

***Impact du stress sur la santé mentale
des travailleurs humanitaires***
Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par

Anne Charrière

Promotion 2008-2011

Sous la direction de : Catherine Matter

Haute Ecole de Santé Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

RESUME

Problématique: Ce travail s'intéresse à l'impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires.

But : L'intention de ce travail est d'identifier les principaux facteurs de stress des travailleurs humanitaires et les impacts de ceux-ci sur leur santé mentale. Ceci en vue d'évaluer l'efficacité des soutiens mis en place par les organismes et l'efficacité des mécanismes de coping¹ utilisés par les employés humanitaires.

Méthode : Une revue de littérature étoffée, basée sur douze recherches quantitatives et qualitatives a été faite afin de répondre à la problématique exposée.

Résultats : Les résultats ont été divisés en trois parties. Premièrement, les facteurs influençant la santé mentale des travailleurs humanitaires ont été identifiés. Trois principaux facteurs émergents des recherches analysées ont été développés: les facteurs démographiques, l'exposition à des événements traumatiques et les antécédents psychiatriques. Deuxièmement, l'impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires a été mis en lumière. Puis, finalement, les moyens favorisant la gestion du stress des travailleurs humanitaires ont été identifiés. Les trois moyens principaux sont : le soutien social, le soutien organisationnel et les stratégies de coping.

Conclusion : Il ressort clairement que les Organisations Non Gouvernementales jouent un rôle important dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie de leurs employés. Il appartient également aux travailleurs humanitaires de trouver des moyens favorisant la gestion du stress sur le terrain et après une mission afin de pallier aux potentielles conséquences du stress auxquelles ils sont confrontés.

¹ Coping signifie « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les demandes externes et/ou internes perçues comme consommant ou excédant les ressources de la personne » (Lazarus & Folkman, 1984, p.141)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui par leur aide et leurs encouragements ont permis l'aboutissement de mes études par ce travail de Bachelor.

Ma directrice de mémoire, Mme Catherine Matter, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son soutien tout au long de ce projet.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont aidée pour la traduction des recherches et pour le temps qu'elles m'ont consacré.

Un grand merci à mes trois collègues de classes, Florie, Daniela et Aurélie ainsi qu'à ma famille et mes amies pour avoir lu et corrigé ce travail. Je tiens à les remercier pour leur soutien et leur patience tout au long de ces deux années passées sur ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
REMERCIEMENTS	3
MOTIVATIONS DE L'AUTEURE	6
1 INTRODUCTION	7
1.1 PROBLEMATIQUE	7
1.2 SYNTHÈSE	11
1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE	12
1.4 BUTS ET OBJECTIFS POURSUIVIS	12
2 FONDEMENTS THEORIQUES:	12
2.1 DEFINITION DES THEMES PRINCIPAUX	12
2.1.1 <i>Le stress</i>	12
2.1.1.1 Evolution du concept du stress.....	13
2.1.1.2 Etat de stress post-traumatique.....	13
2.1.2 <i>L'aide humanitaire</i>	14
2.1.2.1 Qu'est-ce que l'aide humanitaire	15
2.2 CADRE DE REFERENCES	16
2.2.1 <i>Le modèle transactionnel du stress</i>	16
2.2.2 <i>Promotion de la santé et prévention de la maladie</i>	18
2.2.2.1 Promotion de la santé.....	18
2.2.2.2 La prévention de la maladie	19
3 METHODOLOGIE :	20
3.1 CHOIX DU DEVIS	20
3.2 METHODOLOGIE DE RECHERCHE	20
3.3 MESHTERM UTILISES POUR LA RECHERCHE DANS LA BANQUE DE DONNEES.....	21
3.4 CRITERES DE SELECTION :	21
3.5 CRITERES D'EXCLUSION	21
3.6 STRATEGIES DE RECHERCHES ET RESULTATS :.....	21
3.6.1 <i>Recherches trouvées sur Pubmed</i>	22
3.6.1.1 Stratégie 1	22
3.6.1.2 Stratégie 2	22
3.6.1.3 Stratégie 3	22
3.6.1.4 Stratégie 4	23
3.6.1.5 Stratégie 5	23
3.6.2 <i>Recherches trouvées par des stratégies personnelles</i>	24
3.6.2.1 Stratégie 6	24
3.6.2.2 Stratégie 7	24
4 RESULTATS	26
4.1 SYNTHÈSE DES RESULTATS	26
4.2 FACTEURS DE RISQUE INFLUENÇANT LA SANTE MENTALE DE LA POPULATION	27
4.2.1 <i>Facteurs démographiques</i>	27
4.2.2 <i>Exposition à des événements traumatiques</i>	28
4.2.3 <i>Antécédents psychiatriques</i>	29
4.3 IMPACT DU STRESS SUR LA SANTE MENTALE DES TRAVAILLEURS HUMANITAIRES	30
4.4 MOYENS FAVORISANT LA GESTION DU STRESS DES TRAVAILLEURS HUMANITAIRES.....	32
4.4.1 <i>Soutien social</i>	32
4.4.2 <i>Soutien organisationnel</i>	33

4.4.3	<i>Stratégies de Coping</i>	35
5	DISCUSSION	36
5.1	ANALYSE ET REGARD CRITIQUE DES RECHERCHES SELECTIONNEES	36
5.2	DISCUSSION DES RESULTATS	37
5.2.1	<i>Facteurs de risques influençant la santé mentale des travailleurs humanitaires</i>	37
5.2.2	<i>Impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires</i>	39
5.2.3	<i>Moyens favorisant la gestion du stress des travailleurs humanitaires</i>	40
5.3	REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	44
5.4	RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	45
5.4.1	<i>Avant le départ</i> :.....	45
5.4.2	<i>Pendant la mission</i> :.....	46
5.4.3	<i>Après la mission</i> :.....	47
5.5	LIMITES DE L'ETUDE.....	47
5.6	BESOINS EN RECHERCHES ULTERIEURES	48
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	50
	ANNEXES :.....	55
	ANNEXE A : DECLARATION D'AUTHENTICITE	55
	ANNEXE B : LES DIFFERENTS TYPES D'AIDE HUMANITAIRE	56
	ANNEXE C : LES DIFFERENTS ACTEURS HUMANITAIRES	57
	ANNEXE D : TABLEAU « BOUCLE DES PROCESSUS CONCERNES PAR LA TRANSACTION STRESSANTE » ..	58
	ANNEXE E : CHARTE D'OTTAWA.....	59
	ANNEXE F : RAISONS D'EXCLUSION DES RECHERCHES	63
	ANNEXE G : GRILLE DE SYNTHESE DES RESULTATS.....	64
	ANNEXE H : GRILLES D'ANALYSE DE RECHERCHES	66
	<i>Frequency of Post-traumatic Stress Disorder among Relief Force Workers after the Tsunami in Asia : do Rescuers become Victims ?</i>	66
	<i>The Mental Health of Expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian Aid Workers</i>	71
	<i>Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Cross-cultural Mission Assignments</i>	80
	<i>Psychological Consequences of the Bam Earthquake on Professional and Nonprofessional Helpers</i>	87
	<i>Trauma Exposure and PTSD Symptoms in International Relief and Development Personnel</i>	91
	<i>Mental Health Status of Human Rights Workers, Kosovo</i>	95
	<i>The Value of Support for Aid Workers in Complex Emergencies : a phenomenological Study</i>	100
	<i>Debriefing of American Red Cross Personnel : Pilot Study on Participants' evaluations and Cases Examples from th 1994 Los Angeles Earthquake Relief Operation</i>	104
	<i>Social Support, Organisational Support, and Religious Support in Relation to Burnout in Expatriate Humanitarian Aid Workers</i>	108
	<i>Stress and Health during Medical Humanitarian Assistance Missions</i>	116
	<i>Social Network as a Moderator in the Relation between Trauma Exposure and Trauma Reaction : a Survey amon un Soldiers and Relief Workers</i>	121
	<i>Exposure to Violence, Support Needs, Adjustment, and Motivators among Guatemalan Humanitarian Aid Workers</i>	128

MOTIVATIONS DE L'AUTEURE

Etant entourée d'un grand-père chirurgien, d'un père médecin et d'une mère infirmière, le domaine médical m'a toujours beaucoup intéressé.

J'ai toujours aimé voyager et les nombreux périple effectués durant ma jeunesse m'ont non seulement permis de découvrir de nouveaux paysages et cultures mais m'ont aussi donné l'envie de m'engager ultérieurement dans le domaine humanitaire.

Après une expérience d'assistante médicale de sept ans, j'ai entrepris des études d'infirmière. Cette formation m'a permis de prendre d'avantage de responsabilités et de développer des connaissances pointues dans différents domaines. Les cours d'interculturalité m'ont beaucoup appris. Suite à ce module, de façon presque inconsciente, mon choix de thème pour cette revue de littérature étoffée s'est porté sur l'humanitaire.

Ayant eu la chance de faire un stage de deux mois au Bénin en été 2010, je me suis rendue compte que la manière de prendre en charge les patients était totalement différente à celle de la Suisse. Là-bas, j'ai pu remarquer divers facteurs de stress tels que : la méconnaissance des autres cultures et valeurs, la pauvreté, le manque de moyens financiers et matériels, le climat du pays, les dissemblances de langage, la différence de prise en charge, le surplus de responsabilités ou encore l'éloignement.

Toutes ces raisons m'ont amenée à me questionner sur le stress des travailleurs humanitaires.

1 INTRODUCTION

1.1 Problématique

Le personnel infirmier est confronté régulièrement à de multiples agents de stress : une surcharge de travail, des décès, le manque de personnel, la complexité des soins, les demandes constantes de la part du patient ou de sa famille. Bien sûr, les infirmières² assurent les tâches pour lesquelles elles ont été formées, mais il n'est pas rare qu'elles se trouvent confrontées à des situations où elles doivent agir avec leurs propres ressources sans réellement trouver de soutien (Chazarin, 1991). Dussaut-Argout et Lery (1990) identifient plusieurs sources de stress pour l'infirmière. Qu'elle oriente son travail en fonction des soins prescrits ou non, elle doit faire face à des ruptures d'activités et doit accéder à des demandes et des imprévus, ce qui l'oblige à interrompre l'activité en cours. Elle subit aussi des contraintes physiques liées aux différentes manutentions et à une position debout prolongée. L'infirmière est aussi confrontée à une charge psychologique liée au contact avec la mort, les situations d'horreur, la souffrance et l'insoutenable.

Il en est de même, si ce n'est plus, pour le personnel infirmier humanitaire qui est confronté au stress dû à la nature même de son travail. Le nombre d'expatriés humanitaires et d'organisations d'aide, travaillant dans des zones d'urgence complexes et sur le lieu de catastrophes naturelles, a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies (Dahlgreen, DeRoo, Avril, Bise & Loutan, 2009). Entre 1951 et 2000, il y a eu pas moins de 7'312 désastres, résultant plus de 9 millions de décès (Sundnes & Birnbaum 2003, cité par Alexander & Klein, 2009). En 2008 seulement, 211 millions de personnes ont été touchées dans leur propre pays de par un conflit ou des violations des Droits de l'Homme (Internal displacement, 2008). Sabine Helbig, infirmière chef au CICR (Comité International de la Croix-Rouge, [CICR]) explique que les soins infirmiers constituent une part essentielle des activités du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge depuis ses débuts et que, sans les infirmières, il serait impossible de subvenir aux besoins des blessés (CICR, 2010).

² Le genre féminin est utilisé pour le terme « infirmière » dans un souci de légèreté du texte, mais n'exclut pas le genre masculin

Selon la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2001), l'action humanitaire est une activité d'urgence où l'imprévu et/ou le risque sont omniprésents. Le personnel humanitaire travaille et vit dans des conditions souvent physiquement et moralement difficiles. La charge de travail peut s'avérer très élevée et les horaires passablement lourds. Le manque d'intimité et d'espace personnel contribuent à augmenter le stress. Le personnel peut être confronté à des situations qui vont remettre en cause leurs valeurs, leurs idéaux et leurs croyances. Des conflits au sein de l'équipe ou avec les autorités locales peuvent survenir. De plus, le personnel humanitaire est éloigné de sa famille pour une durée plus ou moins longue et peut souffrir d'une instabilité financière. Sans oublier que certaines missions peuvent exposer le personnel à des dangers physiques constants et des situations traumatisantes, ce qui peut provoquer une charge émotionnelle importante (Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2001).

Le CICR, par exemple, est victime de 2,8 accidents de sécurité graves par semaine et tous les efforts entrepris pour maîtriser la sécurité du terrain ne parviennent pas à réduire ces risques (CICR, 2002). Ceci est confirmé par IRIN (2010), qui explique que les travailleurs humanitaires sont de plus en plus la cible d'agressions directes. Ils sont confrontés à des chocs violents, comme par exemple des décès à grandes échelles, des fusillades ou des enlèvements. Pour la plupart, ce sont des facteurs moins extrêmes mais cumulés qui conduisent à l'épuisement professionnel tels que la chaleur ou le froid intense, l'adaptation à une nouvelle culture, de longues heures de travail, des conditions de vie difficiles, les couvre-feux ou encore la perte de liberté de mouvements (IRIN, 2010). Le CICR (2002) confirme ces dires en expliquant que, parfois, avant même d'être confronté aux victimes, des volontaires peuvent se trouver en état de stress dû à l'éloignement de leurs proches, au climat difficile, à l'intégration dans une nouvelle équipe et parfois à l'incompétence des chefs. Les causes d'un stress sont donc multiples pour le personnel infirmier travaillant dans le domaine humanitaire.

Ces facteurs de stress ne sont pas sans conséquences sur la santé des travailleurs humanitaires. Le centre de psychologie humanitaire (2011) explique que les travailleurs qui éprouvent de graves problèmes de santé physique et/ou mentale ont été décrits comme les « victimes secondaires » de l'aide humanitaire. Les résultats d'une étude effectuée auprès de travailleurs humanitaires de la Croix-Rouge de retour de mission démontrent que le 72,8% du personnel souffrait d'un problème médical physique et/ou

psychique alors qu'ils étaient en bonne santé à leur départ (Dahlgren, DeRoo, Avril, Bise & Loutan, 2009). Les troubles physiques peuvent être de natures diverses. Une étude longitudinale faite auprès de 1403 travailleurs humanitaires œuvrant dans divers contextes précise que certains des participants souffraient de pathologies gastro-intestinales, musculo-squelettiques, neurologiques et respiratoires et ceci encore trente-six mois après leur retour (Morren, Dirkzwager, Kessels & Yzermans, 2007).

La santé mentale est également touchée. En effet, les répercussions du stress sur la santé psychique ne sont pas négligeables. Plusieurs de ces conséquences sont présentées et développées dans la littérature. Errington (1989) démontre que les infirmières qui ont servi au Vietnam ont montré une relation hautement significative entre l'état de stress post-traumatique (PTSD) et le danger perçu, l'exposition à la violence et le soutien social à la fois pendant et après leur retour du Vietnam. Cette même étude cite Laube (1973) qui explique que le terme de «victimes tertiaires» est une description des travailleurs de secours et du personnel médical humanitaire. Sous une pression extrême, un épuisement physique, un stress émotionnel et des traumatismes, les travailleurs doivent souvent effectuer des tâches au-delà de leurs capacités, ce qui les conduit à des sentiments d'anxiété, d'horreur et de frustration. Les infirmières qui sont restées sur le lieu lors de l'ouragan Celia en 1970 ont rapporté de tels sentiments. Beaucoup ont exprimé le besoin d'une formation plus approfondie. D'ailleurs, plusieurs infirmières inactives, invitées à y travailler, ont décliné l'offre parce qu'elles se sentaient insuffisamment formées (Errington, 1989).

Antares Foundation, un organisme ayant pour mission d'améliorer la qualité de gestion du soutien du personnel au sein des organisations humanitaires, présente divers résultats de plusieurs études à ce sujet. Selon une étude sur le personnel international employé par des organismes religieux, environ 10% du personnel rentrant d'une mission humanitaire souffrent de PTSD (Antares Foundation, 2008). Une autre étude démontre que le 46% du personnel humanitaire en mission a présenté des risques modérés ou élevés de PTSD. D'autres conséquences sur la santé mentale peuvent aussi se développer tels que dépression, angoisse, burn out, tristesse, ou encore épuisement émotionnel. Le CICR a fait une étude en 1999 qui démontrait que 51,7% des travailleurs humanitaires présentait des signes de stress de base, 29% de stress cumulatif, 18,7% de stress traumatique et 0,7% de signes de PTSD. Une recherche citée par Antares Foundation (2008) démontre que près du 50% du personnel de retour d'une

mission présentait un risque modéré ou élevé de surmenage et 15% des symptômes significatifs de dépression. Kaz de Jong, psychologue chez MSF (Médecins sans Frontière [MSF], cité par IRIN, 2010), estime que 3 à 4% des employés de cet organisme développent des maladies mentales graves, principalement des dépressions ou des psychoses, lorsqu'ils travaillent sur le terrain.

Des risques de répercussions sont également possibles sur l'agence pour laquelle les employés travaillent. Par exemple, une diminution de la satisfaction et de l'engagement du personnel envers l'organisation peut survenir (Antares Foundation, 2008). De plus, de par le fait que le stress provoque un plus grand risque d'accidents et de maladie, l'absentéisme et les frais médicaux risquent d'être augmentés.

Selon le centre d'apprentissage interculturel (2009), un nombre important de travailleurs humanitaires estime ne pas recevoir le soutien adéquat de la part de leur employeur. Ceci peut provoquer une angoisse chez l'employé et de ce fait accroître le risque de troubles psychiques.

Kaz de Jong, cité par IRIN (2010), dit :

On ne peut pas envoyer ces personnes dans ces circonstances sans s'attendre à ce qu'elles soient confrontées au stress et au traumatisme. Ces conséquences sont prévisibles. Nous devons en tenir compte et aider les employés avant, pendant et après les interventions d'urgences (p.1).

IRIN (2010) explique que les Organisations Non Gouvernementales (ONG) professionnelles de grande envergure reconnaissent la nécessité de se préoccuper de la santé mentale de leurs employés. Le CICR, par exemple, a vu doubler son nombre d'entretien-santé entre 1995 et 1999 (CICR, 2002). Les services d'un conseiller sont offerts avant, pendant et après leur mission et des rencontres sont régulièrement organisées afin de débriefer sur le stress vécu. Le CICR (2011) fait recourt à des psychologues qui interviennent sur le terrain puis au moment de la réintégration. Un soutien psychologique additionnel est offert en cas d'évacuation d'urgence ou d'incidents graves. Le CICR propose aussi des ateliers sur le stress avant le départ et des guides personnels sur le maintien de la santé psychosociale sont distribués. L'organisation informe ses délégués sur les réactions fréquentes face au stress. Un service a été mis en place afin de former et de soutenir les cadres ainsi qu'un appui aux familles du personnel sur le terrain (CICR, 2010).

MSF envoie souvent des conseillers sur le terrain afin d'organiser des échanges sur le thème du stress avec les employés (IRIN, 2010). Une préparation avant la mission est proposée afin d'encourager les employés à prendre contact avec leur famille durant la mission, à emmener des photos de leur entourage ou à les inciter à faire du sport en distribuant des cordes à sauter (IRIN, 2010).

Pourtant, il est précisé qu'une personne travaillant en humanitaire peut et doit trouver individuellement de nombreuses stratégies de réductions du stress. Elle doit pouvoir prévenir les traumatismes et mieux les surmonter (Antares Foundation, 2008). Le Centre de Psychologie Humanitaire (2011) confirme ces dires en expliquant que la mise en place de politiques et de pratiques organisationnelles efficaces joue un rôle essentiel pour prévenir ou atténuer les conséquences du stress. Il ajoute qu'il est aussi évident que les mécanismes d'adaptation, la résilience et la préparation psychologique influencent de manière déterminante les réactions des travailleurs humanitaire face au stress. La situation mondiale est telle qu'une infirmière peut s'impliquer en d'innombrables circonstances nécessitant une action de sa part pour protéger les droits humains. Les infirmières sont responsables de leurs propres actes professionnels et doivent donc savoir ce qui est attendu d'elles dans des situations d'urgence (Errington G., 1999).

1.2 Synthèse

Les infirmières sont sujettes à de nombreuses sources de stress et cela d'autant plus si elles œuvrent dans le domaine humanitaire. Ces facteurs de stress ne sont malheureusement pas sans conséquences sur leur santé mentale. Le PTSD a été l'impact le plus reporté par les chercheurs, mais cependant des risques de dépression, d'anxiété, de morbidités psychiatriques non spécifiques ou encore de burn out ne sont pas rares. D'autres encore ont été démontrés par les chercheurs mais à des prévalences moins élevées. Les organisations proposent divers soutiens avant, pendant et après la mission. Cela peut aller de la sélection des travailleurs à un soutien psychologique important à leur retour. Cependant, il a été démontré que les employés devaient eux aussi faire appel à des mécanismes de défense individuels afin de limiter les conséquences néfastes du stress sur leur santé mentale.

1.3 Questions de recherche

De cette recension des écrits sur la problématique du stress chez les travailleurs humanitaires, les questions suivantes sont retenues par l'auteure :

Quelles sont les conséquences du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires ?

Quels sont les moyens pour gérer le stress que représente le travail en mission humanitaire ?

1.4 Buts et objectifs poursuivis

Le but de cette recherche est d'identifier les principaux facteurs de stress des travailleurs humanitaires et les impacts de ceux-ci sur leur santé mentale en vue d'évaluer l'efficacité des moyens favorisant la gestion du stress des travailleurs humanitaires.

2 FONDEMENTS THEORIQUES:

Afin de comprendre de manière pertinente la suite de ce travail, les deux thèmes principaux qui y sont reliés sont définis et expliqués. Il s'agit : du stress (3.1) et de l'aide humanitaire (3.2). Deux cadres de référence sont ensuite amenés : la *promotion de la santé et la prévention de la maladie* ainsi que le *modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman*. Ceux-ci serviront à analyser les résultats dans la discussion qui suivra au chapitre cinq.

