassion :

12 : J’aime mon travail de pompier. 1 JAMAIS -> 5 TRES SOUVENT

16 : Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l’évolution des techniques et protocoles du métier de pompier. 1 JAMAIS -> 5 TRES SOUVENT

Items liés à l’épuisement professionnel :

8 : Ma productivité au travail baisse parce que je perds du sommeil du fait des expériences traumatisantes d’une personne que j’ai aidée. 1 JAMAIS -> 5 TRES SOUVENT

10 : Je me sens pris au piège par mon travail de pompier. 1 JAMAIS -> 5 TRES SOUVENT

Items liés au stress traumatique secondaire :

23 : J’évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j’aide. 1 JAMAIS -> 5 TRES SOUVENT

25 : Du fait de mon travail de pompier, je suis envahi par des pensées effrayantes. 1 JAMAIS -> 5 TRES SOUVENT