2.1 Définition des thèmes principaux

2.1.1 Le stress

Étymologiquement, le mot stress vient du latin *stringere* : serrer, étreindre. Il a donné naissance en français à étreindre, entourer avec les bras (pour embrasser ou pour étouffer) (Graziani & Swendsen, 2004). Ceci explique bien le ressenti d'oppression, de gorge nouée, d'estomac qui se resserre,... Et secondairement, le sentiment de détresse, d'abandon, de solitude ou d'impuissance que l'on éprouve dans une situation pesante (Stora 1991, cité par Quintard 2001). La vie comporte toujours un minimum de tension, soit de stress. Il s'agit d'un phénomène normal. Cependant s'il est répété ou intense il peut aboutir à un stress néfaste pour la personne.

2.1.1.1 Evolution du concept du stress

De nombreuses recherches ont été faites au sujet du stress et de nombreux modèles théoriques ont été réalisés. Hans Seyle fut l'un des premiers, en 1946, à tenter d'expliquer le processus lié au stress (Chazarin, 1991). Selon lui, lorsqu'une modification brutale apparaît dans les habitudes d'une personne, un changement au niveau psychique et somatique de la personne peut se produire. L'individu est alors confronté à une tension et va mettre en place des moyens physiologiques et psychologiques afin de pouvoir s'adapter. Cette réponse unique viserait à rétablir l'homéostasie et porte le nom de *Syndrome Général d'Adaptation*. D'une manière générale, le corps humain est capable de s'adapter à diverses variations biologiques pour assurer sa survie. Mais lorsque les limites habituelles sont dépassées, le stress va faire son apparition (Graziani & Swendsen, 2004).

Selon Seyle, le *Syndrome Général d'Adaptation* se décompose en trois stades (Rosnet, 1999) : la phase d'alarme lorsque l'organisme réagit, la phase de résistance lorsque l'organisme s'adapte gentiment à l'agent stressant et la phase d'épuisement quand les ressources physiques s'épuisent et que le stress néfaste apparaît.

Cependant le modèle biologique de Hans Seyle est linéaire (Quintard, 2001). Depuis, beaucoup d'auteurs ont développé des théories sur le stress. Ces dimensions psychologiques ont été constatées par Ben Sabat (1980-1991), cité par Quintard (2001). En effet, Graziani et Swendsen (2004) démontrent que les variables psychologiques ont une influence sur la réponse au stress. Cette conception classique du stress a peu à peu cédé à une approche multifactorielle, prenant en compte l'interaction entre une personne et une situation. L'étude du stress a connu un grand essor avec les observations réalisées par le groupe de chercheurs dirigé par Richard Lazarus (Quintard, 2001). Ceci nous amène au modèle transactionnel du stress, développé dans le point « cadre de référence » (4.1).

2.1.1.2 Etat de stress post-traumatique

Selon le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 2003), le PTSD appartient à la catégorie des troubles anxieux. Il diffère cependant des autres troubles anxieux car son apparition est due à une exposition, à un événement traumatisant unique ou en série (Constant, 2003). Constant (2003), souligne que le PTSD peut également survenir chez des individus témoins d'une expérience violente telle qu'une catastrophe naturelle.

Une étude menée aux USA démontre que 5 à 6% des hommes et 10 à 14% des femmes présentent une fois dans leur vie un PTSD (Constant, 2003).

Constant (2003) explique que plusieurs facteurs contribuent à l'intensité de la réponse traumatique psychologique, comme la menace perçue, la sévérité du traumatisme, sa durée, l'impression de dangerosité ressentie, et bien d'autres.

Pour comprendre le PTSD, il est important de définir l'événement traumatique et le traumatisme. Constant (2003) explique qu'un événement traumatique a pour caractéristique principale la capacité « de provoquer la crainte, un sentiment d'impuissance ou d'horreur en réponse à cet événement qui menace l'intégrité physique ou psychologique de la personne » (p. 399). Quant à l'*American Psychiatric Association* (2000) cité par Agaibi et Wilson (2010), le traumatisme est défini comme « le fait de faire l'expérience, d'être témoin ou d'être confronté à des événements qui entraînent la mort effective ou une menace de mort, une blessure sérieuse, ou encore une menace pour sa propre intégrité physique ou celle des autres » (p.196).

Les personnes étant confrontées à de telles situations risquent de développer un PTSD ainsi qu'une dépression majeure, des troubles paniques ou un trouble anxieux généralisé. Les personnes peuvent aussi présenter des troubles somatiques tels que l'hypertension, l'asthme et ou syndrome de douleurs chroniques. La co-morbidité est plutôt la règle que l'exception dans le PTSD. Un abus de substances de remplacement, tel que cigarettes et alcool peut aussi s'avérer dangereux (Constant, 2003).

Différents symptômes doivent être présents afin de pouvoir parler de PTSD : une reviviscence de l'événement traumatique, un évitement de tout ce qui peut rappeler le traumatisme et des symptômes d'hypervigilance. Tous ces signes doivent durer plus d'un mois pour pouvoir parler de PTSD. Durant une période inférieure à ce laps de temps, on parle d'un état de stress aigu. Il faut encore distinguer le PTSD aigu (durée entre 1 et 3 mois) du PTSD chronique (durée de plus de 3 mois). De plus, il faut souligner que le PTSD aigu peut évoluer et devenir chronique. En outre, une personne souffrant de PTSD chronique risque davantage de développer une maladie à long terme (Constant 2003).

2.1.2 L'aide humanitaire

Selon le Larousse (2009), le terme humanitaire signifie « qui recherche le bien de l'humanité, lutte pour le respect de l'être humain » (p. 511) et le substantif signifie

« l'ensemble des organisations et des actions menées pour venir en aide aux hommes » (p.511).

2.1.2.1 Qu'est-ce que l'aide humanitaire

Il existe différents types d'aides humanitaires, mais tous ont comme objectif commun de venir en aides aux personnes dans le besoin. Voici les principaux types d'aide humanitaire³ (Reymond, Margot & Margot, 2006-2007):

- *la lutte pour les droits de l'homme*
- *l'aide au développement*
- *la promotion de la paix*
- *l'aide humanitaire* (aide d'urgence et aide de reconstruction)

L'aide humanitaire est le domaine qui concerne le plus la problématique de ce travail. En voici donc un explicatif. Ce type d'aide est totalement apolitique. Il ne fait absolument aucune distinction sociale, raciale, culturelle ou religieuse. L'aide humanitaire est donc complètement désintéressée et inconditionnelle pour les personnes dans le besoin. « Elle se concrétise par l'aide d'urgence, qui permet de satisfaire les besoins élémentaires des populations touchées par une crise, ainsi que l'aide de reconstruction, qui permet aux populations de reconstruire leur économie » (Reymond et al., 2006-2007, p. 6). Selon Caritas, cité par les mêmes auteurs, un certain nombre de critères doivent être respectés pour utiliser le terme d'aide humanitaire soit :

- *la détresse existentielle*
- *le besoin d'être secouru*
- *le bénévolat*
- *l'institutionnalisation*

Selon le CICR, l'action humanitaire repose sur plusieurs principes dont quatre sont particulièrement importants (Pasquier, 2001) :

- 1) *l'universalité* (pour toutes les victimes)
- 2) *l'impartialité* (objectivité, équité)
- 3) *l'indépendance* (pas soumise à des directives extérieures)
- 4) *la neutralité* (qui reste à l'écart de tout conflit)

³ Ces thèmes sont développés en annexe B.

Ils existent différents acteurs humanitaires tels que l'état et autres collectivités publiques, les organisations internationales publiques et encore les ONG et associations⁴.

2.2 Cadre de références

Selon Loisele (2007) « le cadre est la base conceptuelle de l'étude » (p.161). Ce travail comporte deux cadre de référence : *Le modèle transactionnel du stress et la promotion de la santé et la prévention de la maladie*. Ils serviront à poser des limites lors de l'analyse des résultats et de support lors de la discussion des résultats en point 5.

2.2.1 Le modèle transactionnel du stress

Lazarus et Folkman (1984) ont élaboré la théorie du processus d'adaptation psychologique. Ils ont mis en évidence l'importance des facteurs cognitifs dans la gestion du stress et dans le choix des stratégies de gestion lors de l'apparition d'un événement stressant. Ce processus implique des interactions ou des négociations perpétuelles et des ajustements appelés transactions (Quintard, 2001). Plus précisément, ce modèle permet de s'intéresser à la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), comment il évalue ses ressources pour y faire face (contrôle perçu) et comment il met en place des stratégies de coping (Graziani & Swendsen, 2004). De ce fait, la personne est considérée comme active, pouvant influencer l'impact d'un agent stressant par des stratégies de coping (Quintard, 2001). Dans ce modèle, rien n'est perçu comme générateur de stress à la base : « [...], les agents de stress physiques ou psychologiques produisent des réponses au stress seulement après avoir été évalués comme menaçant et dangereux pour le sujet » (Graziani & Swendsen, p.47). L'évaluation cognitive, processus par lequel la personne évalue, interprète et juge la signification d'un événement ou de la situation, se fait en deux étapes (Graziani & Swendsen, 2004) :

1. *l'évaluation primaire* : cette démarche est rapide et automatique. Elle détermine les premiers éléments afin de voir si la situation est oui ou non une menace pour l'individu, pour sa propre santé et pour son bien-être ou celui de l'un de ses proches. Les caractéristiques de l'individu (valeurs, croyances,...) sont

⁴ Les divers acteurs humanitaires sont développés en annexe C.

importantes dans ce processus. La personne peut donner plusieurs sens à un même événement.

2. *l'évaluation secondaire* : le sujet va évaluer ses ressources et mettre en place des stratégies pour faire face à la situation qui le met en danger (coping). Cette étape va permettre à la personne de prévenir des situations négatives ou d'en tirer des bénéfices.

Ces deux étapes se déroulent de manière rapide et génèrent des émotions qui vont influencer l'évaluation cognitive de manière répétitive. En effet, des analyses successives (« réévaluations ») vont être faites tant que la perception de la situation est évaluée comme stressante (Graziani & Swensen, 2004).

Il existe deux sortes de coping (Graziani & Swendsen, 2004) :

1. *le coping centré sur l'émotion* : « se réfère aux pensées et actions dont le but est de diminuer l'impact émotionnel du stress » (p.48)
2. *le coping centré sur le problème* : « est un effort pour changer les circonstances stressantes provoquées par l'interaction individu-environnement » (p.48).

Les stratégies de coping mises en place vont permettre soit une solution favorable qui engendrera des émotions positives, soit une solution défavorable (ou pas de solution) qui engendrera des émotions négatives et de la souffrance. La personne recommencera alors le cheminement du processus⁵ (Graziani & Swendsen, 2004). Selon Lazarus & Folkman (1984b), le coping peut affecter la santé physique de trois façons :

1. L'intensité, la fréquence et la durée des réactions physiologiques et neurochimiques, peuvent engendrer des conséquences en lien avec l'état de stress telles que :
 - l'impossibilité de mettre en place des stratégies centrées sur le problème, faisant que l'individu ne peut jouer un rôle sur l'environnement de la situation.
 - L'incapacité de réguler la détresse émotionnelle devant un sujet, une situation incontrôlable.

⁵ Ce processus est expliqué au travers du tableau « Boucle des processus concernés par la transaction stressante » de Lazarus et Folkman (1984, cité par Graziani & Swendsen, 2004). Il se trouve en annexe D.

- L'utilisation de stratégies de coping à risque, par exemple l'hostilité, seront alors utilisées par le sujet.
2. Des stratégies peuvent amener la personne à consommer des substances nocives telles que tabac, alcool, drogues ou à avoir des comportements à risque.
 3. Les mécanismes de coping centrés sur l'émotion où les comportements adaptatifs ne pourront être mis en place. Le déni ou l'évitement en sont les principaux exemples.

Selon Graziani et Swendsen (2004), l'importance du rôle du coping dans la dépression et l'anxiété a été prouvée dans maintes recherches. Les personnes anxieuses risquent de moins bien faire face à des situations stressantes car elles souffrent d'une vulnérabilité psychologique et leurs stratégies de coping sont, de ce fait, déficientes. En effet, les mêmes auteurs démontrent que les sujets anxieux font plus facilement appel au coping centré sur l'émotion car ce type de personnes a plus tendance à essayer de gérer ses réactions psychologiques à la place de se focaliser sur le problème.

2.2.2 Promotion de la santé et prévention de la maladie

Mieux vaut prévenir que guérir ! Voici un dicton qui introduit bien le thème de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

L'OMS (1999) définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité » (p.1)

2.2.2.1 Promotion de la santé

Selon la Charte d'Ottawa⁶, citée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2011), la promotion de la santé a pour but de :

[...]donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. [...]. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé : son ambition est le bien-être complet de l'individu (p.1).

Trois stratégies indispensables afin de parvenir au bien-être complet de l'individu sont définies par la Charte d'Ottawa (OMS, 2011) :

⁶ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été réalisée lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986. Elle se trouve en Annexe E.

1. *Plaidoyer pour la santé* : Afin d'optimiser le développement économique, individuel et social, une bonne santé est nécessaire. La promotion de la santé doit amener les conditions optimales indispensables afin de permettre une bonne santé. Pour que ces conditions soient réunies, il faut pouvoir : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Des environnements favorables doivent être créés.
2. *Mise en place de moyens* : la promotion de la santé a pour but de donner les moyens équitablement à tous les individus de réaliser pleinement leur potentiel de santé (par exemple un environnement favorable ou l'accès à l'information). Ceci va permettre le développement individuel et donner aux gens la possibilité de contrôler sa propre santé.
3. *Médiation* : la promotion de la santé exige « l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteurs de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias » (OMS, 2011, p.2).

2.2.2.2 La prévention de la maladie

Selon l'OMS (1999) « La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (p.4).

La prévention primaire a pour but d'empêcher l'apparition de la maladie. *Les préventions secondaires et tertiaires* visent à arrêter ou retarder l'évolution de la maladie déjà présente. Ceci grâce à des dépistages ou des traitements.

Les engagements moraux de l'infirmière sont de promouvoir la santé et de prévenir la maladie de par ses fonctions. Les infirmières travaillant en humanitaire se verront être les « bénéficiaires » de ces deux concepts afin d'éviter ou de diminuer l'impact du stress sur leur santé mentale.

3 METHODOLOGIE :

3.1 Choix du devis

Il y a différentes manières d'expliquer le choix d'une revue de littérature étoffée pour notre Bachelor Thesis. Une revue de littérature étoffée à l'avantage d'être appropriée aux novices. En effet, elle nous permet de mieux réaliser un état des connaissances sur un sujet donné et de mettre en place des interventions cliniques basées sur des preuves grâce à des résultats fondés (Loiselle, 2007). Comme le dit cet auteur, la revue de littérature étoffée «joue un rôle essentiel pour les infirmières qui cherchent à mettre en œuvre une pratique fondée sur des résultats probants » (p. 138). Il est en effet important de recenser les écrits afin de mettre en lien les différentes connaissances actuelles, ceci dans le but de donner quelques pistes pour de futures recherches.

3.2 Méthodologie de recherche

Afin de mener à bien cette revue de littérature étoffée, nous avons fait des recherches en passant par la base de donnée PubMed qui possède un large répertoire d'articles scientifiques dans les domaines de la santé et du social. Les recherches sur le thème amené sont récentes et de ce fait, les écrits peu abondants. La question de recherche a donc dû être réadaptée par l'auteur afin de pouvoir y répondre. La population étant uniquement infirmière au départ, elle s'est élargie aux travailleurs humanitaires d'une manière plus générale. Le champ de recherche s'est donc agrandi durant l'étape de la recension des écrits.

Afin de trouver des articles scientifiques portant sur notre question de recherche, des MeshTerm et des concepts qui lui sont reliés ont été définis. Cette dernière étape a permis de trouver des articles scientifiques pertinents sur notre thème. Grâce aux critères de sélection et d'exclusion, les articles prometteurs ont été extraits. Les résumés de ceux-ci ont été analysés puis, suivant leur pertinence, ont été retenus⁷ pour cette revue de littérature. La bibliographie de ces diverses recherches a également permis de trouver de nouvelles études. Suite à ces sélections, les recherches retenues ont été

⁷ Grille de synthèse des résultats en annexe G

traduites, analysées, commentées, synthétisées et classées dans des grilles⁸ par l'auteur. Enfin, la rédaction de l'analyse de cette revue de littérature a pu commencer.

3.3 *MeshTerm utilisés pour la recherche dans la banque de données*

- Rescue Work
- Health Personnel
- Social Support
- *Humans*
- Stress Disorders, Post-traumatic
- Mental Health
- Relief Work

3.4 *Critères de sélection :*

- Langues : français, allemand et anglais pour des raisons de compréhension de l'auteur
- Articles scientifiques traitant du sujet de l'impact du stress sur la santé mentale chez le travailleur humanitaire ainsi que de l'utilité du soutien proposé.
- Recherches gratuites puis, dans un deuxième temps, vu l'insuffisance des articles trouvés, ce critère de sélection s'est vu annuler.
- Population cible : les travailleurs humanitaires.

3.5 *Critères d'exclusion*

- Articles scientifiques ayant plus de 15 ans (soit publiés avant 1997) afin de certifier la pertinence des résultats.
- Populations autres que les travailleurs humanitaires.
- Recherche n'ayant pas comme thème l'impact du stress sur la santé mentale et ses procédures de soutien.

3.6 *Stratégies de recherches et résultats :*

Notre première méthode de recherche d'articles a été l'utilisation des MeshTerm sur la base de données PubMed. Aucune recherche pertinente n'a pu être extraite de cette manière. Nous avons alors réalisé nos recherches sur PubMed sans déterminer de MeshTerm ce qui a permis d'élargir notre champ de recherche afin de commencer la recension des écrits de ce travail.

⁸ Grille d'analyse des recherches en annexe H

3.6.1 Recherches trouvées sur Pubmed

3.6.1.1 Stratégie 1

Recherches retrouvées sur PubMed en tapant directement « impact stress aid workers » sans utiliser de MeshTerm.

- 12 résultats dont 1 retenu :
 - Schaefer, F.C., Blazer, D.G., Carr, K.F., Connor, K.M., Burchett, B, Schaefer, C.A., Davidson, J.E. (2007) Traumatic events and post-traumatic stress in cross-cultural mission assignments. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 529-39.

3.6.1.2 Stratégie 2

(« Rescue Work »[Mesh] AND « Health Personnel »[Mesh] AND « Stress Disorders, Post-traumatic »[Mesh]

	MeshTerm	Nbre de recherches trouvées
	Rescue Work	1362
AND	Health Personnel	190
AND	Stress Disorders, Post-traumatic	18

- 18 résultats dont 1 retenu :
 - Hagh-Shenas, H., Goodarzi, M.A., Dehbozorgi, G. & Farashbandi, H. (2005) Psychological consequences of the Bam earthquake on professional and nonprofessional helpers. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 477-83.

3.6.1.3 Stratégie 3

Après avoir effectué ces deux premières stratégies de recherche, un enrichissement des mots-clés a pu se faire et d'autres stratégies en ont émergé :

(« Relief Work »[Mesh]) AND « Mental Health »[Mesh]

	MeshTerm	Nbre de recherches trouvées
	Relief Work	2917
AND	Mental Health	21

- 21 résultats dont 1 retenu :
- Cardozo, B.L., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Toomey, E. & Salama, P. (2005). The mental health of expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian aid workers. *Disasters*, 29, 152-70.

3.6.1.4 Stratégie 4

((« Relief Work »[Mesh]) AND « Humans »[Mesh]) AND « Stress Disorders, Post-Traumatic »[Mesh]

	MeshTerm	Nbre de recherches trouvées
	Relief Work	2917
AND	Humans	2583
AND	Stress Disorders, Post-Traumatic	142

- 142 résultats dont 3 retenus :
- Armagan, E., Engindeniz, Z., Onder Devay, A., Erdur, B. & Ozcakil A., (2006). Frequency of Post-Traumatic Stress Disorder among Relief Force Workers after the tsunami in Asia : Do Rescuers Become Victims ? *Prehospital and Disaster Medicine*, 21, 168-172.
- Putman, K.M., Lantz, J.I., Townsend, C.L., Gallegos, A.M., Potts, A.A., Roberts, R.C., Cree, E.R., De Villagran, M., Eriksson, C.B. & Foy D.W. (2009). Exposure to violence, support needs, adjustment, and motivators among Guatemalan humanitarian aid workers. *American Journal of Community Psychology*, 44 (1-2), 109-115.
- Armstrong, K., Zatzick, D., Metzler, T., Weiss, S. D., Marmar, R.C., Garma, S., Ronfeldt, H. & Roepke, L. (1998). Debriefing of American Red Cross Personnel : Pilot Study on Participant's Evaluations and Case Examples from the 1994 Los Angeles Earthquake Relief Operation. *Social Work in Health Care*, 27, 33-50.

3.6.1.5 Stratégie 5

("Relief Work"[Mesh]) AND "Humans"[Mesh]) AND "Social Support"[Mesh]

	MeshTerm	Nbre de recherches trouvées
	Relief Work	2917
AND	Humans	2583
AND	Social Support	62

- 62 résultats dont 2 retenus :

- Hearn, A. & Denny, P. (2007). The Value of support for aid workers in complex emergencies : a phenomenological study. *Disaster Management & Response*, 5, 28-35.
- Kaspersen, M., Matthiesen, S.B. & Gotestam, G. (2003). Social Network as a moderator in the relation between trauma exposure and trauma reaction : a survey among UN soldiers and relief workers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 415-423.

3.6.2 Recherches trouvées par des stratégies personnelles

3.6.2.1 Stratégie 6

Cette sixième stratégie a consisté à se rendre sur le site Internet Google Scholar en tapant « stress and humanitarian » dans la base de recherche.

- 61 résultats dont 2 retenus :

- Britt, W.T. & Adler, B.A. (1999). Stress and Health during Medical Humanitarian Assistance Missions. *Military Medicine*, 164, 275-279.
- Holtz, H.T., Salama, P., Lopez Cardozo, B. & Gotway A.C., (2000). Mental Health Status of Human Rights Workers, Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 389-395.

3.6.2.2 Stratégie 7

Diverses bibliographies des articles précédemment retenues ont été parcourues afin de répertorier des résultats intéressants. L'article « *The Mental Health of Expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian Aid Workers* » nous a permis de sélectionner la recherche suivante :

- Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D.W., (2003) Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 205-212. =>

Un mail a été envoyé à Eriksson, C.B., afin d'avoir cet article gratuitement. En plus de la réception de son sujet, il nous a également transmis d'autres recherches dont une a été retenue :

- Eriksson, C.B., Bjorck, J.P., Larson, L.C., Walling, S.M., Trice, G.A., Fawcett, J., Abernethy, A.D. & Foy D.W. (2009). Social support, organisational support, and religious support in relation to burnout in expatriate humanitarian aid workers. *Mental Health, Religion & Culture*, 12, 671-686.

4 RESULTATS

Il a été important de trouver des articles scientifiques touchant divers domaines du stress chez le travailleur humanitaire afin d'amener une vision globale. Le tableau ci-dessous illustre le nombre de recherches retenues par contextes des missions humanitaires.

Contexte	Nbre de recherches
Intervention en cas de catastrophe naturelle	2
Reconstruction de pays d'après-guerre	3
Respect des Droits de l'Homme	1
Intervention dans des pays en guerre	1
Etude comparant les interventions dans les pays stables (exposition rare à des événements traumatiques) et instables (exposition fréquente à des événements traumatiques)	1

De plus, quatre recherches traitent de la pertinence du soutien mis en place par les organisations et les travailleurs humanitaires eux-mêmes, permettant la compréhension des moyens mis en place par les différents intervenants.

4.1 Synthèse des résultats

Après avoir analysé, synthétisé et classé les recherches sélectionnées, une catégorisation leurs résultats a été réalisée. Les thèmes suivants se sont alors imposés, composant la structure de nos résultats :

- Facteurs de risque influençant la santé mentale des travailleurs humanitaires (n=10)
 - Facteurs démographiques (n= 6) :
 - Exposition à des événements traumatiques (n=6) :
 - Antécédents psychiatriques (n= 3) :
- Impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires (n=9)
- Moyens favorisant la gestion du stress des travailleurs humanitaires (n =10)
 - Soutien social (n=3)
 - Soutien organisationnel (n=5)

4.2 Facteurs de risque influençant la santé mentale de la population

Trois catégories se dégagent des recherches analysées : les facteurs démographiques, l'expérience des événements traumatiques ainsi que les antécédents psychiatriques. Ils sont exposés ci-dessous.

4.2.1 Facteurs démographiques

Selon l'étude de Schaefer et al. (2007), l'âge, le sexe et le contexte de travail sont les facteurs démographiques les plus influents sur les risques d'atteinte à la santé mentale des travailleurs humanitaires.

Lopes Cardozo et al. (2005) démontrent que les travailleurs humanitaires les plus jeunes souffraient davantage de signes dépressifs et de morbidités psychiatriques non spécifiques (NSPM) que les plus âgés et Eriksson et al. (2009) démontrent qu'ils sont plus à risque de souffrir d'épuisement émotionnel. Les résultats d'une étude effectuée auprès de 111 participants, confirment que l'âge et le genre sont en lien direct avec l'impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires. Plus précisément, ils révèlent que les hommes sont plus à risque de dépersonnalisation (Eriksson et al. 2009). Cependant, selon les résultats d'Armagan et al. (2006), traitant de la fréquence du PTSD chez des travailleurs humanitaires en mission en Asie après le tsunami, le sexe des intervenants n'est pas considéré.

Quant à la durée de travail, son impact sur l'état de santé des participants n'a pas pu être établi de manière clairement quantifiable par Eriksson et al. (2009), de même que par celle réalisée par Hagh-Shenas et al. (2005) qui se sont penchés sur le cas des travailleurs humanitaires sur le terrain après un tremblement de terre en Iran. Cependant, selon Holtz et al. (2002), travailler plus de 6 mois pour une organisation humanitaire implique un risque plus élevé de maladies psychiques non spécifiques et une fréquence plus élevée de dépression et d'anxiété. L'étude de Lopes Cardozo et al. (2005) ne développe pas la durée sur le terrain mais le nombre de missions effectuées. Les résultats démontrent que le risque de dépression est nettement plus élevé pour les travailleurs humanitaires engagés pour leur première mission. Ce risque diminuait lors de la seconde, mais redevenait plus élevé avec cinq missions ou plus.

Une étude a révélé que la sévérité des symptômes de PTSD était significativement plus élevée chez les infirmières ayant moins de 3 expériences antérieures sur un lieu sinistré (Armagan et al. 2006). Selon cette même étude, les infirmières auraient été le corps de métier le plus touché par le PTSD, et les chercheurs révèlent deux hypothèses suite à ces résultats. La première est que les infirmières ont un contact direct avec les blessés et les morts et, de ce fait, seraient plus touchées. La deuxième est que les infirmières étaient uniquement des femmes et que, de ce fait, le sexe augmenterait le risque.

Nous observons que ces résultats sont, de manière générale, assez convergents mais influencés par les divers contextes dont ils proviennent. Dans les pays instables, soit les endroits où les travailleurs humanitaires sont plus exposés aux événements traumatiques, le risque d'impact du stress sur la santé mentale est plus présent. Cependant, la majorité des recherches analysées est d'accord pour affirmer que l'âge, le sexe et le nombre de missions sont significativement corrélés à la santé mentale des travailleurs humanitaires.

4.2.2 Exposition à des événements traumatiques

Le niveau et la fréquence d'exposition à des événements traumatiques sont associés de manière directe à la santé mentale des travailleurs humanitaires selon Schaefer et al. (2007). L'étude de Kaspersen et al. (2003) comparant les réponses du stress des travailleurs humanitaires et de soldats travaillant en Ex-Yougoslavie confirme cette affirmation. En effet, elle a démontré que l'exposition à un traumatisme était un facteur prédictif significatif à des symptômes de PTSD chez les travailleurs humanitaires.

La menace physique et verbale sur la vie et le bombardement du lieu de résidence ou de travail sont les deux événements les plus traumatisants, de même que le fait d'être témoins de telles scènes (Eriksson et al. 2001 ; Lopes Cardozo et al. 2005 ; Holtz et al., 2002). L'étude de Lopes Cardozo et al. (2005) démontre un lien direct entre ces facteurs et la dépression. L'étude dit également que si le nombre d'événements traumatiques augmente, le risque de dépression augmente lui aussi. Eriksson et al. (2001) ont effectué une recherche dans cinq agences différentes. Leurs résultats montrent que plus du 50% des travailleurs humanitaires aurait vécu ou été témoin d'une menace et 18,8% d'un bombardement. Dans l'étude de Holtz et al. (2002), le 37% des participants affirme avoir vécu plus de cinq événements traumatiques et la moyenne pour tous les

participants était de quatre. Parmi ces participants, plus de la moitié ont déclaré souffrir d'au moins un signe de PTSD, et le 10% présentait tous les critères d'un PTSD.

L'étude de Schaefer et al. (2007) démontre que le 88 % du personnel travaillant dans un pays instable a été confronté à un traumatisme sévère contre 77,5% dans les pays stables. La différence n'est donc pas clairement significative selon les auteurs. Cependant si l'on compare l'exposition à trois événements traumatiques ou plus, la différence est nettement plus prononcée. En effet, dans les pays instables, 67% des participants ont été confrontés à trois événements ou plus, contre 38% dans les pays stables.

Putman et al. (2009) ont différencié les expositions à la violence directe et indirecte. Le 69% des participants affirme que la vision d'une personne décédée de manière non naturelle a été une vision violente pour eux et 67% affirme avoir été témoin d'une agression. Concernant la violence directe, le 73% affirme avoir été battu ou agressé. Parmi toutes ces personnes, 42% ont reporté avoir des symptômes de PTSD et 17% se sont vus poser ce diagnostic. Les résultats de cette étude démontrent que l'exposition directe à la violence est en lien avec le niveau de PTSD. Cependant, si l'exposition est indirecte, les participants ont moins été sujets à des conséquences sur leur santé mentale.

4.2.3 Antécédents psychiatriques

Les antécédents psychiatriques sont mentionnés dans plusieurs études sélectionnées comme étant d'éventuels facteurs de risque. Deux études précisent des résultats à ce sujet. Selon l'étude Schaefer et al. (2007), un passé dépressif est un facteur de risque très influent sur la santé mentale. Cette étude avait différents buts ; l'un d'eux consistait à comparer les facteurs de stress en lien avec le PTSD chez le personnel humanitaire oeuvrant dans des pays stables et instables. Les résultats ont clairement démontré que dans les deux cas, des antécédents de dépression influençaient de manière néfaste les conséquences du stress. Ceci est confirmé par l'étude de Lopes Cardozo et al. (2005) qui explique que les personnes sans antécédents de troubles psychologiques ont moins de risque de souffrir de dépression ou d'autres troubles mentaux.

4.3 *Impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires*

Parmi toutes les recherches analysées, sept soulignent que les travailleurs humanitaires sont des candidats à haut risque de souffrir de PTSD (Armagan et al. 2006 ; Lopes Cardozo et al. 2005 ; Schaefer et al. 2007 ; Hagh-Shenas et al. 2005 ; Eriksson et al. 2001 ; Holtz et al. 2002 & Putman et al. 2009). Toutes ces recherches ont été effectuées dans divers contextes tels que les catastrophes naturelles, les situations d'après guerre ou de non respect des Droits de l'Homme, dans des pays stables et instables. Chacune d'entre elles démontrent qu'un nombre non négligeable de participants a présenté des symptômes de PTSD ou de son diagnostic. La recherche d'Armagan et al. (2006) présente le résultat de PTSD le plus élevé. Ils ont effectué une étude auprès de 15 médecins, 14 infirmières, 6 travailleurs logistiques et un psychologue. D'après les résultats de cette étude, le 63,6 % (21 participants) a présenté un symptôme de PTSD. Cependant, le diagnostic du PTSD a été posé chez huit participants (soit le 24,2%) dont cinq infirmières, soit près d'un quart des travailleurs humanitaires. Sur les treize participants restant, onze ont déclaré souffrir de troubles importants du sommeil, ce qui correspond au 33%. Deux de ces 13 personnes ont mentionné que ces symptômes altéraient leur vie sociale et professionnelle. Deux autres études ont démontré une altération de la vie sociale due aux symptômes présents. L'étude de Holtz et al (2002) a démontré que l'insomnie et l'anxiété étaient les deux symptômes les plus présents parmi leurs populations et qu'une de leurs conséquences directes était un dysfonctionnement social. Quant à l'étude de Hagh-Shenas et al. (2005), une moyenne de 5,6% de leurs travailleurs humanitaires affirmait aussi que leur vie sociale était touchée.

Le 17 % des participants d'une autre étude faite au Guatemala auprès de 135 travailleurs humanitaires (Putman et al. 2009) s'est vu poser le diagnostic de PTSD et 58 autres participants (42% de l'échantillon) rapportaient un niveau significatif de PTSD. Cependant, toutes les études ne présentent pas des chiffres aussi élevés. Cinq études démontrent que le 10% ou moins de leurs participants ont réellement souffert de PTSD. Mais davantage de personnes concernées ont souffert de symptômes de PTSD sans diagnostic posé. En effet, selon l'étude de Lopes Cardozo et al. (2005), seul le 2,8 % des travailleurs humanitaires s'est vu diagnostiquer un PTSD, soit trois participants sur cent-cinq. Mais le 17 % démontrait des symptômes dépressifs et le 8% des signes d'anxiété sévère. Une recherche a été effectuée auprès des travailleurs humanitaires oeuvrant dans des pays stables et instables (Schaefer et al. 2007). Un des buts de cette

recherche était d'évaluer s'il y avait des différences entre les deux groupes quant aux conséquences du stress auxquels ils ont été exposés. La fréquence des PTSD était sensiblement plus élevée en Afrique de l'Ouest qu'en Europe, mais au total 4,8% du personnel humanitaire souffrait de PTSD et 13,2% de ses symptômes. En tout, le 20,6% des participants avait soit un PTSD, soit la présence de certains de ces symptômes. Le nombre de PTSD est sensiblement plus haut dans l'étude faite par Holtz et al. (2002) effectuée auprès du personnel humanitaire oeuvrant pour les Droits de l'Homme au Kosovo. Dans cet échantillon, la fréquence des PTSD diagnostiqués était de 7,1% (soit 5 participants sur 94). L'étude relevant le plus petit nombre de PTSD a été effectuée auprès de 80 travailleurs humanitaires après un tremblement de terre en Irak (Hagh-Shenas et al. 2005) où le 1,25% des missionnaires avait présenté un PTSD.

Une étude réalisée par Eriksson et al. (2001) a fait état des symptômes de PTSD, soit de réminiscence, d'évitement et d'hypervigilance concernant l'événement traumatique dont souffrait le 10% de son personnel à son retour de mission. Le 19% de ceux-ci a affirmé avoir au moins deux critères de diagnostic de PTSD et plus de la moitié des répondants, 51,3% ont déclaré souffrir d'un signe de PTSD.

Le PTSD n'est pas la seule conséquence sur la santé mentale révélée dans ces études. Des signes de dépression ont été repérés chez plus du 15% du personnel dans deux études (Hagh-Shenas et al. 2005 & Lopes Cardozo et al. 2005). Un nombre significatif de morbidités psychiatriques non spécifiques a été souligné dans l'étude de Lopes Cardozo et al. (2005). Holtz et al. (2002) précise que le 17,1% des travailleurs humanitaires pour les Droits de l'Homme ont présenté de tels signes. Lopes Cardozo et al. (2005) ainsi que Hagh-Shenas et al. (2005) ont développé l'anxiété dans leurs travaux. Les résultats de la première étude indiquent que le 8,77% du personnel présentait des signes d'anxiété et la seconde des résultats inférieurs.

L'étude de Eriksson et al. (2009) a évalué les risques de burn out chez les travailleurs humanitaires. Cette étude a divisé le burn out en trois sous-échelles : l'accomplissement personnel, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Selon les résultats plus du 40% de l'échantillon présentait un risque élevé dans au moins un de ces trois points. Le 23% a souffert d'un manque d'accomplissement personnel, le 21% d'épuisement émotionnel et le 10% de risque élevés de burn out dû à la dépersonnalisation. Cependant seulement quatre participants, soit le 3,6%, était concerné par un risque élevé de burn out sur les trois ensembles.

Une étude menée dans le cadre d'une mission médicale dans un milieu à risque (Britt & Adler, 1999) a évalué la consommation de substances ayant un lien direct avec la santé mentale, soit l'alcool et la cigarette. Avant la mission, la consommation moyenne d'alcool était de quatre verres par jour parmi le 79% des intervenants. Ceux-ci ont indiqué une consommation journalière minimale d'un verre d'alcool. Pendant le déploiement, la consommation moyenne est montée à 6,5 verres par jour. Concernant le tabac, le 31% de l'équipe était des fumeurs. Avant la mission, la consommation moyenne était de dix cigarettes par jour. Pendant le déploiement, la consommation a doublé atteignant vingt cigarettes par jour.

4.4 Moyens favorisant la gestion du stress des travailleurs humanitaires

Afin de pallier aux impacts du stress chez les travailleurs humanitaires, des facteurs de soutien ont pu être mis en évidence dans la suite à l'analyse des résultats par l'auteure. Trois sortes de facteurs influençant sont principalement ressortis : le soutien social, organisationnel et les stratégies de coping (Lopes Cardozo et al. 2005 ; Schaefer et al. 2007 ; Holtz et al. 2002 ; Hearn & Denny 2007 ; Armstrong et al. 1998 ; Eriksson et al. 2009 ; Britt & Adler 1999 ; Kaspersen, Matthiesen & Gotestam 2003 & Putman et al. 2009).

4.4.1 Soutien social

Toutes les recherches citées ci-dessus ont mentionné le soutien social comme un facteur de la part des travailleurs humanitaires. Une interaction significative a été trouvée entre l'exposition aux événements traumatiques et le soutien social qui tend à réduire les symptômes des travailleurs humanitaires lors de hautes conditions d'exposition (Eriksson et al. 2001 & Kaspersen, Matthiesen & Gotestam 2003). Les chercheurs attestent, après diverses analyses, que l'entourage peut agir comme « amortisseur » face à l'impact du stress sur la santé mentale. L'étude de Kaspersen, Matthiesen & Gotestam (2003) a démontré que le réseau social (amis, voisins, collègues et famille) avait une influence positive sur les risques de PTSD. Cette étude a différencié le PTSD, l'intrusion et l'évitement.

L'évitement était en lien direct avec les amis et les collègues. Quant à l'intrusion, seuls les collègues jouaient un rôle « d'amortisseur » à ce sujet. Cependant, selon Eriksson et al. (2009), les collègues ont été mentionnés par le 49% des missionnaires comme étant

bénéfiques pour eux. Relevons que le soutien social (famille et amis) post-mission a été décrit comme important et favorable par les travailleurs humanitaires.

4.4.2 Soutien organisationnel

Le soutien organisationnel a été davantage développé par les chercheurs. Plusieurs études soulignent que les travailleurs humanitaires trouvent le soutien organisationnel insuffisant. Une recherche effectuée auprès de 285 aides humanitaires et 429 travailleurs locaux oeuvrant au Kosovo a démontré que, pour la majorité des expatriés, les services de soutien des organisations étaient perçus comme inadéquats ou mauvais (Lopes Cardozo et al., 2005). Le 46% a mentionné que les moyens mis à disposition pour communiquer avec leur famille étaient insuffisants et il a été prouvé que ces personnes présentaient davantage de risque de souffrir de dépression ou de morbidités psychiatriques non spécifiques. Selon Holtz et al. (2002), seulement 25% des travailleurs humanitaires oeuvrant pour les Droits de l'Homme ont déclaré que leur employeur leur donnait la possibilité de participer à des cours de gestion du stress avant le départ. De plus, seulement 28,6% avaient une assistance psychologique sur place ou lors du retour.

Hearn & Denny (2007) ont effectué une étude phénoménologique auprès de travailleurs humanitaires expérimentés rentrant d'une mission d'urgence. Les résultats de cette étude attestent que le soutien organisationnel (étapes du processus : avant, pendant et après la mission) peuvent prévenir les conséquences néfastes du stress. Voici les résultats ressortant de la population interviewée :

- *Préparation du départ* : une préparation avant le départ semble primordiale. En effet, la plupart des répondants ont trouvé que l'entraînement aurait pu être amélioré surtout en ce qui concerne la préparation personnelle des stratégies de coping face au stress. Il aurait été bénéfique pour eux d'avoir des informations quant au stress et à ses conséquences avant de partir.
- *Management* : le personnel relève que les organisations proposaient « beaucoup » mais agissaient « peu ». En effet, les expatriés expliquent que la communication avec l'organisation et avec leur famille aurait été nécessaire pour eux, mais que les moyens mis en place étaient insuffisants.
- *L'organisation* : tous les répondants s'attendaient à de meilleures conditions de vie. Ce qui était proposé sur le papier était très différent de la réalité. Les

participants affirment que la non-préparation a créé des conflits au sein de l'équipe.

- *La reconnaissance de l'organisation humanitaire* : Les répondants avaient une basse estime d'eux-mêmes car ils souffraient beaucoup du manque de soutien des organisations. Ceci a affecté leurs performances au travail. Il est ressorti que, pour la majorité d'entre eux, le manque de reconnaissance de la part des organisations a été plus néfaste que les événements traumatiques vécus sur place.
- *Communication* : les contacts avec la famille, les proches et l'organisme en lui-même n'étaient pas optimaux. Les travailleurs humanitaires ont perçu que l'organisation ne comprenait pas ce qui se déroulait dans le champ de l'action et ils ont estimé que cette situation contribuait à augmenter les tensions.
- *L'équipe* : les répondants ont comparé l'équipe à une structure familiale et ont exprimé l'importance de trouver sa place parmi elle. Cependant une pression était constamment présente au sein de l'équipe, due à un sentiment de « devoir être toujours disponible », « d'avoir des responsabilités qui s'additionnent » et « d'un devoir de grande flexibilité ».
- *Réintégration* : Quelques répondants ressentaient un sentiment de culpabilité en quittant leurs collègues à la fin de la mission, leur remplacement n'étant pas assuré. Exprimer ce sentiment leur a été très difficile une fois de retour à la maison. Ils mentionnent qu'aucune aide psychologique ne leur a été proposée à la fin de leur mission.

Une étude menée par Putman et al. (2009), réalisée auprès de travailleurs humanitaires au Guatemala a évalué les besoins des missionnaires. Ont été répertoriés :

- 67 cas de manque de formation pour faire face au stress et aux situations de violence.
- 21 cas de manque de soutien de la part des ONG dans le domaine des applications de loi et de la protection des travailleurs.
- 19 cas de manque de soutien pour faire face aux situations émotionnelles difficiles.

- 17 cas de manque de ressources financières pour accomplir correctement le travail.

Le débriefing proposé par l'organisation n'a été mentionné que dans une seule étude (Armstrong et al. 1998). Deux sortes de débriefing ont été évalués, le débriefing personnel et en groupe. Aucune différence significative n'est ressortie quant au bénéfice d'un soutien de groupe ou individuel. Cependant les principaux résultats relèvent l'importance du rôle du leader et l'influence du groupe sur les prises de paroles. Plus le groupe est petit, plus les participants expriment facilement leurs sentiments. La grande majorité des participants ont mentionné que ce soutien était bénéfique pour eux. L'on peut remarquer au passage la tendance des hommes à donner un score de débriefing plus positif que les femmes (Armstrong et al., 1998)

4.4.3 Stratégies de coping

Selon une recherche effectuée durant une mission médicale dans un pays en guerre, divers mécanismes de coping ont été dépistés chez les travailleurs humanitaires (Britt et Adler, 1999). Les chercheurs ont comparé les stratégies de coping que pensaient utiliser les participants (avant le déploiement) à ceux réellement utilisés. Le personnel aurait apprécié pouvoir se mettre en action afin de faire face au stress, mais les moyens limités mis à disposition ont entravé quelque peu ce processus. Faire de l'exercice avait été mentionné comme l'un des premiers mécanismes d'adaptation qu'ils pensaient utiliser. Cependant, le contexte instable de la situation et le manque de temps dû à une charge de travail trop élevée a aussi freiné cette stratégie. La consommation d'alcool et de cigarettes a augmenté au-delà des prévisions. Parallèlement, l'on a pu observer une recherche de force et de réconfort dans les croyances religieuses. L'étude de Putman et al. (2009) confirme que les croyances religieuses ont été d'un grand soutien pour leurs participants. De plus, la perception de leur engagement était un facteur qui influençait significativement la réponse au stress. En effet, l'ensemble des travailleurs humanitaires a répondu que la pertinence de leur travail leur semblait primordiale et que ceci a joué un rôle dans le niveau peu élevé de symptômes dépressifs et physiques démontrés (Britt & Adler, 1999).

5 DISCUSSION

Dans cette partie du travail, une critique de la qualité des articles sélectionnés sera effectuée. Les différents résultats seront ensuite discutés en lien avec les cadres de référence et la problématique. Puis, une réponse à la question de recherche sera donnée et quelques recommandations pour la pratique professionnelle seront proposées. Finalement, les limites de l'étude et les besoins en recherches ultérieures seront explicités.

5.1 *Analyse et regard critique des recherches sélectionnées*

Au total, vingt recherches ont été sélectionnées et jugées adéquates en vue de cette recherche de littérature étoffée. Parmi ces vingt études, douze ont été retenues car elles correspondaient aux critères d'inclusion et de validité⁹.

Les raisons de l'exclusion des huit recherches restantes sont diverses, telles qu'une population inadéquate ou le fait que ces articles n'étaient pas des recherches en soi. Les raisons de l'exclusion sont explicitées en annexe F¹⁰. Toutes les recherches contenaient des outils de traitement des données valides.

Dix des douze études ont été menées entre 2001 et 2009 et les deux plus anciennes datent de 1998 et 1999. Leur actualité est donc un point pertinent pour la validité et la fiabilité de cette étude.

Six recherches sélectionnées ont un devis quantitatif, cinq ont un devis descriptif corrélationnel, soit à la fois qualitatif et quantitatif ainsi qu'une étude uniquement qualitative. Cette diversité de devis a permis à la fois d'avoir des chiffres représentatifs pour une partie des résultats et à la fois une description venant de la population ce qui est adapté à la question de recherche.

Huit études avaient un nombre de participants supérieur à huitante, nous pouvons donc en déduire que les résultats ressortant sont pertinents et généralisables. Cependant, quatre recherches avaient moins de quarante participants ce qui peut être une des limites de l'étude.

⁹ Critères de validité d'une étude : qu'elle contienne le nom des auteurs, l'année de publication, un résumé, une méthodologie, le respect des critères éthiques, des résultats, une analyse de données, une discussion, une conclusion, les limites de l'étude et les ouvertures pour d'autres recherches.

¹⁰ Tableau des raisons de l'exclusion des recherches en annexe F.

La plupart des chercheurs avaient suivi des études de niveau supérieur (Master ou Doctorat). Leur profession était, pour la plupart, du ressort de la médecine et plus précisément de la psychiatrie. Le fait que la majorité des auteurs soient issus des sciences médicales nous démontre qu'ils ont de l'expérience dans le contexte des soins. De plus, certains de ces auteurs ont participé à plusieurs recherches retenues, ce qui souligne leur expérience dans le domaine de la recherche.

L'aspect éthique a été totalement respecté pour dix de ces douze études. En effet, l'anonymat des participants y était certifié et le consentement écrit de chaque personne a été obtenu. Concernant les deux dernières études (Hagh-Shenas et al., 2005 & Kaspersen et al., 2003), rien n'est mentionné dans la recherche concernant l'anonymat. Dans l'une d'elles (Hagh-Shenas et al., 2005), les participants ont donné uniquement leur consentement oral et rien n'est mentionné pour l'étude de Kaspersen et al. (2003). Cependant, il est clairement expliqué dans ces deux recherches, que les participants avaient eu connaissance de l'étude en cours avant le début de la récolte de données. De plus, leurs données ont été récoltées par des questionnaires, nous supposons donc que les participants ont volontairement pris part à cette étude.

5.2 Discussion des résultats

Dans ce chapitre, les différents thèmes ressortis des résultats vont être abordés et mis en lien avec les cadres de référence qui sont *la promotion de la santé et la prévention de la maladie* ainsi que *le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman*. Ceci dans le but de pouvoir répondre aux questions de recherche qui sont :

Quelles sont les conséquences du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires?

Quels sont les moyens pour gérer le stress que représente le travail en mission humanitaire?

5.2.1 Facteurs de risques influençant la santé mentale des travailleurs humanitaires

La façon dont les individus réagissent face au stress durant et après leur travail dans le domaine humanitaire ne peut pas être expliquée par des modèles simples basés principalement sur la sévérité et la nature des agents de stress. En effet, selon le modèle

transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), chaque individu a une façon différente de réagir face à une situation stressante. Les caractéristiques d'une personne (valeurs, croyances,...) sont importantes dans l'évaluation cognitive de l'événement stressant où plusieurs sens peuvent lui être donnés. Cependant, on peut dire que divers facteurs ayant un impact sur la santé mentale des travailleurs humanitaires ont été identifiés dans cette revue de littérature étoffée.

Plusieurs études analysées ont révélé que certains facteurs démographiques avaient des impacts plus néfastes que d'autres. Lors de l'analyse des résultats, il est ressorti que les personnes jeunes et de sexe féminin sont plus à risque de développer des PTSD ou d'autres pathologies psychologiques (Schaefer et al., 2007 & Eriksson et al., 2009). De plus, ces résultats sont confirmés par d'autres études faites auprès de travailleurs de secours, d'infirmières et de médecins (Witteveen et al., 2007 ; Alexander & Klein, 1998 & Alexander et al., 2009). Armagan et al. (2006) révèlent que le corps de métier plus touché par le PTSD parmi des travailleurs humanitaires oeuvrant après un tsunami, est les infirmières. Ces chercheurs ont émis l'hypothèse que, de par leur sexe, elles étaient plus fragiles mais également exposées de manière plus directe aux conséquences de la violence et seraient de ce fait plus vulnérables.

Certains événements traumatiques ont été « classés » comme plus néfastes pour la santé mentale : la menace physique ou verbale sur la vie, le bombardement du lieu de résidence ou de travail, ou le fait d'être témoins de telles scènes. En effet, ces situations sont décrites comme étant les plus traumatisantes par Eriksson et al. (2001) ainsi que Lopes Cardozo et al. (2005) et Holtz et al. (2002). Dans l'étude de Putman et al. (2009), il a été révélé que le 73% des participants aurait été battu ou agressé dont le 42% a souffert de PTSD par la suite. On peut émettre l'hypothèse que l'atteinte à l'intégrité physique est un facteur de risque important. Cependant, d'autres facteurs semblent augmenter la probabilité de conséquences sur la santé mentale. Un désastre causé par l'homme plutôt qu'un événement naturel, un sentiment de danger perçu sur le lieu de travail, un sentiment d'impuissance ou alors l'intensité d'exposition à des événements traumatiques semblent aussi jouer un rôle sur la santé mentale des travailleurs humanitaires (Norris et al., 2002 ; Fullerton et al., 2004 ; Alexander & Klein, 2001 & Fullerton et al. 2006). En effet, selon plusieurs études, plus le nombre d'expositions à des événements traumatiques est élevé, plus les risques de conséquences sont grands (Eriksson et al., 2001 ; Lopes Cardozo et al., 2005 & Holtz et al., 2002).

Le nombre de mission aurait aussi une incidence sur la santé mentale des travailleurs humanitaires. Les résultats de l'étude de Lopes Cardozo et al. (2005) ont montré que le risque de dépression était nettement plus élevé pour les employés qui effectuaient leur première mission. Nous émettons l'hypothèse que cela pourrait venir de la peur de l'inconnu ou du manque de préparation. Cependant, ce risque diminuait lors de la seconde mission où là, peut-être, les travailleurs humanitaires ont développé des compétences en promotion de la santé leurs permettant de prévenir les conséquences du stress. Cependant, le risque de conséquence sur leur santé mentale augmentait à nouveau à partir de la cinquième mission. Nous émettons l'hypothèse qu'à ce moment-là, les employés sont submergés par les réalités du terrain et n'arrivent plus à faire face à ces situations stressantes. Il est probable que ces personnes mettent alors en place des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion visant à réduire les tensions. De ce fait, ils n'arrivent plus à « éliminer » les causes du problème et donc à s'y adapter de manière efficace (Lazarus & Folkman, 1984).

Des antécédents psychiatriques seraient aussi un facteur influençant de manière négative les conséquences du stress des travailleurs humanitaires sur leur santé mentale (Schaefer et al., 2007 & Lopes Cardozo et al., 2005).

5.2.2 Impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires

Le PTSD est la conséquence la plus souvent révélée et la plus explorée dans les recherches traitant de ce domaine. L'étude faite par Kessler, et al. (1995) a rapporté que la moyenne de PTSD chez la population générale était de 7,8% et que chez les travailleurs du Croissant-Rouge, elle se trouvait entre 13% et 31,8%. Selon une étude analysée (Armagan et al. 2006), le 63,6% des participants présentait au moins un signe de PTSD et le diagnostic a été posé chez le 24,2% ce qui démontre clairement que la prévalence de PTSD est hautement significative parmi les travailleurs humanitaires. Il a été démontré que le PTSD pouvait survenir plusieurs mois après l'exposition à un événement traumatique (Constant, 2003). Des études longitudinales sur ce trouble permettraient de faire ressortir des résultats sur les conséquences du stress à long terme. Cependant le PTSD n'a pas été la seule conséquence du stress démontrée dans cette revue de littérature étoffée. D'autres impacts, tels que la dépression, les morbidités psychiatriques non spécifiques (par exemple les troubles du sommeil), l'anxiété ou le burn out, peuvent apparaître suite au stress ressenti ou vécu par le travailleur humanitaire.

Une recherche menée en suisse romande (Center of competence for the promotion of performance and quality of life at work, 2007) a révélé que le 43,5% de la population générale avait déjà souffert d'un épisode de burn out. Cette pathologie toucherait particulièrement les soignants de par le fait qu'ils sont des témoins directs de la souffrance, de la misère, du malheur, de la maladie et de la mort (Barbier, 2004). Selon la recherche d'Eriksson et al. (2009), le 40% des travailleurs humanitaires auraient indiqué un risque élevé de burn out, ce qui équivaut à la valeur de l'étude menée en Suisse romande de 2007.

5.2.3 Moyens favorisant la gestion du stress des travailleurs humanitaires

Les meilleures façons d'aider les travailleurs humanitaires après un incident restent le sujet de beaucoup de débat. Cependant, les trois facteurs influençant de manière positive leur adaptation au stress ressortant de cette revue de littérature étoffée sont : le soutien social, organisationnel et les stratégies de coping mis en place par les travailleurs humanitaires. En effet, selon Lazarus et Folkman (1984) un processus d'adaptation psychologique se fait lorsqu'un individu est face à un événement stressant. Ce processus va impliquer des transactions (tels que des interactions, des négociations ou des ajustements) afin de s'adapter de manière positive au stress.

Divers mécanismes de coping peuvent favoriser l'adaptation au stress. Il est démontré que le fait de discuter de ses expériences stressantes d'une façon informelle avec des amis, de la famille et des collègues est utile pour les travailleurs humanitaires. En effet, le soutien social est important afin de limiter les conséquences du stress sur la santé mentale, non seulement pendant la mission, mais aussi une fois de retour. Eriksson et al. (2009) ont révélé que le 49% de leurs missionnaires avait cité leurs collègues comme étant leur principale ressource. Certains participants de l'étude de Hearn & Denny (2007) ont même comparé leurs collègues à une « structure familiale ». Ces résultats ont été confirmés par une autre étude qui démontrait que plus du 60% des travailleurs humanitaires avait mentionné le soutien de leur collègue comme très bénéfique et que les personnes qui avaient quelqu'un à qui parler rapportaient moins d'épuisement (Dahlgren et al., 2009). Le rôle du leader de l'équipe s'avère donc très important et une formation adéquate pour ce poste serait nécessaire.

Les amis et la famille ont aussi été mentionnés comme étant des soutiens importants s'ils étaient positifs. Afin de pouvoir bénéficier de soutien pendant la mission, et non

pas seulement après, il est nécessaire que les employeurs mettent à disposition des moyens qui favorisent la communication si le contexte le leur permet. Un tel projet rentre dans le cadre de la promotion de la santé. En effet, cela serait un moyen permettant aux individus d'avoir une plus grande maîtrise sur leur propre santé, participant ainsi à leur bien-être.

Les organisations ont une responsabilité morale quant à la santé optimale de leur personnel. Il s'agit également d'un devoir qui a été démontré dans la loi (Alexander & Klein, 2009). Certains facteurs contribuent à une atteinte de la santé mentale des travailleurs humanitaires pendant et après le désastre. Les employeurs devraient en être conscients. Selon la Charte d'Ottawa, cité par l'OMS (2011), trois stratégies sont indispensables afin de parvenir au bien-être des individus. Premièrement, il faut *plaidoyer la santé*. La promotion de la santé doit apporter les conditions optimales indispensables afin de permettre une bonne santé, tel que se loger, se nourrir convenablement ou avoir environnements favorable. Deuxièmement, la *mise en place de moyens* est nécessaire afin de permettre le bon développement individuel et ainsi donner aux gens la possibilité de contrôler leur propre santé. Par exemple avoir un accès à la communication et à l'information. Troisièmement, la *médiation* est indispensable afin de permettre une action coordonnée de tous les intéressés, ceci dans le but d'optimiser la promotion de la santé.

Les ONG se doivent donc de réagir avec leurs moyens disponibles afin de limiter les conséquences du stress sur la santé mentale de leurs employés. En effet, elles ont un rôle préventif dans ce domaine même si certaines missions ne permettent pas toujours l'alliance de toutes les stratégies permettant le bien-être (OMS, 2011). Cependant, les travailleurs humanitaires ressentaient la plupart du temps le soutien organisationnel comme insuffisant (Hearn & Denny, 2007 ; Holtz et al., 2002 ; Lopes Cardozo et al. 2005 & Putman et al., 2009). Les ONG se doivent de prévenir les travailleurs humanitaires. De même, les travailleurs humanitaires doivent se renseigner sur le soutien organisationnel fourni par les différents organismes avant le départ. Dans une étude réalisée par Putman et al. (2009), le manque d'informations a été cité 67 fois comme insuffisant. Suite à ces affirmations, nous émettons l'hypothèse que le manque d'informations participe à l'augmentation du stress perçu et de ce fait les conséquences augmentent la détresse émotionnelle des travailleurs humanitaires.

Certaines ONG, telles que le CICR, mettent à la disposition de leurs employés des brochures sur le stress, organisent des séances d'information à ce sujet avant le départ ou encore distribuent des questionnaires quant aux connaissances du personnel sur l'impact du stress. Par ces procédures, les ONG tentent de limiter les conséquences du stress chez les travailleurs humanitaires (CICR, 2002). En effet, un ensemble de preuves a reconnu l'importance de programmes appropriés d'entraînement sur le stress afin de diminuer le risque de conséquences psychologiques néfastes (Zerrouki et al., 2000 & Moresky et al., 2001).

L'accès à l'information n'est pas le seul moyen de prévention du stress. Une sélection du personnel humanitaire avant le départ est conseillée (Alexander & Klein, 2009). Les ONG se doivent d'être attentives au fait que les personnes jeunes, les femmes et les personnes en premières missions (ou après la 5^{ème}) sont plus à risque, sans toutefois en faire une généralité. La sélection des travailleurs humanitaires s'avère importante dans ces conditions ce que confirment North et al. (2002). Nous constatons que les ONG de grandes envergures ont des critères de sélections plus strictes. Par exemple, en 2005, MSF (2011) a reçu plus de 2000 candidatures et seulement 330 personnes ont été retenues. Nous émettons l'hypothèse que ces ONG ont plus de moyens à disposition. De ce fait, elles participent à la promotion de la santé, évitant à certaines personnes de souffrir des conséquences du stress que représente ce travail.

Hearn et Denny (2007) ont démontré dans leur étude que la perception d'un sentiment de reconnaissance de la part de l'organisation était un soutien primordial. Selon la majorité des membres du personnel, il est même ressorti que le manque de valorisation des organismes humanitaires avait été plus néfaste que les événements traumatiques vécus. Nos résultats ont révélé dans le chapitre de « l'impact du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires » que le burn out était présent chez plus du 40% des travailleurs humanitaires. Les six caractéristiques menant une personne au burn out sont: *la charge de travail trop élevée, le sentiment de perte de contrôle, le manque de reconnaissance, la communauté, la justice, le manque de respect* ainsi que les valeurs (Maslach, 1998). Ces données confirment que la reconnaissance, les valeurs et le respect sont importants afin de diminuer le risque de burn out mais aussi les conséquence de stress sur la santé mentale.

Une recherche a démontré que le débriefing en groupe ou individuel était apprécié par les travailleurs humanitaires et s'avérait bénéfique après une mission (Armstrong et al.,

1998). Cependant, *The National Institute for Clinical Excellence* (NICE) a passé en revue la littérature à ce sujet et a déduit que le « *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) », soit le débriefing, pouvait s'avérer sans effet ou, au contraire, pouvait empirer la situation psychologique des participants (Alexander & Klein, 2009). Selon plusieurs auteurs, les débriefing uniques ne sont pas recommandés. En effet, ceux-ci peuvent être néfastes pour les personnes qui ne sont pas encore prêtes à parler de leur vécu et ressenti ou à entendre leurs collègues (Mitchell J., 1983 ; Raphael & Wooding, 2004 & Gray et al., 2004). Le débriefing ne devrait alors qu'être une partie des services de soutien mis à disposition par les ONG. Il existe d'autres moyens permettant de gérer le stress des travailleurs humanitaires. Le *Trauma Risk Management (TRiM)* est un instrument relativement nouveau permettant l'évaluation du personnel victime d'un traumatisme entre le 3^{ème} et 28^{ème} jours après l'incident. Cette échelle permet le dépistage des travailleurs à risque de développer des conditions post-traumatiques et dont leur état peut exiger la référence de soins spécialisés. A la différence du débriefing, cet outil ne sollicite pas les participants à décrire leurs expériences traumatisantes (Greenberg et al. 2005). Les moyens cités ci-dessus pourraient être proposés et appliqués par les ONG, dans la mesure du possible, afin de limiter les conséquences du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires. Une autre intervention existante est le « *Psychological First Aid* » (PFA), soit première aide psychologique. Elle offre une aide psychologique, mais s'adresse également aux problématiques environnementales (la sécurité, la nourriture, la communication avec la famille et les amis et autres). Le PFA est un moyen qui facilite les stratégies de coping et stabilise les réponses émotionnelles en offrant un soutien concret.

En effet, les travailleurs humanitaires ont besoin de mettre en place des stratégies de coping centrés sur le problème afin de limiter les conséquences du stress sur leur santé mentale. Lazarus & Folkman (1984) explique qu'une fois que l'individu évalue la situation stressante et les ressources à disposition pour y faire face, il met en place des stratégies de coping. Celles-ci peuvent influencer l'impact de l'agent stressant et, de ce fait, rendre la personne actrice de la situation. Cependant, selon le type de stratégies de coping mis en place (centré sur l'émotion ou le problème), une évolution favorable ou défavorable peut survenir. Si la personne juge la situation trop menaçante et n'arrive pas à mettre en place des stratégies adaptées, des émotions négatives et de la souffrance provoquent l'inefficacité de son adaptation. Cela peut ensuite affecter sa santé mentale

et physique (Lazarus & Folkman, 1984). Selon ces mêmes auteurs, le coping centré sur l'émotion, notamment le déni ou l'évitement, peut amener à mettre en place des stratégies néfastes pour la santé. Comme par exemple inciter la personne à consommer des substances nocives ou à avoir des comportements à risques. Ceci a été démontré dans différentes études qui révélaient que la consommation d'alcool et de cigarettes a quasiment doublé chez les travailleurs humanitaires soumis au stress (Britt & Adler, 1999 & Dahlgren et al., 2009).

La pratique de l'exercice physique peut être une stratégie permettant de limiter le stress. Certaines ONG ont même distribué des cordes à sauter à leur équipe (MSF, 2011). Cependant, il faut être conscient que tous les contextes ne permettent pas la pratique de tels moyens. L'étude de Eriksson et al. (2009) révèle que les croyances religieuses avaient un impact positif sur les travailleurs humanitaires. Donner un sens positif à son travail, à son rôle, semble aussi être un facteur protecteur des conséquences du stress (Alexander & Klein, 2009). Cependant, il se peut que les mécanismes de coping mis en place aient un impact négatif, comme expliqué dans le paragraphe précédent.

Il ressort clairement que les ONG ont un rôle important dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie de leurs employés. Parallèlement, il appartient également à chaque individu de trouver des stratégies et de les mettre en place afin de pallier au stress auquel ils sont confrontés.

5.3 Réponse à la question de recherche

Quelles sont les conséquences du stress sur la santé mentale des travailleurs humanitaires?

Suite à cette discussion, nous pouvons dire que les principaux facteurs ayant une influence sur la santé mentale des travailleurs humanitaires, soit les facteurs démographiques, les expositions aux événements traumatiques et les antécédents psychiatriques, ont pu être identifiés. Puis, une mise en lumière des différents impacts du stress sur cette même population a pu être faite. Le PTSD s'est avéré une des conséquences les plus présentes chez les travailleurs humanitaires mais pas seulement. Des risques de dépression, de morbidités psychiatriques non spécifiques, d'anxiété ou de burn out ont aussi été identifiés. Nous avons donc pu répondre à cette question de recherche.

Quels sont les moyens pour gérer le stress que représente le travail en mission humanitaire?

Les principaux moyens favorisant la gestion du stress chez les travailleurs humanitaires, soit le soutien social, organisationnel et les mécanismes de coping, ont pu être révélés et analysés. Une réponse à cette question de recherche a donc pu être donnée.

5.4 Recommandation pour la pratique professionnelle

Voici quelques recommandations pour la pratique des travailleurs humanitaires découlant de cette revue de littérature étoffée:

5.4.1 Avant le départ :

Pour les ONG :

- Définir des critères de sélection ciblés sur la gestion du stress pour choisir leurs collaborateurs, ceci afin de limiter les facteurs de risque chez les personnes vulnérables.
- Fournir une information adéquate concernant : les facteurs de risque du stress et les moyens permettant de mieux le gérer. Pour cela, certaines ONG mettent à disposition des brochures sur le stress, organisent des séances d'information et offrent des programmes d'entraînement approprié. De ce fait, l'accès à l'information peut être facilité pour leurs employés.

Pour les travailleurs humanitaires :

- Être conscient que les facteurs de risques démographiques, psychiatriques ou liés à l'événement traumatique peuvent influencer l'impact du stress sur leur santé mentale afin de pouvoir en limiter les conséquences.
- Il peut s'avérer important de donner du sens à son activité. Éviter les objectifs trop ambitieux en terme d'intervention humanitaire afin de diminuer le risque de déception et de sentiments d'« inutilité » pouvant influencer l'affectivité et la santé psychique.

5.4.2 Pendant la mission :

Pour les ONG :

- Optimiser au mieux les conditions de vie comme la nourriture, le logement ou la sécurité afin de limiter les facteurs de stress chez leurs employés.
- Mettre en place des moyens facilitant l'accès aux moyens de communication.
- Mettre l'accent sur le sentiment de reconnaissance que peut éprouver l'employé, sachant que le manque de reconnaissance influence de façon significative le risque de burn out.
- Offrir des formations de management d'équipe aux cadres afin de faciliter la cohésion de groupe et les espaces de discussions.

Pour les travailleurs humanitaires :

- Echanger ses émotions avec les collègues.
- « S'autoriser » à utiliser les moyens de soutien psychologique proposer durant la mission. Ceci peut s'avérer un soutien préventif afin de limiter les conséquences possibles sur la santé mentale des travailleurs humanitaires.
- Prendre soin de soi, avoir un vis-à-vis qui permet de prendre du recul, de se sentir écouté et reconnu et ainsi préserver sa santé psychique.
- Se donner les moyens, si le contexte le permet, de mettre en place des stratégies de coping tels que l'exercice physique ou la pratique de ses croyances spirituelles.
- Etre conscient que l'augmentation de consommation de substances nocives telles que le tabac ou l'alcool sont des facteurs reliés au stress de la situation. Cette consommation amplifiée peut être un signe de besoin de soutien.
- Soigner l'esprit d'équipe et être attentif à la santé mentale des collègues tout en préservant sa propre santé peut permettre d'éviter les souffrances liées aux conséquences du stress que représente la mission humanitaire.

5.4.3 Après la mission :

Pour les ONG :

- Offrir un espace de parole, un soutien psychologique faite par un professionnel si nécessaire aux employés et leur exprimer de la reconnaissance.

Pour les travailleurs humanitaires :

- Les discussions informelles avec les familles, amis ou collègues peuvent s'avérer utiles s'il s'agit d'un soutien positif.
- Les employés devraient faire une première auto-évaluation du risque de PTSD ou autres en observant les différents symptômes potentiellement présents et/ou les signes précurseurs.
- Si aucun soutien psychologique n'est offert en retour de mission par l'ONG et que l'employé en ressent le besoin, il peut s'avérer utile qu'il s'adresse aux services privés afin d'éviter de s'enfermer ou de s'isoler dans sa souffrance.

Dans le cadre du travail humanitaire, le rôle infirmier n'est pas défini clairement. Certes, la littérature révèle des compétences spécifiques aux infirmières, mais leur rôle reste difficilement différenciable des autres corps de métier. Nous émettons l'hypothèse que, dans le domaine humanitaire, la fonction de chaque partenaire de soin humanitaire contient des points communs en lien avec la spécificité de la mission, la solidarité, l'éloignement géographique, l'urgence, la pauvreté ou les valeurs culturelles.

5.5 Limites de l'étude

Certaines études retenues avaient un taux de participation assez bas. Ceci était peut-être dû à un manque de moyen, de temps ou alors au fait que les travailleurs humanitaires ne désiraient pas participer, justement car ils souffraient de troubles psychologiques suite à un traumatisme. De ce fait, il est possible que certains résultats obtenus soient légèrement faussés.

L'auteure était novice dans cette expérience de revue de littérature étoffée. Même si les normes et règles méthodologiques ont été respectées ceci reste une première expérience pour l'auteure.

Les 12 recherches analysées ont été traduites de l'anglais au français par l'auteur. Nos connaissances anglophones étant limitées, certaines subtilités des recherches analysées n'ont peut-être pas été perçues.

5.6 Besoins en recherches ultérieures

Le premier besoin en recherche que nous exprimons concerne celui touchant la population infirmière. En effet, aucune recherche n'a été trouvée portant spécifiquement à ce corps de métier. Des recherches spécifiques aux risques de PTSD chez les infirmières seraient intéressantes et pertinentes pour les professionnels.

Des études longitudinales seraient nécessaires afin de faire ressortir des résultats sur les conséquences à long terme de la santé mentale des travailleurs humanitaires. Une étude du même genre portant sur l'efficacité du soutien à long terme serait également pertinente. Elle permettrait d'optimiser la prise en charge des travailleurs humanitaires.

Une étude randomisée avec un groupe contrôle pourrait évaluer l'efficacité du soutien reçu. Cela serait pertinent et donnerait des pistes de recommandations plus détaillées.

Des recherches sur la résilience des travailleurs humanitaires, sur les moyens permettant de l'améliorer et sur l'efficacité des mécanismes de coping pourraient s'avérer utiles pour pallier aux impacts du stress chez les travailleurs humanitaires.

Des études évaluant les critères de sélections et le type de formations nécessaires aux travailleurs humanitaires seraient bénéfiques. Cela éclairerait l'efficacité des soutiens post-missions.

Des recherches évaluant si les différents corps de métier sont exposés aux mêmes risques de conséquences sur la santé mentale et/ou physique pourraient être pertinentes et bénéfiques pour la pratique professionnelle.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en lumière des écrits en lien avec le stress des travailleurs humanitaires. Il a été démontré, dans cette revue de littérature étoffée, que les travailleurs humanitaires étaient confrontés à de multiples facteurs de stress et que les impacts sur leur santé mentale n'étaient pas sans conséquence. Ce travail explore diverses actions pouvant être mises en place par les organismes ou les intervenants eux-mêmes afin d'éviter ou de limiter les conséquences du stress sur leur santé mentale. Des réponses aux questions de recherche ont donc pu être données.

Conclusion personnelle

Désirant moi-même participer à des missions humanitaires en tant qu'infirmière, ce travail m'a apporté des informations et des recommandations intéressantes et pertinentes pour ma future pratique professionnelle, qui, je l'espère, me permettront de préserver ma santé.

Cette revue de littérature étoffée étant une première expérience pour moi et ce travail m'a permis de découvrir le vaste domaine de la recherche. Il a été très intéressant pour moi de me pencher sur une problématique de soins et d'essayer de trouver des réponses basées sur des preuves dans le but de pouvoir améliorer la pratique des professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

American Psychiatric Association., (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. (DSM-IV-TR). Paris : Masson.

Graziani P. & Swendsen J., (2004). *Le stress*. Emotion et stratégies d'adaptation. Evreux : Nathan

Lazarus R.S. & Folkman S. (1984b). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing.

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, j., Polit, D., Tatano Beck, D., (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : Erpi.

Articles de périodiques

Agaibi, C.E. et Wilson, J.P. (2010). Trauma, PTSD, and Resilience : a Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3, 195-216.

Alexander D.A & Atcheson S.F (1998). Psychiatric aspects of trauma care : Survey of nurses and doctors. *The Royal College of Psychiatrist*, 22, 132-136.

Alexander D.A. & Klein S., (2001). Ambulance personnel and critical incidents : Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 76-81.

Alexander D.A. & Klein S. (2009). First Responders after Disasters : A review of Stress Reactions, At-Risk, Vulnerability, and Resilience Factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24 (2), 87-94.

Alexander D.A. & Wells A., (1991). Reactions of police officers to body-handling after a major disaster : a before and after comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 547-555.

Armagan E., Engindeniz Z., Onder Devey A., Erdur B. & Ozcakil A., (2006). Frequency of Post-Traumatic Stress Disorder among Relief Workers after the Tsunami in Asia : do Rescuers become Victims ? *Prehospital and disaster medicine*, 21 (3), 168-172.

Armstrong K., Zatzick D., Metzler T., Weiss D.S., Marmar C.R., Garma S., Ronfeldt H. & Roepke L., (1998). Debriefing of American Red Cross Personnel : Pilot Study on Participants' evaluations and Cases Examples From the 1994 Los Angeles Earthquake Relief Operation. *Social Work in Health Care*, 27 (1), 33-50.

- Barbier D., (2004). The burnout syndrome of the caregiver. *Presse médicale*, 33 (6), 394-399.
- Britt T.W. & Adler A.B., (1999). Stress and Health during Medical Humanitarian Assistance Missions. *Military Medicine*, 164, 275-279.
- Chazarin, C. (1991). L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 27, 18-55.
- Constant, E. (2003). L'état de stress post-traumatique. *Louvain Med*, 122, 398-404.
- Dahlgren A-L., DeRoo L., Avril J., Bise G & Loutan L. (2009). Health Risks and Risk-Taking Behaviors Among International Committee of the Red Cross (ICRC) Expatriates Returning From Humanitarian Mission. *Journal of Travel Medicine*, 16 (6), 382-390.
- Dussaut-Argoud, F. et Lery, L. (1990). La charge mentale. *Gestions hospitalières*, 293, 121-124.
- Eriksson C.B., Bjorck J.P., Larson L.C., Walling S.M., Trice G.A., Fawcett J., Abernethy A.D. & Foy D.W., (2009). Social Support, Organisational Support, and Religious Support in Relation to Burnout in Expatriate Humanitarian Aid Workers. *Mental Health, Religion & Culture*, 12 (7), 671-686.
- Eriksson C.B., Vande Kemp H., Gorsuch R., Hoke S. & Foy D.W., (2001). Trauma Exposure and PTSD Symptoms in International Relief and Development Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), 205-212.
- Errington G., (1989). Stress Among Disaster Nurses and Relief Workers. *International Nursing Review*, 36 (3), 90-92.
- Fullerton C.S., Ursano R.J., Reeves J., Shigemura, J. & Grieger, T., (2006). Perceived safety in disaster workers following 9/11. *The Journal of nervous and mental disease*, 194 (1), 61-63.
- Fullerton C.S. Ursano R.J. & Wang L., (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of psychiatry*, 161 (8), 1370-1376.
- Gray, M.J., Maguen, S. & Litz, B.T., (2004). Acute psychological impact of disaster and large-scale trauma: Limitations of traditional interventions and future practice recommendations. *Prehospital and disaster medicine*, 19 (1), 64-72.
- Greenberg, N., Cawkill, P., March, C., et al. (2005). How to TriM away at post-traumatic stress reactions: Traumatic risk management – Now and the future. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 91 (1), 26-31.
- Hagh-Shenas H., Goodarzi M.A., Dehbozorgi G. & Farashbandi H., (2005). Psychological Consequences of the Bam Earthquake on Professional and Nonprofessional Helpers. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 477-483.

- Hearns A. & Denny P., (2007). The Value of Support for Aid Workers in Complex Emergencies : a phenomenological Study. *Disaster Managment & Response*, 5 (2), 28-35.
- Holtz T.H., Salama P., Lopes Cardozo B. & Gotway C.A., (2002). Mental Health Status of Human Rights Workers, Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 389-395.
- Kaspersen M., Matthiesen S.B. & Gotestam G., (2003). Social Network as a Moderator in the Relation between Trauma Exposure and Trauma Reaction : a survey among un Soldiers and Relief Workers. *Scandinavian Journal of Psychologie*, 44, 413-423.
- Lopes Cardozo B., Holtz T.H., Kaiser R., Gotway C.A., Ghitis F., Thomey E. & Salama P., (2005). The Mental Health of Expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian Aid Workers. *Disasters*, (29) 2, 152-170.
- Maslach C. & Goldberg J., (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Mitchell, J., (1983). When disaster strikes : The critical incident stress debriefing procedure. *JEMS : a journal of emergency medical services*, 8 (1), 36-39.
- Moresky R.T., Eliades M.J., Bhimani M.A., Bunney E.B. & VanRooyen M.J., (2001). Preparing international relief worker for health care in the field : an evaluation of organizational practices. *Prehospital Disaster Medicin*, 16 (4), 257-262.
- Morren M., Dirkzwager A.J.M., Kessels F.J.M & Yzermans C.J., (2007). The influence of a disaster on the health of rescue workers : a longitudinal study. *Canadian Medical Association or its licensors*, 176 (9), 1279-1283.
- Norris F.H., Friedman M.J. & Watson P.J., (2002). Disasters victims speak : Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-260.
- North C.S., Tivis L., McMillen J.C., Pfefferbaum B., Spitznagel E.L., Cox J., Nixon S., Bunch K.P. & Smith E.M., (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City Bombing. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859.
- Pasquier A., (2001). Action humanitaire : une légitimité en question ? *Revue internationale de la Croix-Rouge (RICR)*, 842 (83), 311-321.
- Putman K.M., Lantz J.I., Townsend C.L., Gallegos A.M., Potts A.A., Roberts R.C., Cree E.R., De Villagran M., Eriksson C.B. & Foy D.W. (2009). Exposure to Violence, Support Needs, Adjustment, and Motivators among Guatemalan Humanitarian Aid Workers. *American Journal of Community Psychology*, 44 (1-2), 109-115.
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherches en soins infirmiers*, 67, 46-67.

- Raphael, B. & Wooding, S., (2004). Debriefing : Its evolution and current status. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27, 407-423.
- Schaefer F.C., Blazer D.G., Carr K.F., Connor K.M., Burchett B., Schaefer C.A. & Davidson J.R.T., (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Cross-cultural Mission Assignments. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 529-539.
- Thompson J. & Solomon M., (1991). Body recovery teams at disasters : Trauma or challenge ? *Anxiety Research*, 4, 234-244.
- Witteveen A.B., Bramsen I., Twisk J.W.R., Huizink A.C., Slottje P., Smid T. & Van Der Ploeg H.M., (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. *The Journal of nervous and mental disease*, 195 (1), 31-40.
- Zerrouki A., Gagnayre R., Biberson P., (2000). Education of health personnel in the design of humanitarian actions ; the experiences of non-governmental organization. *Santé Publique*, 12 (3), 355-362.

Mémoire de diplôme

- Reymond P., Margot J. & Margot A., (2006-2007). *Les limites de l'aide humanitaire*.
Projet SHS de 1^e année master, Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne.

Documents électroniques

- Center of competence for the promotion of performance and quality of life at work. (2004). Quality of working life initiative : le burnout et ses causes – étude en Suisse romande. [WEB]. Accès : http://www.performanceandqualityoflife.ch/F/facts/reports/burnout_article_extraits_2008.html [Page consultée le 11 juin 2011].
- Centre de Psychologie Humanitaire. (2011). Les victimes secondaires : la Fatigue de compassion. [WEB]. Accès : www.humanitarian-psy.org/pages/fiches_details.asp?id=18 [Page consultée le 24 mars 2010].
- Comité International de la Croix-Rouge. (2002). Le programme de soutien psychologique des intervenants humanitaires du Comité International de la Croix-Rouge (CICR). [WEB]. Accès : <http://www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/5fzjgf?opendocument> [Page consultée le 15 mai 2011]
- Comité international de la Croix-Rouge. (2010). Médaille Florence Nithtingale : la reconnaissance méritée des infirmiers. [WEB]. Accès : <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/interview/florence-nightingale-medal-interview-110810.htm> [Page consultée le 10 juin 2011].

- Comité international de la Croix-Rouge. (2011). Mandat et mission du CICR. [WEB]. Accès : <http://www.icrc.org/fre/who-we-are/mandate/index.jsp> [Page consultée le 10 juin 2011].
- IRIN nouvelles et analyses humanitaires. (2010). Un service de l'Office des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires. [WEB]. Accès : <http://www.irinnews.org/fr/ReportFrench.aspx?ReportID=90263> [Page consultée le 22 mars 2010].
- Médecins Sans Frontière. (2011). MSF Suisse – Qui sommes-nous ? [WEB]. Accès : <http://www.msf.ch/a-propos-de-msf/msf-suisse/introduction/> [Page consultée le 10 juin 2011].
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. [WEB]. Accès : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf [Page consultée le 10 juin 2011].
- Organisation des Nations Unies. (2000). Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). [WEB]. Accès : <http://www.oecd.org/dataoecd/40/58/33976662.pdf> [Page consultée le 11 juin 2011].

Polycopiés

- Antares Foundation. (2008). *Gestion du stress dans l'action humanitaire : Stratégies de réduction des risques*. [Polycopié]. Diemen : Antares Foundation.
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2001). *Gérer son stress sur le terrain*. Genève : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.
- Internal displacement (2008). *Global overview of trends and developments in 2007*. Geneva : Internal Displacement Monitoring Center.
- Organisation Mondiale de la Santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

ANNEXES :

Annexe A : déclaration d'authenticité

«Je déclare avoir effectué moi-même ce travail, tout ceci en respectant les normes de l'école. Les références utilisées sont nommées et clairement identifiées selon les directives ».

Anne Charrière

Annexe B : les différents types d'aide humanitaire

Il existe différents types d'aides humanitaires, mais tous ont comme objectif commun de venir en aides aux personnes dans le besoin. Voici les principaux types d'aide humanitaire (Reymond, Margot & Margot, 2006-2007):

- *la lutte pour les droits de l'homme* : afin de diminuer les injustices et de faire respecter la dignité humaine. Les organismes humanitaires peuvent intervenir dans ce domaine en exerçant des pressions politiques ou apolitiques.
- *l'aide au développement* : selon l'Organisation des Nations Unies (ONU, 2000), le but de l'aide au développement est de « créer – tant au niveau national que mondial – un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté » (p.3)
- *la promotion de la paix* : ce type d'aide peut se faire par des moyens diplomatiques ou militaires.
- *l'aide humanitaire* (aide d'urgence et aide de reconstruction) : ce type d'aide est totalement apolitique. Elle ne fait absolument aucune distinction sociale, raciale, culturelle ou religieuse. Elle est donc complètement désintéressée et inconditionnelle pour les personnes dans le besoin. « Elle se concrétise par l'aide d'urgence, qui permet de satisfaire les besoins élémentaires des populations touchées par une crise, ainsi que l'aide de reconstruction, qui permet aux populations de reconstruire leur économie » (Reymond et al., 2006-2007, p. 6). Selon Caritas, cité par les mêmes auteurs, un certain nombre de critères doivent être respectés pour utiliser le terme d'aide humanitaire soit :

Présentement, les limites entre ces différents types d'actions humanitaires sont assez floues. Voici en résumé les domaines d'action humanitaires actuels : assurer la survie, la reconstruction, la réhabilitation sociale, la prévention (Reymond et al., 2006-2007).

Selon ces mêmes auteurs, il existe différentes crises humanitaires tels que la pauvreté, les maladies, les catastrophes naturelles, les guerres, les accidents technologiques et le terrorisme.

Annexe C : Les différents acteurs humanitaires

Il existe différentes organisations humanitaires (Reymond et al. 2006-2007) :

- *Etats et autres collectivités publiques* : l'aide humanitaire est une obligation constitutionnelle en Suisse. Le département des affaires étrangères a une division nommée « Aide Humanitaire et Corps Suisse d'aide humanitaire » qui s'occupe de sa mise en œuvre. La Suisse investit passablement d'argent dans l'aide humanitaire. Entre 2002 et 2006, elle a octroyé un crédit de 1'500 millions aux nécessaires.
- *Organisations internationales publiques* : les principales sont l'ONU (Organisation des Nations Unies), l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) et l'Union européenne (qui est un des donateurs les plus importants).
- *Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et associations* : Les collectifs internationaux regroupent de nombreuses ONG et associations mais les deux principales sont le « Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge » et « Médecins Sans Frontières » .

Voici un résumé des missions des deux ONG les plus citées dans ce travail :

Comité International de la Croix-Rouge (CICR)

Le CICR est une organisation indépendante et neutre qui a été créée par Henri Dunant.

Sa mission est de :

[...] fournir protection et assistance aux victimes de conflits armés et d'autres situations de violence. Il apporte une aide humanitaire dans les situations d'urgence, et s'emploie également à promouvoir le respect du droit international humanitaire et son intégration dans les législations nationales (CICR, 2011, p.1).

Médecins Sans Frontière (MSF)

MSF suisse a été créée en 1981, son objectif principal est de « contribuer à la sauvegarde de la vie et à l'allègement de la souffrance dans le respect de la dignité, ceci en apportant des soins aux personnes en situation précaire et en s'efforçant de les rendre à nouveau maîtresses de leur avenir » (MSF, 2011, p.1).

Annexe D : Tableau « Boucle des processus concernés par la transaction stressante »

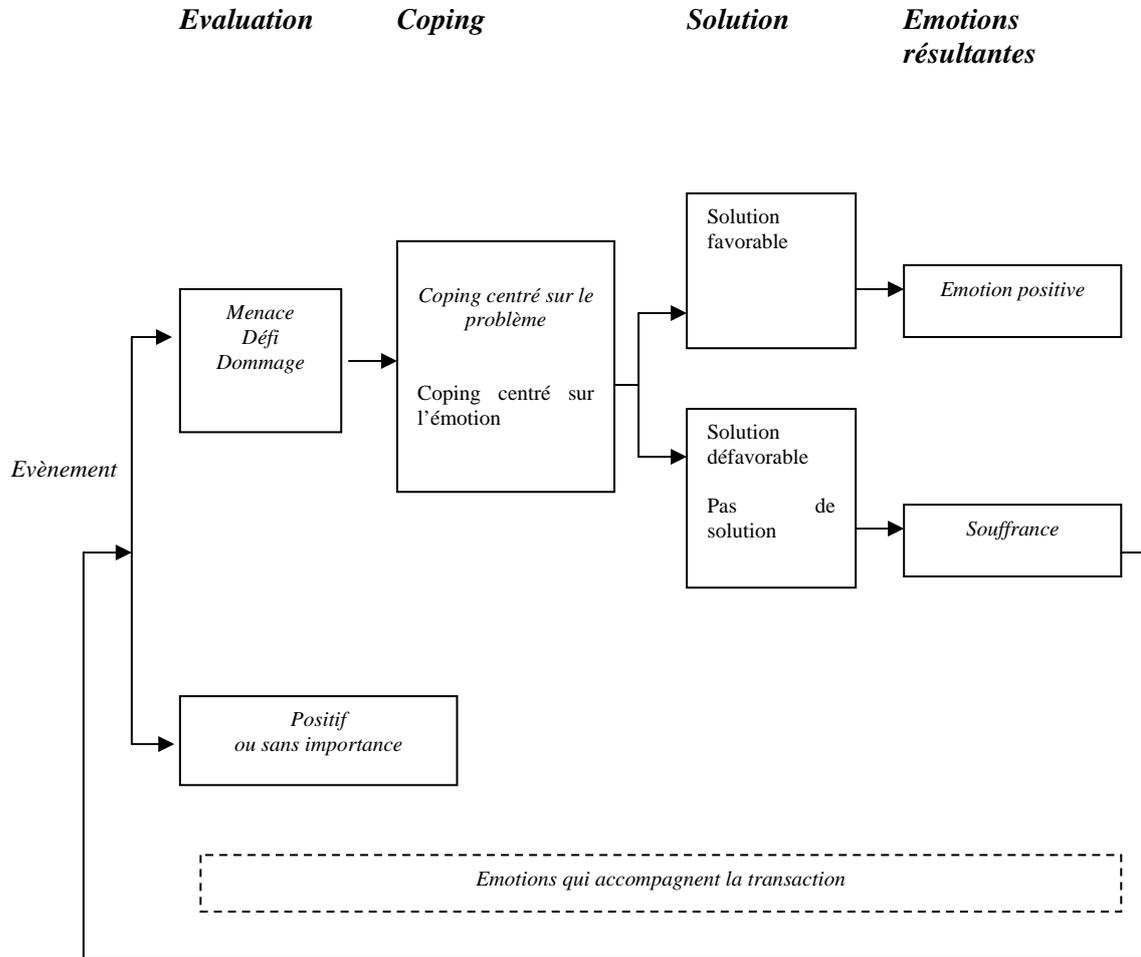


Figure 1 : Boucle des processus concernés par la transaction stressante d'après Lazarus et Folkman (1984a, b)
 Livre : Le stress. Emotions et stratégies d'adaptation. Pierluigi Graziani et Joel Swendsen.

Charte d'Ottawa

PROMOTION DE LA SANTE

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les

Charte d'Ottawa

aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la

santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide - notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation - est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Charte d'Ottawa

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

Charte d'Ottawa

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Annexe F : Raisons d'exclusion des recherches

Auteur(s) et années	Titre de la recherche	Raison de l'exclusion
Alexander, D.A. & Klein S., (2009)	First Responders after Disasters : A review of Stress Reactions, At-Risk, Vulnerability, and Resilience Factors	Article n'étant pas une recherche en soi.
Healy, C.M. & McKay M.F., (1999)	Nursing stress : the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses	Recherche portant sur les infirmières et non pas sur les infirmières humanitaires. La population ne correspondant pas, cette étude n'a pas été retenue.
Waters, K.A., Selander, J. & Stuart G.W., (1992)	Psychological adaptation of nurses post-disaster	Recherche portant sur les infirmières et non pas sur les infirmières humanitaires. La population ne correspondant pas, cette étude n'a pas été retenue
Morren, M., Dirkzwager, A.J.E., Kessels F.J.M. & Yzermans C.J., (2007)	The influence of a disaster on the health of rescue workers : a longitudinal study	Cette recherche portait sur les effets du stress sur la santé physique des travailleurs humanitaires. Cette étude n'a donc pas été retenue.
Ehrenreich, J.H. & Elliott, T.L., (2004)	Managing Stress in Humanitarian Aid Workers : A Survey of Humanitarian Aid Agencies' Psychosocial Training and Support of Staff	La population de cette étude était les organisations humanitaires et non pas les travailleurs. Cette étude n'a donc pas été retenue
Laube, J., (1973)	Psychological Reactions of Nurses in Disaster	Recherche portant sur les infirmières et non pas sur les infirmières humanitaires. La population ne correspondant pas, cette étude n'a pas été retenue. De plus l'année de cette recherche était trop ancienne pour correspondre à mes critères d'inclusion
Fullerton, C.S., Ursano, R.J. & Wang, L., (2004)	Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers	La population concernait les travailleurs de secours tels que pompiers, policiers,... et non pas les travailleurs humanitaires. Cette étude n'a donc pas été retenue.
Creamer, T.L. & Liddle, B.J., (2005)	Secondary Traumatic Stress Among Disaster Mental Health Workers Responding to the September 11 Attacks	La population de cette étude n'était pas les travailleurs humanitaires mais les travailleurs de secours. Cette étude n'a donc pas été retenue.

Annexe G : Grille de synthèse des résultats

<i>THEMES</i>	<i>SOUS-THEMES</i>	<i>RECHERCHES QUI EN PARLENT</i>
<p><i>Facteurs ayant une influence sur la santé mentale de la population (n=10)</i></p>	<p><i>Facteurs démographiques (n=6)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schaefer, C.F., Blazer, D.G., Carr, K.F., Connor, K.M., Burchett, B., Schaefer, C.A. & Davidson, J.R.T. (2007). ▪ Lopes Cardozo, B., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Thomey, E. & Salama, P. (2005). ▪ Eriksson, C.B., Bjorck, J.P., Walling, S.M., Fawcett, J., Abernethy, A.D. & Foy, D.W. (2009) ▪ Hagh-Shena, H., Goodarzi, M.A., Dehbozorgi, G. & Farashbandi, H. (2005). ▪ Holtz, T.H., Salama, P., Lopes Cardozo, B. & Gotway, C.A. (2002). ▪ Armagan, E., Engindeniz, Z., Devay, A.O, Erdur, B. & Ozcakir, A. (2006).
	<p><i>Exposition à des évènements traumatiques (n=6)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schaefer, C.F., Blazer, D.G., Carr, K.F., Connor, K.M., Burchett, B., Schaefer, C.A. & Davidson, J.R.T. (2007). ▪ Kaspersen, M., Matthiesen, S.B. & Gotestam, G. (2003). ▪ Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D.W. (2001). ▪ Lopes Cardozo, B., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Thomey, E. & Salama, P. (2005). ▪ Holtz, T.H., Salama, P., Lopes Cardozo, B. & Gotway, C.A. (2002). ▪ Putman, K.M., Lantz, J.I., Townsend, C.L., Gallegos, A.M., Potts, A.A., Roberts, R.C., Cree, E.R., De Villagran, M., Eriksson, C.B. & Foy, D.W. (2009).
	<p><i>Antécédents psychiatriques (n=2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schaefer, C.F., Blazer, D.G., Carr, K.F., Connor, K.M., Burchett, B., Schaefer, C.A. & Davidson, J.R.T. (2007). ▪ Lopes Cardozo, B., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Thomey, E. & Salama, P. (2005).

<p><i>Impacts du stress sur la santé mentale (n=9)</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Armagan, E., Engindeniz, Z., Devay, A.O, Erdur, B. & Ozcakir, A. (2006). ▪ Lopes Cardozo, B., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Thomey, E. & Salama, P. (2005). ▪ Schaefer, C.F., Blazer, D.G., Carr, K.F., Connor, K.M., Burchett, B., Schaefer, C.A. & Davidson, J.R.T. (2007). ▪ Hagh-Shena, H., Goodarzi, M.A., Dehbozorgi, G. & Farashbandi, H. (2005). ▪ Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D.W. (2001). ▪ Holtz, T.H., Salama, P., Lopes Cardozo, B. & Gotway, C.A. (2002). ▪ Putman, K.M., Lantz, J.I., Townsend, C.L., Gallegos, A.M., Potts, A.A., Roberts, R.C., Cree, E.R., De Villagran, M., Eriksson, C.B. & Foy, D.W. (2009). ▪ Eriksson, C.B., Bjorck, J.P., Walling, S.M., Fawcett, J., Abernethy, A.D. & Foy, D.W. (2009) ▪ Britt, T.W. & Adler, A.B. (1999).
<p><i>Besoins des travailleurs humanitaires (n=10)</i></p>	<p><i>Soutien social (n=3)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D.W. (2001). ▪ Kaspersen, M., Matthiesen, S.B. & Gotestam, G. (2003). ▪ Eriksson, C.B., Bjorck, J.P., Walling, S.M., Fawcett, J., Abernethy, A.D. & Foy, D.W. (2009).
	<p><i>Soutien organisationnel (n=5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lopes Cardozo, B., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Thomey, E. & Salama, P. (2005). ▪ Holtz, T.H., Salama, P., Lopes Cardozo, B. & Gotway, C.A. (2002). ▪ Hearn, A. & Denny, P. (2007). ▪ Putman, K.M., Lantz, J.I., Townsend, C.L., Gallegos, A.M., Potts, A.A., Roberts, R.C., Cree, E.R., De Villagran, M., Eriksson, C.B. & Foy, D.W. (2009). ▪ Armstrong, K., Zatzick, D., Metzler, T., Weiss, D.S., Marmar, C.R., Garma, S., Ronfeldt, H. & Roepke, L. (1998).
	<p><i>Stratégies de coping (n=2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Britt, T.W. & Adler, A.B. (1999). ▪ Putman, K.M., Lantz, J.I., Townsend, C.L., Gallegos, A.M., Potts, A.A., Roberts, R.C., Cree, E.R., De Villagran, M., Eriksson, C.B. & Foy, D.W. (2009).

Annexe H : Grilles d'analyse de recherches

Frequency of Post-traumatic Stress Disorder among Relief Force Workers after the Tsunami in Asia : do Rescuers become Victims ?

Auteurs	<p>Erol Armagan : Département des urgences de médecine, Faculté universitaire de médecine à Bursa en Turquie</p> <p>Zulfi Engindeniz : Département des urgences de médecine, Faculté universitaire de médecine à Bursa en Turquie</p> <p>Ali Onder Devay : Département de chirurgie générale, Hôpital de formation et de recherche à Ankara, Turquie</p> <p>Bulent Erdur : Département des urgences de médecine, Faculté universitaire de médecine, Denizli, Turquie</p> <p>Alis Ozcakir : Département de médecine de famille, Faculté universitaire de médecine, Bursa, Turquie</p>
Journal	Prehospital and disaster medicine : The official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation
Année de publication	2006
Pays	Turquie
Buts et question de recherche	Le but de cette étude était d'évaluer la fréquence d'un stress post-traumatique (PTSD) chez les travailleurs humanitaires turcs du Croissant-Rouge après le Tsunami en Asie et d'analyser les facteurs qui ont conduit à un PTSD.
Hypothèse	
Population/Echantillon	36 travailleurs du Croissant-Rouge : 15 médecins, 14 infirmières, 6 travailleurs logistiques et 1 psychologue. Sur ces 36 personnes 33 ont accepté de participer à l'étude (92%). Le groupe comprenait : 15 médecins, 12 infirmières et 6

	<p>travailleurs logistiques.</p> <p>Toutes les entrevues avaient des niveaux acceptables de validité.</p>
Type d'étude ou devis,	Etude quantitative et qualitative de part le fait que les informations étaient évaluées lors d'entretiens et comportait des questions ouvertes et fermées.
Aspect éthique	Toutes les personnes ont donné leur consentement oral et écrit pour prendre part à cette étude. L'étude certifie l'anonymat de ces participants.
Méthodologie de collecte de données	<p>L'enquête a été menée avec des entretiens et interviews qui ont débuté un mois après l'arrivée sur place des travailleurs humanitaires. Elle a duré une semaine.</p> <p>Les interviews incluaient les caractéristiques démographiques générales des répondants.</p> <p>Les interviews ont été menées par un médecin qui avait reçu la formation complète sur l'utilisation du CAPS-1.</p> <p>Le CAPS-1 permet à l'interviewer d'évaluer la validité des réponses lors de l'entrevue.</p>
Méthode de traitement des données	<p>Le formulaire qui a servi à l'interview a aussi été utilisé pour rassembler des informations sur les expositions précédentes aux événements traumatisants des désastres et sur l'expérience professionnelle.</p> <p><i>The Clinician Administered PTSD Scale-1 (CAPS-1)</i> a été utilisée afin d'analyser les interviews des 33 participants un mois après leur arrivée.</p> <p>La fiabilité et la validité de la version turque de CAPS-1 ont été confirmées dans une étude précédente.</p> <p>Avec CAPS-1, lors des interviews, des données sur les caractéristiques démographiques, la profession, les expériences professionnelles antérieures, les expériences antérieures concernant les événements traumatiques et les désastres ont été enregistrés.</p> <p>Un symptôme doit avoir un score de fréquence "de 1" et un score d'intensité "de 2" au CAPS-1 lors des entretiens pour être classé comme présent.</p> <p>Les données de l'entretien ont été codées et entrées <i>SPSS 10.0 Proiciel Stastitical</i>.</p> <p>Les informations ont été analysées avec <i>X² and Fischer's Exaxt Texts</i>. Les variables continues ont été analysées avec <i>Mann-Whitney U-Tests</i>.</p>
Résultats	Un syndrome de stress post-traumatique a été diagnostiqué chez 8 participants (3 médecins et 5 infirmières) soit 24,2%.

	<p>Mis à part ces 8 personnes, 13 autres ont manifesté plusieurs symptômes de PTSD mais pas en nombre suffisant pour que le diagnostic soit posé. 2 de ces 13 personnes ont exprimé que ces symptômes altéraient leur vie sociale et professionnelle. 11 de ces 13 personnes ont exprimées des troubles du sommeil (soit le 33% de la totalité des participants).</p> <p>De plus, 63,6% de tous les participants avait un symptôme de PTSD. Deux membres, sans diagnostic de PTSD posé, exprimaient que ces symptômes avaient un impact sur leur vie sociale et professionnelle</p> <p>Les différences des distributions de diagnostic de PTSD entre tous les groupes professionnels n'étaient pas statistiquement significatives.</p> <p>La différence entre les hommes et les femmes n'était pas significative non plus.</p> <p>Aucune différence significative n'a été détectée dans la distribution de diagnostic PTSD selon le genre, l'âge, la profession, l'expérience professionnelle, l'expérience de désastre précédente et/ou l'expérience précédente d'événements traumatisants.</p> <p>Cependant, les scores de sévérité des symptômes de PTSD du CAPS-1 étaient significativement plus élevés chez les femmes, les infirmières et les participants avec moins de 3 expériences antérieures de travail sur un lieu de désastre.</p> <p>Les femmes avaient un score plus élevé de caps-1 ($p= 0,013$). Les infirmières avaient un score plus élevé que les autres membres ($p= 0,026$)</p>
<p>Discussion et conclusion</p>	<p>Kessler et al rapportaient que la moyenne de PTSD chez la population générale était de 7,8%. Chez les travailleurs du Croissant-Rouge, elle se trouve entre 13 et 31,8%.</p> <p>Les résultats de l'étude soutiennent la littérature concernant le fait que les membres d'une équipe travaillant à la suite d'un désastre ont des risques accrus de morbidités psychiatriques.</p> <p>L'étude démontre que les caractéristiques démographiques n'avaient pas d'influence sur le PTSD mais que les travailleurs de désastre avec l'expérience antérieure de désastres étaient plus probables de développer un PTSD.</p> <p>Aucune différence significative dans la distribution d'un diagnostic de PTSD n'a été trouvée quant : au genre, à l'âge, à l'expérience précédente d'événements traumatisants, à l'expérience professionnelle. Cependant, la petite taille type de l'étude peut gêner la fiabilité de cet aspect de l'étude.</p> <p>Le PTSD est plus répandu parmi les femmes dans la population générale. Dans cette étude, comme toutes les infirmières étaient des femmes, on pouvait s'attendre à ce que PTSD soit plus répandu parmi des infirmières.</p>

	<p>Les résultats du score de CAPS-1 étaient plus élevés chez les infirmières et les femmes. Cela peut-être expliqué de part le fait que les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'une morbidité psychiatrique associé au PTSD que les hommes.</p> <p>Les infirmières étaient significativement plus jeunes comparées aux hommes du groupe, ce qui a peut-être joué un rôle dans leur réponse à l'événement traumatisant.</p> <p>Il peut y avoir d'autres effets potentiels, comme le fait que les infirmières peuvent être impliquées avec des patients dans une approche de contact plus directe. En effet, les logisticiens n'étaient pas en contact direct avec les patients et ceux-ci avec un score de CAPS-1 inférieur à celui des infirmières.</p> <p>La sélection des travailleurs humanitaires est un autre facteur qui peut influencer l'apparition de PTSD.</p> <p>Tandis que les logisticiens travaillaient pour le Croissant-Rouge Turque, les médecins et les infirmières ont été rapatriés par un groupe de travailleurs volontaires venant de différents hôpitaux.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Le PTSD a été diagnostiqué chez 24.2 % des membres de l'équipe. Les symptômes de PTSD étaient plus sévères chez les femmes, les infirmières et les participants avec moins de 3 expériences de travail dans un contexte de désastre. Cette prévalence de PTSD est semblable à celui des victimes de désastre. Des mesures devraient être prises pour empêcher le développement du PTSD dans les membres d'équipes de désastre. Ces mesures peuvent inclure la préparation de pré-devoir de l'équipe concernant les conditions possibles auxquelles ils peuvent être exposés. Des informations doivent être données aux travailleurs concernant le risque de souffrir de morbidités psychiatriques et sur le fait qu'ils doivent oser demander de l'aide et à quels moment. On devrait fournir des informations quant à la façon d'éviter des comportements négatifs tels que la consommation d'alcool, la toxicomanie ou l'isolement social. Des études sur les effets de stratégies préventives différentes devraient être créés pour établir la preuve scientifique d'un tel besoin. Mais aussi pour identifier les mécanismes qui pourraient aider à empêcher les travailleurs humanitaires de souffrir de troubles psychiatriques.</p>
Limites de l'étude	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sa « petite » taille d'échantillons (33 participants) mais le taux de réponse était de 92%, ce qui est positif. 1. Le petit nombre de personnel dans les comparaisons inter-professionnelles. 2. Cette étude a seulement évalué la présence de PTSD comme un résultat final de trauma psychologique, mais il y a d'autres conditions qui peuvent être associées au trauma psychologique 3. Cette étude ne reflète pas la gamme entière de morbidités psychiatriques qui peuvent être observées parmi les équipes de désastre
Commentaires personnels	<p>Il faut garder à l'esprit que le nombre de participants était petit et que de ce fait les résultats sont peut-être moins significatifs que sur une plus grande population analysée.</p>

Cependant, plusieurs résultats de cette étude amènent à des conclusions très intéressantes. Nous pouvons observer dans ces résultats que 24,2% des participants (dont les 5/8 sont infirmières), soit près du quart des participants, sont touchés par le PTSD. Ce résultat démontre bien que lors d'une mission après un désastre naturel d'une grande ampleur, le risque de PTSD est élevé. De plus, le 63,6% des participants avait au moins un signe de PTSD ce qui peut nous amener à émettre l'hypothèse que sur un long terme plus du 24,2% souffrirait d'un PTSD, nombre non négligeable. De plus ces personnes exprimaient que ces symptômes avaient un impact sur leur vie sociale et professionnelle, ce qui est à prendre en considération.

Grâce à leur analyse, les chercheurs ont pu démontrer que la sévérité des symptômes de PTSD était significativement plus élevée chez les femmes (données aussi confirmées par d'autres études). Le métier d'infirmière étant principalement composée de femmes, cela démontre bien que le risque de souffrir de PTSD est plus élevé pour ce corps de métier. Il est aussi reporté dans l'étude que les infirmières étaient significativement plus jeunes que les hommes ce qui peut amener à penser que la jeunesse a joué un rôle dans l'augmentation du risque de PTSD. L'étude amène aussi l'hypothèse que les infirmières ont plus de contact avec les patients et que, de ce fait, elles se sentent très concernées par leur souffrance. Ceci pourrait les rendre plus sujette au PTSD.

Les participants ayant moins de trois ans d'expérience étaient plus touchés, ce qui rejoint les résultats d'une autre étude analysée (The Mental Health of Expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian Aid Workers) et nous amène à en conclure que les organisations doivent être particulièrement attentives à cette population. Ces deux études ont un autre point commun : elles amènent toutes les deux que les organisations doivent être particulièrement attentives aux facteurs de risque lors des sélections,. Elles soulignent aussi l'importance du soutien de la part des organisations afin de diminuer le risque de conséquence d'une mission humanitaire (une étude après un désastre naturel et l'autre dans une zone d'après guerre). Ces deux études amènent aussi qu'il n'est pas rare que les expatriés augmentent leur consommation d'alcool pendant ou après leur mission. Et que de ce fait, il faut être attentif aux risques de dépendance à long terme.

The Mental Health of Expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian Aid Workers

Auteurs	Barbara Lopes Cardozo , Timothy H. Holtz , Reinhard Kaiser , Carol A. Gotway , Frida Ghitis , Estelle Thomey & Peter Salama :
Journal	Disasters, London Technical Group.
Année de publication	2005
Pays	Etats-Unis
Buts et question de recherche, Hypothèse	Le but de cette recherche est d'évaluer les conséquences des événements traumatiques liées aux facteurs de risque dans la morbidité psychologique parmi les travailleurs humanitaires expatriés et le personnel kosovar albanais.
Population/Echantillon	<p>L'échantillon de cette étude est composé d'aides humanitaires expatriés et de travailleurs locaux, soit des kosovars et des albanais. Plusieurs organisations ont été sélectionnées selon les critères suivants : elles devaient concerner le domaine de la santé, de l'eau, du sanitaire, de la nutrition ou de la sécurité de la nutrition. 21 Organisations Non Gouvernementales (ONG) et une agence intergouvernementale ont accepté de participer à cette étude. Elles ont donné une liste de 434 expatriés (soit tous) et 3000 membres du personnel local.</p> <p>Les responsables ont dû faire diverses évaluations avant de distribuer le questionnaire afin d'optimiser le traitement des résultats. En effet, afin de ne pas partir de l'idée que tout le monde serait touché par un trouble psychologique suite à un travail humanitaire, ils ont évalué que environ 50% du personnel serait touché par une morbidité psychologique. Ils ont aussi décidé qu'environ 95% des personnes questionnées ne répondraient pas de manière précise et que seulement 5% répondraient ?? avec précision. En effet, si l'on est mentalement atteint, il est possible que l'on dissimule, volontairement ou non, notre mal-être. Un manque de confiance des participants envers les chercheurs peut aussi fausser les résultats.</p> <p>Les chercheurs ont décidé d'étudier les 434 expatriés. 24 des expatriés étaient partis de l'organisation, 310 étaient présents et parmi ceux-ci 285 (69,5%) ont accepté de participer au sondage.</p> <p>Chez les kosovar albanais le choix a été fait de manière aléatoire. Les chercheurs ont donc choisi 1 personne sur 7. 6 kosovars ou albanais ne travaillaient plus pour leur organisation, 429 personnes ont donc participé au sondage.</p> <p>En résumé : 429 travailleurs locaux et 285 travailleurs humanitaires ont participé au sondage.</p>
Type d'étude ou devis	Etude quantitative, enquête par sondage

Aspect éthique	Les noms des individus n'étaient pas inclus dans le questionnaire. La participation était volontaire et confidentielle. Le protocole de recrutement de cette étude a été examiné par The Human Subjects Review Committee au Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ont affirmé que cette étude était éthiquement correcte.
Méthodologie de collecte de données	<p>Le sondage se faisait par questionnaire. Il y avait une personne de contact dans chaque organisation qui les a distribués. Les questionnaires ont été réceptionnés par toutes les personnes de contact, 7-10 et 14 jours après la distribution.</p> <p>Le sondage était en anglais pour le personnel expatrié. Pour les kosovars et albanais, le sondage était dans leur langue. S'il y avait du personnel serbe ou d'ailleurs, ils étaient automatiquement exclus du sondage à cause du problème de langue. Ce questionnaire a été traduit de l'anglais à l'albanais puis retraduit en anglais pour les résultats. Ceci a été fait par deux médecins bilingues qui ont vérifié l'exactitude et la précision de la traduction. Le traitement de données était donc fiable pour les deux groupes.</p> <p>Les pourcentages de réponses variait entre chaque organisation. Concernant les expatriés, pour 16 de ses 22 organisations, le pourcentage de réponse était supérieur à 70%. D'une manière générale, il variait entre 45 et 100% de réponses.</p> <p>Le taux de réponses du personnel kosovar ou albanais variait entre 14,3 à 100% suivant l'organisation. Plus que 70% pour 17 de ces 22 organisations ont répondu.</p>
Méthode de traitement des données	<p>Outil utilisés pour les traitements de données :</p> <p><i>Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)</i>, <i>Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)</i> et <i>The General Health Questionnaire (GHQ-28)</i> ont été utilisés pour traiter les données.</p> <p>Les réponses concernant le stress post-traumatique (PTSD) étaient traitées par le <i>HTG</i>. Les réponses concernant les troubles dépressifs et l'anxiété étaient traitées par le <i>HSCL-25</i>. Les morbidités psychiatriques non-spécifiques (NSPM) étaient traitées par le <i>GHQ</i>. Le <i>GHQ</i> est un outil de sondage communautaire qui détecte la NSPM et qui sonde la somatisation, l'anxiété, le dysfonctionnement social et la dépression.</p> <p>Les questions concernaient aussi la consommation excessive d'alcool avant et après les événements du Kosovo. Celles-ci étaient définies par un standard international (soit boire 3 verres ou plus d'alcool par jour).</p> <p>En plus des informations démographiques, il y avait aussi des questions sur les services de soutien du personnel pour chaque organisation. Elles concernaient l'entraînement et les cours pour savoir comment gérer le stress, les services de conseils psychologiques pendant la mission et les débriefings après la mission.</p> <p>Il y avait des questions sur la possibilité de communiquer avec la famille et la définition de la séparation prolongée avec la</p>

	<p>famille.</p> <p>L'outil utilisé était <i>Epi Info Version 6.04b</i>. Il y avait une échelle contenant les items : pas bien, bien (si un ou deux supports présents) excellent (si les trois supports sont présents).</p> <p>Ils ont comparé les résultats des expatriés avec les résultats des travailleurs locaux.</p> <p>Finalement, les résultats de ce sondage ont été comparés parmi le personnel kosovar et albanais avec un autre sondage communautaire conduit au Kosovo. Les différences ont été ajustées dans cette étude pour l'âge, le sexe et le nombre d'événements traumatiques.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Pour expatriés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% était des femmes, 45% était marié ou avait une relation, 27% avait des enfants et la majorité (85,9%) avait un diplôme universitaire. De ces 285 expatriés, 154 venaient d'Australie, Canada et NZ, Irlande, UK ou U (soit 54,8%) et 75 (26,8%) venaient d'autres pays européens. - Pour le 39% c'était leur premier travail humanitaire. - 8% des répondants était placé pour plus que 12 mois au Kosovo. - 50% avait leur poste pour 6 mois ou moins. - 167, soit (61,6%), travaillaient dans le secteur humanitaire depuis moins que 2 ans et 54 (19,9%) ont travaillé dans le secteur pendant 5 ans ou plus. - Les services de soutien des organisations étaient perçus comme mauvais pour la majorité des participants. La communication avec la famille était perçue comme non adéquate par 46% des travailleurs humanitaires. <p>Pour le personnel local :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le profil démographique des kosovars et des albanais était différent des expatriés à l'exception des troubles psychiatriques antérieurs (pas de différence à ce niveau-là). - L'âge moyen était de 31,5 ans, plus du 2/3 était des hommes, 2/3 était marié et 158 (48,6%) avaient des enfants. - Pour la plupart, c'était leur première mission avec une organisation humanitaire. La majorité affirmait que le soutien pratiqué par les organisations était mauvais. - La majorité était d'avis que les communications avec la famille étaient adéquates. <p>Pour les deux groupes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une grande proportion de ces deux groupes a expérimenté des événements traumatiques majeurs. Pour les expatriés : 2,8 (norme 2,7) et pour le personnel local 3,2 (norme 2,8).

- 59 expatriés et 47 travailleurs locaux n'avaient pas expérimenté d'événements traumatiques.
- 115 expatriés et 142 kosovars albanais ont expérimenté entre 1 et 3 événements traumatiques. Parmi les 174 qui avaient vécu entre 1 et 3 événements traumatiques, 5 avaient des symptômes de PTSD
- 105 expatriés et 128 kosovar albanais ont expérimenté 4 ou plus événements traumatiques. De ces 105 expatriés qui ont expérimenté 4 ou plus événements traumatiques, 3 ont montré des symptômes de PTSD. Des 128 kosovars albanais (4 ou plus), 14 ont souffert de symptômes de PTSD.

Description des événements traumatiques majeurs : visé par un sniper, menace de mort verbale ou physique, bombardement d'une résidence ou de la place de travail, séparation forcée de la famille, le fait de devoir « manier » des corps inertes dus à une violence.

Le personnel local qui a expérimenté plus d'événements traumatiques avait plus de possibilités d'avoir un PTSD, il a été montré qu'il était plus vulnérable.

Le problème d'alcool est plus élevé chez les expatriés que parmi les kosovars albanais mais 260 répondants locaux ne buvaient pas d'alcool dû à leur croyance.

Effet démographique et professionnel :

- Les expatriés plus jeunes souffraient bien plus de dépression et de plus de NSPM (morbidity psychiatrique non spécifique) que les plus âgés. Parmi les kosovars albanais, les femmes et le personnel plus âgés avaient nettement plus de dépression et bien plus de NSPM que les hommes et les plus jeunes.
- Les expatriés et le personnel local avec une précédente histoire de trouble psychologique avaient plus de possibilité d'avoir une dépression que les personnes sans antécédent psychiatrique.
- Les expatriés qui notaient que le soutien organisationnel était mauvais ou bon (mais pas excellent) avaient plus de possibilité d'être dépressif que ceux qui notaient un soutien excellent.
Les NSPM étaient plus élevées parmi les expatriés qui notaient que la communication avec la famille était inadéquate.
- Les kosovars albanais qui notaient que la communication n'était pas adéquate avaient aussi plus de possibilité d'être dépressifs.
- L'association entre dépression et possibilité de communication n'était pas statistiquement significative pour les expatriés.
- Le risque de dépression était relativement plus haut pour les expatriés qui étaient dans leur première mission. Le risque de dépression diminue avec la seconde mission mais devenait plus élevée avec 5 missions ou plus.
- Parmi le personnel local, les personnes les plus à risque avaient 40 ans ou plus et avaient des antécédents psychologiques de PTSD.

	<p>Comparaison des résultats de la santé mentale des expatriés et du personnel local :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les scores GHQ n'avaient pas de grande différence entre les deux groupes. - Le personnel national avait statistiquement les plus hauts scores pour le PTSD, dépression, anxiété mais un score plus bas pour la consommation d'alcool. - Les analyses concernant les effets des événements traumatiques expérimentés sur le personnel montrent que pour les expatriés et le personnel local le nombre d'évènements traumatiques expérimenté et les événements spécifiques (tels que visé par un sniper, menace de mort et séparation familiale) avaient un lien direct avec la dépression. - Si le nombre d'événements traumatiques augmentait, le risque de dépression augmentait aussi. Pour les expatriés, les menaces de mort, la séparation de la famille et toucher des corps inertes étaient associés avec plus de NSPM. - La moyenne d'événements traumatiques expérimentés était liée avec la prise d'alcool. Ceux qui avaient expérimenté plus d'événements traumatiques avaient une consommation d'alcool plus élevée. <p>Pour le personnel local : le tir par sniper, les menaces de mort et la séparation de la famille étaient associés avec les NSPM. Le PTSD était lié avec l'expérimentation d'un meurtre d'un membre de la famille ou amis, la séparation de la famille ou le fait de toucher des corps inertes.</p>
<p>Discussion et conclusion</p>	<p>Cette étude montre que la majorité du personnel des organisations d'aide humanitaire est exposée à plusieurs événements traumatiques et que les structures proposées par les organisations sont souvent insuffisantes.</p> <p>Les évènements associés à la dépression étaient reliés à des problèmes de menaces physiques (par exemple, le tir par un sniper, menace physique et verbale ou le manque de soutien social, séparation de la famille). L'absence ou l'insuffisance des facteurs sociaux, comme par exemple la séparation d'avec la famille, provoque un risque de dépression majeur, ce qui est bien souligné dans les résultats.</p> <p>Le tir par sniper, les menaces verbales et physiques ont été expérimentés en grande fréquence par les deux groupes et montrent des facteurs importants dans des problèmes psychologiques chez le personnel en aide humanitaire.</p> <p>Les relations hautement significatives entre les NSPM et l'impossibilité de communiquer avec les membres de la famille montrent qu'un meilleur accès à la communication (le pouvoir de contacter la famille) peut diminuer ou empêcher les conséquences psychologiques dans ce genre de travail. Certains événements traumatiques spécifiques sont peut-être liés avec le développement d'un PTSD. D'autres, peut-être, sont plus liés avec le développement de problème de la santé mentale.</p> <p>Dans cette étude, la dépression et les NSPM n'étaient pas associées à ces événements traumatiques spécifiques mais étaient associés aux événements tels que la séparation de la famille, menace verbale et/ou physique et tir par sniper.</p> <p>Les facteurs professionnels sont peut-être moins importants dans les risques de désordre psychologique chez les kosovar-albanais que chez les expatriés.</p>

La plupart du personnel local n'avait pas un accès adéquat au soutien des organisations, mais ce n'était pas associé avec des problèmes de santé mentale.

L'accès au soutien social (ex : famille, proches et amis) était probablement beaucoup mieux pour les kosovars-albanais que pour les expatriés. Et, peut-être, que ce support était plus important que le soutien organisationnel. Le soutien de l'organisation devient donc plus important pour les expatriés.

Comparaison des PTSD chez les expatriés avec d'autres personnels dans les agences humanitaires :

Chez les vétérans de guerre, les aides de secours et le personnel des droits de l'homme ou les populations expérimentant la guerre, les résultats étaient surprenants. L'explication possible était peut-être le fait que ceux qui souffrent de PTSD abandonnent le travail humanitaire et ne sont pas là pour répondre à notre sondage. Il est aussi possible que ceux qui souffrent de PTSD choisissent de ne pas y répondre. Ceux qui restent et qui continuent de travailler sont peut-être représentatifs d'un groupe auto-sélectionné des individus résilients et en bonne santé mentale qui peuvent encore assumer leurs responsabilités professionnelles.

Deuxièmement, des études récentes ont montré que le personnel qui travaille après un désastre et qui s'identifie avec de tels victimes ont plus de risque de souffrir de PTSD que ceux qui ne s'identifient pas avec les victimes. Dus à des différences ethniques et culturelles, les expatriés s'identifient moins avec les victimes que le personnel local.

Troisièmement, le parcours de PTSD est variable. Les symptômes des PTSD peuvent diminuer ou être transitoire parmi le personnel humanitaire plus que chroniques et persistants. A ce moment-là, ce sondage ne pourrait pas les détecter car il a été fait une année après le pire moment des combats.

Le personnel Kosovar avait des scores de PTSD plus haut que les expatriés mais les kosovars-albanais étaient membres de la communauté kosovare auparavant. Communauté qui était sujette d'agressions militaires auparavant. Donc, ces réponses traumatiques étaient peut-être provoquées par cette expérimentation auparavant et non pas à cause du manque de soutien.

Cependant, l'identification avec des victimes a été liée avec un risque plus haut de PTSD parmi le personnel qui travaille après le désastre.

Le pourcentage de PTSD était plus bas parmi le personnel local que pour la communauté générale. Cela suggère qu'il y a des vraies différences de scores qui existent entre ces deux groupes. Le personnel local compte un groupe de personne qui a un niveau d'étude plus élevé comparé à la communauté en général. Ces personnes ont peut-être un accès plus grand aux stratégies de coping que les membres de la communauté en général. De ce fait, le risque de souffrir d'une pathologie psychologique par la suite diminue. Les scores pour dépression étaient élevés par rapport au score basique d'un adulte aux USA.

	<p>Conclusion : Des questions peuvent être résolus par une étude à long terme, qu'il serait nécessaire d'effectuer d'ailleurs. On suggère aussi de faire plus de sondages dans plus de situations d'urgence pour mieux comprendre le score de problèmes psychologiques.</p> <p>Les organisations d'aide humanitaire ont besoin de reconnaître que les événements traumatiques auxquels leur personnel est exposé ont des répercussions psychologiques importantes.</p> <p>Peut-être, cette étude peut aider à la sélection du personnel. L'organisation doit être au courant que les personnes qui ont un passé de maladies psychologiques sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux pendant qu'ils sont à l'étranger. Ils doivent aussi questionner le personnel sur la consommation d'alcool habituelle. Les interventions relativement simples, comme par exemple, la possibilité de communiquer avec la famille et les amis ou l'offre de soutien psychologique peut aussi être une prévention.</p> <p>D'autres interventions pour diminuer le risque, comme par exemple un travail de soutien avec des pairs, la possibilité que des conjoints peuvent accompagner le personnel en mission, peuvent être bénéfiques.</p> <p>Il est clair que les organisations d'aide internationale doivent répondre au problème de cette morbidité psychologique parmi ce personnel. Comme le personnel local kosovar a plus de risque de s'identifier avec les victimes, peut être qu'une modification des responsabilités pourrait diminuer l'exposition aux PTSD. Ces interventions vont peut-être diminuer les risques de Burnout, augmenter la performance pendant le travail et diminuer l'absentéisme du personnel.</p> <p>Il faut donc un support social organisé pour la médiation et ceci pour les deux groupes de personnel.</p>
<p>Limites de cette étude</p>	<p>1 : Le questionnaire était rempli par le personnel sans interview clinique. 2 : Le temps d'observation pour le PTSD dans ce sondage est seulement d'une semaine. 3 : Un sondage quantitatif, de par sa nature, manque d'informations et de remarques personnelles de la part des répondants.</p> <p>Avantages : les résultats peuvent être quantifiés, interprétés et comparés de manière objective comparés à un sondage qualitatif.</p> <p>Une partie qualitative aurait pu être ajoutée, mais il aurait eu besoin de plus de temps et de ressources.</p> <p>Malgré le fait que les réponses étaient élevées pour un sondage de ce type, environ 30% des expatriés et 24% des kosovars-albanais n'ont pas participé. Dans cette étude, il est possible que les personnes n'ont pas désiré répondre car ils se sentaient trop ou pas du tout concerner. Ceci peut avoir une influence sur les résultats.</p> <p>On ne sait pas si les expatriés avaient des symptômes avant ou si c'est la nature de ce travail qui a contribué au développement des symptômes. Aussi, puisque les participants locaux venaient d'une population qui avait déjà souffert d'un traumatisme, il n'était pas possible de différencier les conséquences du travail humanitaire des conséquences de la guerre sur le personnel local.</p>
<p>Commentaires personnels</p>	<p>Nous pouvons remarquer que les deux groupes ont expérimenté un taux plus élevé que la normal d'événements traumatiques</p>

majeurs. Cependant, toutes personnes n'avaient pas vécu une expérience traumatique malgré l'endroit critique où ils se trouvaient. Concernant les expatriés, tout comme le personnel local, toutes personnes ayant subi entre 1 et 3 événements traumatiques, soit 174 personnes, 5 personnes seulement ont eu des symptômes de PTSD. Sur les 105 expatriés ayant subi 4 ou plus événements traumatiques, 3 ont montré des symptômes de PTSD et sur les 128 kosovars albanais (KA) 14 ont souffert de ses symptômes. Nous pouvons en déduire que le personnel local était plus à risque et donc plus vulnérable.

Concernant l'effet démographique de la situation et le côté professionnel, plusieurs résultats intéressants en ressortent :
Premièrement, nous pouvons observer que ce sont les expatriés les plus jeunes qui sont le plus touché. Au contraire ce sont les kosovar albanais les plus vieux qui sont plus touchés par dépression et NSPM. Les antécédents de dépressions chez les expatriés les exposent à de plus grands risques. Les expatriés qui participaient à leur première mission étaient plus à risque. Le risque diminuait par les années suivantes puis remontaient dès la 5^{ème} année.
Parmi le personnel local, les personnes les plus à risques étaient celles qui avaient un âge supérieur à 40 ans et qui avaient des antécédents psychiatriques.

L'étude démontre aussi que certains événements spécifiques sont plus à risque d'engendrer des conséquences sur la santé mentale des travailleurs humanitaires, tels que : les tirs par sniper, les menaces de mort verbales et physiques et la séparation d'avec la famille. Chez les expatriés, le rapport entre la consommation d'alcool et l'exposition à des événements traumatiques étaient significatifs.

Concernant les supports aidant mis à disposition par l'institution ou de manière individuelle, les résultats diffèrent clairement entre les groupes. Les expatriés trouvent que le soutien de l'organisation était adéquat mais qu'ils n'avaient pas suffisamment de moyens pour communiquer avec leur famille (ce qui avait des conséquences sur leur santé psychique). Au contraire, le personnel local exprimait que le contact avec leur famille était suffisant mais que les organisations qui les avaient envoyés sur place n'avaient pas suffisamment mis de moyens de soutien à disposition. Ces résultats nous donnent des ouvertures quant à ce que peuvent améliorer les institutions dans le soutien offert aux employés.

Tous ces principaux résultats ont amené les chercheurs à diverses conclusions :
Dans la discussion de cette étude, il est clairement mis en avant l'importance du soutien social pour ces travailleurs. En effet, si celui-ci est insuffisant il peut « contribuer » aux risques de troubles mentaux chez le personnel. Un meilleur accès à la communication serait donc bénéfique pour ces travailleurs ce qui pourrait peut-être diminuer le risque d'apparition de certaines conséquences citées ci-dessus.

Les facteurs professionnels chez les expatriés ont eu un impact surtout chez le personnel qui devait toucher des corps inertes (comme par exemple le personnel médical). En effet, ces personnes étaient plus à risque de présenter des troubles psychiatriques.

Toutes ces analyses nous mènent à diverses conclusions :

Premièrement, d'une manière générale, il est clairement décrit et expliqué que le personnel humanitaire est plus à risque en ce qui concerne leur santé mentale et ceci dû à diverses raisons expliquées ci-dessus. Une étude longitudinale serait nécessaire selon les auteurs afin de pouvoir décrire les effets à long terme. Cette étude démontre, qu'à moyen terme, les conséquences sont bel et bien présentes pour un pourcentage significatif de ses employées. Les symptômes de PTSD ou de dépression peuvent être présents sur une longue période et peuvent être difficile à traiter. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que sur le long terme certains des employés expatriés subiront encore les conséquences de leur mission.

Cependant, cette étude met en avant divers facteurs de risque, ce qui pourrait aider les organisations à « sélectionner » leurs futurs employés afin de diminuer les risques. Les conséquences sont mises en avant ce qui peut servir à détecter les problèmes et peut être plus facilement et proposer un soutien ou un traitement. Les expatriés ont pu exprimer les soutiens manquants ce qui peut servir aux organisations pour une future mission.

En résumé, il est clair que les organisations d'aide internationale doivent répondre au problème de cette morbidité psychologique parmi ce personnel et mettre en place le soutien possible et adéquat afin d'en limiter les conséquences.

Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Cross-cultural Mission Assignments

<p>Auteurs</p>	<p>Frauke C. Schaefer Departement of Psychiatrie and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, NC</p> <p>Dan G. Blazer Departement of Psychiatrie and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center And Center for the Study of Aging, Duke University Medical Center, Durham, NC</p> <p>Karen F : Carr Mobile Member Care Team, Accra, Ghana</p> <p>Katryn M. Connor Departement of Psychiatrie and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, NC</p> <p>Bruce Burchett Departement of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center and Center for the Study of Aging, Duke University Medical Center, Durham, NC</p> <p>Charles A. Schaefer Private Practice, Chapel Hill, NC</p> <p>Jonathan R. T. Davidson Departement of Psychiatrie and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, NC</p>
<p>Journal</p>	<p>Journal of Traumatic Stress,</p>
<p>Année de publication</p>	<p>2007</p>
<p>Pays</p>	<p>Etats-Unis</p>
<p>Buts et question de recherche,</p>	<p>Cette recherche a exploré la fréquence des événements traumatiques, l'impact sur la santé mentale et les facteurs associés au</p>

<p>Hypothèse</p>	<p>syndrome de stress post-traumatique (PTSD) auprès de deux groupes de travailleurs humanitaires. Un groupe travaillait dans un environnement stable en Europe et l'autre dans un environnement instable en Afrique de l'Ouest.</p> <p>Cette étude a trois buts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Établir une meilleure évaluation de la fréquence de traumatisme sévère dans un lieu multiculturel stable (Europe) et dans un plus instable (Afrique de l'Ouest) 2) Déterminer l'association de la santé mentale avec les événements traumatiques, les PTSD, les symptômes dépressifs et la résilience. 3) Identifier les facteurs, y compris la situation, associés au PTSD <p>Les chercheurs ont 3 hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La fréquence des événements traumatiques sévères dans les endroits instables est plus élevée que dans les endroits stables. 2) La sévérité des PTSD est plus élevée dans les endroits instables. 3) Le soutien proposé aux travailleurs sera associé à la sévérité accrue de stress traumatique et sa fréquence.
<p>Population/Echantillon</p>	<p>Cette étude a pris deux groupes d'échantillons de travailleurs humanitaires chez des missionnaires protestants étant pour un long terme dans une mission interculturelle. Un groupe se trouvait en Europe et l'autre en Afrique de l'Ouest.</p> <p>Les personnes de moins de 20 ans ont été exclues de l'enquête, de même que ceux qui étaient dans cette mission depuis moins de deux ans (car chez eux le risque de dépression est plus élevé).</p> <p>Les participants travaillaient dans le domaine médical, le développement ou alors dans le domaine linguistique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Europe : En coopération avec les conseillers du travail des organisations, les participants qui remplissaient les critères de participation ont été identifiés. Sur ces 152 personnes éligibles, 100 ont été contactées, puis 30 de plus, de manière aléatoire. Sur ces personnes, 50 ont accepté de participer (38,5%). Il n'y avait pas de différence significative entre les répondants et les non-répondants en Europe concernant l'âge, le sexe et l'état civil. • Afrique de l'Ouest : Toutes les missions de l'Afrique de l'Ouest ont été contactées, car les chercheurs s'attendaient à un taux de réponse bas dans cette région. 850 missionnaires ont été contactés et 206 ont répondu (27%). Il y a deux raisons principales pour ce refus : 1) des problèmes logistiques 2) les travailleurs étaient très mobiles et donc difficilement joignables. <p>Les participants de l'Afrique de l'Ouest travaillaient dans 11 pays avec un taux modéré à élevé d'instabilité dans le pays.</p>

	<p>Les participants de l'Europe travaillaient dans 18 pays avec un taux d'instabilité bas.</p> <p>Les deux échantillons ne diffèrent pas en ce qui concerne les facteurs probablement associés à un PTSD, à la dépression et l'anxiété, aux antécédents familiaux de dépression et d'anxiété, aux conditions médicales ou à l'utilisation de certains médicaments.</p>
Type d'étude ou devis	Etude quantitative
Aspect éthique	Le consentement a été obtenu par e-mail et The Duke University Internal Review Board a validé les procédures éthiques. Les questionnaires étaient protégés par un mot de passe.
Méthodologie de collecte de données	Des questionnaires ont été envoyés par e-mail car c'était plus facile, moins cher et plus efficace. Les participants renvoyaient le questionnaire par e-mail une fois qu'ils y avaient répondu.
Méthode de traitement des données,	<p><i>The Trauma Questionnaire</i> (TQ) a été utilisé pour rassembler des informations sur les expériences traumatisantes de la vie. Cette échelle évalue plus de 20 sortes de traumatismes.</p> <p>Le PTSD a été évalué avec <i>The Davidson Trauma Scale</i> (DTS), échelle basée sur les symptômes du DSM-IV. Cette échelle évalue la fréquence et la sévérité des symptômes.</p> <p>Pour évaluer les symptômes dépressifs <i>The Beck Depression Inventory</i> (BDI) a été utilisé. Cet instrument détermine la sévérité des symptômes.</p> <p>Pour identifier les caractéristiques de la résilience chez les missionnaires associées à la sévérité des symptômes post-traumatique, l'échelle de la résilience a été utilisée. <i>The CD-RISC</i> a été récemment développée. C'est un instrument d'auto-évaluation qui évalue la résilience et les stratégies de coping.</p> <p>Etant donné que les participants à cette étude se sont engagés, pour la plupart (80%) sur une motivation religieuse, <i>The Religious Coping Scale</i> a été utilisée afin de déterminer les trois « styles » de coping religieux.</p> <p>Les données ont été analysées avec le <i>SAS software</i> (SAS Institute, Inc, 2001).</p> <p><i>La Chi-square Statistic</i> a été utilisée pour évaluer si les taux de différences de prévalence entre les situations étaient statistiquement significatifs.</p>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • L'âge moyen était de 46,5 ans. • 61% était des femmes

- 79% était marié
- 93% était des personnes caucasiennes
- 79% était de nationalité Américaine ou Canadienne

Les participants en Europe ont passé un temps plus long à l'étranger.

Il y avait plus de participants venant d'Afrique de l'Ouest qui avaient reçu des soins et des entraînements spécifiques au stress.

National Comorbidity Survey (NCS) expose que la moyenne d'exposition à **un** traumatisme sévère national au U.S est de 60,7% pour les hommes et de 51,2% pour les femmes

Le pourcentage des hommes et des femmes expatriés qui ont été confrontés à **un** traumatisme sévère était de :

- 91,6% pour les hommes et de 84,5 chez les femmes qui travaillent en Afrique de l'Ouest,
- et de 82,3% pour les homme et 72,7% pour les femmes travaillant en Europe. => **la différence n'est pas vraiment significative entre les deux groupes**

. Mais quand on observe le nombre d'événements traumatisants cumulatifs **la différence devient plus prononcée** :

- 9,5% des hommes et 5,0% des femmes ont été confrontés **trois fois ou plus** à un événement traumatisant aux US.
- 71,1% des hommes et 64,2% des femmes qui travaillent en Afrique de l'Ouest ont été confrontés à 3 événements traumatisants ou plus.
- 47,1% des hommes et 30,3% des femmes travaillant en Europe ont été confrontés à 3 événements traumatisants ou plus.

Les résultats démontrent un haut niveau de stressseurs traumatisants en Afrique de l'Ouest comparé à l'Europe ($p = <0.001$). Cependant, les chercheurs n'ont trouvé qu'une petite différence entre les symptômes de stress chez les travailleurs de l'Afrique de l'Ouest comparé à ceux de l'Europe ($p = <0.05$). Ces deux affirmations nous ramènent à deux de nos hypothèses. Quand les événements traumatisants sont anticipés, un soutien plus important est proposé. De ce fait, moins de symptômes de stress se manifestent chez les travailleurs humanitaires.

Au total, si l'on considère les deux groupes, 4,8% des missionnaires souffrent de PTSD et 13,2 % de PTSS (syndrome post-traumatique subsymptomale).

La fréquence des PTSD est de 5,4% et la fréquence des PTSS est de 15,2 % en Afrique de l'Ouest. Ce résultat est sensiblement plus élevé qu'en Europe. En tout, 20,6 % des missionnaires d'Afrique de l'Ouest avaient soit PTSD, soit PTSS.

Le score de PTSD varie selon les facteurs démographiques, les facteurs de risques, la résilience et la santé mentale.

- L'âge, le sexe et la situation sont les principaux facteurs démographiques les plus influençant.

	<ul style="list-style-type: none"> • Un passé dépressif, l'histoire familiale, le sexe et la situation sont les facteurs de risques les plus influençant. • Pour la résilience, c'est la situation, la religion puis l'âge. • Et pour la santé mentale, c'est la situation, les antécédents de dépression et la sévérité du traumatisme. <p>Dans cette étude, les résultats montrent que la résilience n'était pas significativement associée au PTSD diminué mais avec une expérience traumatique diminuée.</p> <p>Le « coping » associé à la religion n'est pas associé au PTSD mais à une résilience plus élevée d'après les résultats.</p> <p>L'utilisation des services de soutien disponibles pour les travailleurs de l'Afrique de l'Ouest était associée au haut nombre d'événements traumatiques.</p>
<p>Discussion et conclusion</p>	<p>La recherche démontre que la fréquence d'événements traumatiques sévères était significativement plus haute dans les pays instables que dans les pays stables. Un plus grand nombre d'événements traumatiques était fortement associé à un PTSD. Ils expliquent que cela confirme le rôle d'un traumatisme récurrent avec un stress accru mais aussi qu'il y a une possibilité d'adaptation positive.</p> <p>Les facteurs les plus associés avec un PTSD sont la dépression et l'importance des événements traumatiques.</p> <p>La dépression a été le plus souvent décrite dans les symptômes de PTSD. D'autres part, les antécédents psychologiques ont aussi été décrits comme favorisant le PTSD. Une résilience plus basse est associée à un stress plus élevé. Une petite résilience contribue à une grande vulnérabilité, mais cela peut seulement être approuvée par une étude longitudinale.</p> <p>Le fait de travailler en Afrique de l'Ouest a montré une augmentation du stress.</p> <p>La différence entre la sévérité du stress post-traumatique et la situation était petite et donc peu significative pour le nombre d'événements traumatisants.</p> <p>D'autres part, dû aux limitations des comparaisons de cette étude, on ne peut pas conclure que les facteurs contextuelles n'affectent pas la sévérité du stress dans cette population.</p> <p>Un niveau de résilience plus bas a été associé à un niveau de stress accru. Travailler en Afrique de l'Ouest montre une tendance vers le stress accru.</p> <p>Une étude longitudinale serait peut-être nécessaire pour évaluer la résilience face aux traumatismes dus au stress.</p> <p>Le fait que les expatriés savent qu'ils seront exposés à des événements traumatisants font qu'ils acceptent ce risque et qu'ils</p>

	partent dans un but qu'ils connaissent. La capacité de résilience est donc augmentée si l'on a connaissance des événements traumatisants qui nous attendent.
Limites de cette étude	<p>Le taux de réponse des participants a été très bas, pour l'Afrique de l'Ouest ceci est peut-être dû au fait que les questionnaires ont été envoyés par e-mail (difficulté d'accès, personnel mobile). Les personnes non-répondantes n'ont peut-être pas participé car elles souffraient elles-mêmes de stress. Les comparaisons entre les répondants étaient rendues difficiles car ces gens vivaient dans des pays différents et virtuellement il était difficile de comparer par manque de temps.</p> <p>Il aurait fallu une étude longitudinale pour se rendre compte de l'évolution de l'altération de la santé à long terme.</p> <p>Il y avait plus de suivis et de soutiens pour les participants d'Afrique de l'Ouest qu'en Europe. Cela peut avoir réduit la différence des psychopathologies. Les effets peuvent être cachés dans cette étude de part le fait que les missionnaires qui ont utilisé les services d'aide étaient plus traumatisés que ceux qui ne les ont pas utilisés.</p> <p>Il y a certes une grosse fréquence de PTSD et de PTSS chez les participants, mais ceux-ci ont aussi eu un excellent suivi, il faudrait donc une étude longitudinale pour le prouver.</p> <p>Les soutiens pour aider les participants de l'Afrique de l'Ouest étaient plus grands, ils ont peut-être permis de diminuer les conséquences du stress. Une étude longitudinale serait nécessaire pour évaluer l'effet de ces aides apportées.</p> <p>Le travail pour connaître les traumatismes et leurs impacts mentaux, associé à la prévention et aux stratégies de coping pour des gens qui investissent leur vie dans des buts humanitaires et spirituels, a juste commencé.</p>
Commentaires personnels	<p>Malgré le fait que le taux de réponses dans les deux groupes de cette étude était significativement bas, plusieurs résultats intéressants en ressortent.</p> <p>Nous pouvons remarquer qu'un pourcentage élevé dans les deux groupes a été exposé à un événement traumatique comparé à la moyenne américaine. Mais il n'y a pas vraiment de différence significative entre ces deux groupes. Cependant, lorsque l'on observe l'exposition de ces groupes à trois événements traumatiques ou plus, la différence devient nettement plus prononcée. Les travailleurs d'Afrique de l'Ouest sont significativement plus confrontés à trois événements traumatisant ou plus (une moyenne de 67,6% pour les travailleurs de l'Afrique de l'Ouest et une moyenne de 38,7% pour les travailleurs européens soit presque 2x moins). Nous pourrions penser que les travailleurs de l'Afrique de l'Ouest ont un pourcentage de conséquences plus élevé car les résultats démontrent un haut niveau de stressseurs traumatisants en Afrique de l'Ouest comparé à l'Europe ($p = <0.001$). Mais les résultats ne démontrent qu'une faible différence entre ces deux groupes (travailleurs de l'Afrique de l'Ouest légèrement plus élevé que ceux de l'Europe $p = < 0.05$). Le soutien proposé par les organisations plus important en Afrique de l'Ouest expliquerait cette différence minime. Mais il ne faut tout de même pas négliger le résultat de la fréquence des PTSD qui est de 5,4% en Afrique de l'Ouest et un résultat légèrement plus bas en Europe. De plus, la fréquence des PTSS qui est de 15,2% pour les travailleurs de l'Afrique de l'Ouest (et légèrement plus élevé pour l'Europe) peut nous faire émettre l'hypothèse que si une</p>

étude longitudinale avait été effectuée, un pourcentage plus élevé de PTSD aurait pu ressortir à long terme.

Les chercheurs mettent en avant divers résultats quant aux facteurs démographiques, aux facteurs de risques, à la résilience et à la santé mentale. Ces résultats ne sont pas négligeables car ils pourraient servir dans la sélection des travailleurs humanitaires afin de limiter les conséquences néfastes sur leur santé. Même si le but de l'étude n'était pas d'évaluer les facteurs de stress, ils peuvent être très utiles pour les ONG. Si l'on compare ces résultats avec les précédentes études analysées, l'âge, le sexe, les antécédents de dépression sont les trois facteurs qui ressortent comme étant des facteurs qui augmentent le risque de PTSD ou autres conséquences néfastes pour les travailleurs. Une sélection adéquate est donc primordiale.

La résilience et le coping sont aussi évalués dans cette étude. Les résultats démontrent que les personnes s'étant engagé grâce à leurs croyances religieuses sont plus résilientes et mettent plus facilement en place (de manière consciente ou non) des mécanismes de coping et que ces personnes-là sont moins susceptibles de souffrir de PTSD. Un autre résultat qui en découle est que les personnes qui sont soumises fréquemment à des traumatismes ont une résilience qui diminue. Nous pouvons donc en conclure qu'il est important de mettre en œuvre des moyens afin de diminuer l'exposition à des événements traumatiques si l'on veut préserver la santé mentale des travailleurs.

Un point essentiel qui se dégage de cette étude est l'importance du soutien mis en place et proposé par les organisations. En effet, comme le démontre les résultats cités plus haut, les travailleurs de l'Afrique de l'Ouest sont nettement plus exposés aux événements traumatiques, mais ne présentent qu'un nombre plus élevé minime de symptômes dus à ce stress. Les chercheurs expliquent bien que le soutien proposé en Afrique de l'Ouest était nettement plus important et plus utilisé par les travailleurs. La conclusion qui en ressort est que le soutien adéquat est un moyen indispensable pour éviter ou diminuer les conséquences dues au stress.

En résumé la recherche a répondu à ces trois hypothèses :

- 1) La fréquence des événements traumatiques sévères est plus élevée dans les endroits instables.
- 2) La sévérité et la fréquence des PTSD est effectivement plus élevée dans les pays instables
- 3) Si le soutien proposé au travailleur est adéquat cela va avoir une influence sur la sévérité des traumatismes et leur conséquence.

Psychological Consequences of the Bam Earthquake on Professional and Nonprofessional Helpers

<p>Auteurs</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Hassan Hagh-Shenas : Psychiatry Research Center, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran</p> <p>Mohammad Ali Goodarzi : Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran</p> <p>Gholamreza Dehbozorgi : Department of Psychiatry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran</p> <p>Hassan Farashbandi : Department of Psychiatry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran</p> <p>Journal Of Traumatic Stress</p> <p>2005</p> <p>Iran</p>
<p>Buts et question de recherche, Hypothèse</p>	<p>Les chercheurs émettent 2 hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La première est que les travailleurs professionnels qui ont aidé les victimes d'un tremblement de terre subiront moins d'effets psychologiques néfastes que les travailleurs non professionnels. 2. La seconde est que ceux qui sont plus susceptibles d'être sensibles à l'anxiété montreraient des effets psychologiques plus défavorables.
<p>Population/Echantillon</p>	<p>Dans cette étude, deux sortes d'aidants lors de tremblements de terre sont étudiés. La première est une population d'étudiants non professionnels. Et le deuxième est la population professionnelle, soit les travailleurs du Croissant-Rouge, de la Croix-Rouge et des pompiers.</p> <p>100 étudiants non professionnels volontaires, qui sont restés pendant plusieurs jours sur le lieu du tremblement, ont été examinés pour l'étude.</p> <p>80 travailleurs du Croissant-Rouge et de la Croix-Rouge et 36 pompiers ont participé à cette étude.</p>
<p>Type d'étude ou devis</p>	<p>Etude quantitative</p>

Aspect éthique	Il est dit que les participants ont accepté de participer à cette étude mais il n'est mentionné à aucune place que le consentement écrit a été donné, ni précision sur l'anonymat.
Méthodologie de collecte de données	Les participants ont rempli un questionnaire environ 90 jours après le tremblement de terre (entre 75 et 103 jours) et les réponses ont été enregistrées le <i>Demographic Questionnaire</i> , le <i>ESHEL</i> , le <i>QHG</i> et l' <i>ASI</i> (cf méthode de traitement de données).
Méthode de traitement des données	<p>Plusieurs méthodes de traitement de données ont été utilisées :</p> <p><i>The Civilian Mississippi Scale (CMS)</i> - version perse - a été utilisée pour évaluer les symptômes de stress post-traumatique (PTSD).</p> <p><i>Le General Health Questionnaire (GHQ)</i> a été utilisé pour mesurer la santé physique, l'anxiété, les fonctions sociales et la dépression.</p> <p>L'<i>Anxiety Sensitivity Index (ASI)</i> a été utilisé pour mesurer les conséquences d'un tel événement sur l'anxiété.</p> <p>Et le <i>Demographic Questionnaire</i> a été utilisé pour enregistrer les données concernant l'âge, le sexe, la formation, le temps pendant lequel les personnes sont restées sur place, le niveau d'expérience des personnes et les antécédents physiques ou psychiatriques connus.</p>
Résultats	<p>Les pompiers avaient un âge moyen de 34,2 ans, les travailleurs du Croissant-Rouge + Croix-Rouge (CR+CR) en moyenne 22,8 ans et les étudiants 21,1 ans.</p> <p>Les étudiants sont arrivés sur place le jour même du tremblement et les travailleurs professionnels le lendemain.</p> <p>Les étudiants sont restés sur place sur une plus courte période que les professionnels. Une moyenne de 48h pour les étudiants, de 224h pour les pompiers et de 165h pour les travailleurs du Croissant-Rouge et de la Croix-Rouge</p> <p>96% des étudiants étaient célibataires et 4% mariés. 89% des travailleurs du CR+CR étaient célibataires et 11% mariés 9% des pompiers étaient célibataires et 91% mariés.</p> <p>Les résultats démontrent que l'inadaptation du contrôle des émotions était plus élevée chez les étudiants que chez les travailleurs professionnels.</p> <p>Des symptômes dépressifs ont été plus fréquents chez les étudiants.</p> <p>Un éventuel PTSD a été identifié chez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 34 étudiants - 1 travailleur du CR+CR - 1 pompier <p>Ce résultat montre clairement que les étudiants étaient plus à risque de souffrir de PTSD.</p>

	<p>Encore une fois, les signes d'anxiété étaient plus élevés chez les étudiants que chez les travailleurs professionnels. Soit une moyenne de 7 pour les étudiants alors que la moyenne est à 2,7 pour les pompiers et 2,1 pour les CR+CR. Il a été vérifié grâce à des échelles que l'âge et la durée de présence sur le lieu de l'événement n'avaient pas d'influence sur ces résultats.</p> <p>Les étudiants ont démontré plus de signe d'atteinte de santé physique (moyenne de 6,3) que les pompiers (moyenne 3,6) ou les travailleurs du CR+CR (moyenne 4,6).</p> <p>L'altération de la fonction sociale était aussi plus élevée chez les étudiants (moyenne 8,7) que chez les pompiers (moyenne 6,4) et travailleurs du CR+CR (moyenne 5,6).</p> <p>La moyenne de dépression était clairement plus élevée chez les étudiants (4,9) que chez les pompiers (2,5). Mais celle des travailleurs du CR+CR (5,4) était la plus élevée.</p> <p>Les résultats confirment donc la première hypothèse qui était que les non-professionnels ont subi plus d'effets psychologiques néfastes que les professionnels.</p> <p>Si on compte les « faux-positif » environ 23% des étudiants souffriraient de PTSD.</p>
Discussion et conclusion	<p>Il est dit dans la discussion que les debriefing, le soutien de la part des organisations et le rôle professionnel ont joué un rôle dans ces résultats. Il est aussi expliqué que la plupart des travailleurs professionnels forme un « groupe » et que cela est bénéfique pour éviter les effets néfastes d'une telle catastrophe.</p> <p>Dans la discussion, il est explicité que les résultats soulignent l'importance de la formation professionnelle et de l'expérience dans le traitement de situations traumatisantes comme un facteur protecteur contre le développement PTSD.</p> <p>Les chercheurs donnent une autre explication possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les travailleurs professionnels ont été sélectionnés auparavant pour leur qualité (coping, expérience antérieure,...), ce qui confirmerait la deuxième hypothèse qui est que « ceux qui sont plus susceptibles d'être sensibles à l'anxiété montreraient des effets psychologiques plus défavorables ». La seconde est que ceux qui sont plus susceptibles d'être sensibles à l'anxiété (soit, ici, les étudiants) montreraient des effets psychologiques plus défavorables. <p>Les chercheurs expliquent que la différence d'âge, le niveau d'éducation et l'état civil pourraient expliquer certaines différences dans les résultats car ils expliquent que le soutien social est primordial dans ces situations.</p>
Limites de l'étude	Pas de limite explicitée.
Commentaires personnels	On remarque que dans cette étude contrairement aux autres recherches analysées, le taux de PTSD est moins élevé. On peut émettre l'hypothèse que, dans cette étude, les travailleurs humanitaires (soit les travailleurs du CR+CR) sont restés moins

longtemps sur place (ici une moyenne de 7 jours), ce qui pourrait expliquer la différence de résultats. Cependant, les risques de dépression étaient plus élevés chez les travailleurs du CR+CR et la cause n'est pas expliquée dans la recherche (ce qui pourrait être intéressant). Une hypothèse que nous pourrions faire à ce sujet est la différence d'âge entre les travailleurs du CR+CR et les pompiers, mais ceci n'expliquerait pas pourquoi les étudiants sont moins touchés.

Il est précisé dans la discussion que les débriefing et le soutien des organisations ont certainement joué un rôle dans les résultats, ce qui prouve, comme dans les autres études, l'utilité de ces « outils de soutien » mis en place. Ils expriment aussi l'éventuelle importance de la sélection des missionnaires, ce qui est aussi confirmé dans d'autres études analysées.

Les autres études analysées ont plus mis en avant des résultats quant à l'impact du stress chez le personnel humanitaire, mais cette étude permet de montrer que la formation professionnelle, le soutien, la sélection et peut-être d'autres facteurs tels que l'âge ou le sexe par exemple peuvent avoir de l'influence sur les effets du stress.

Les principaux effets du stress chez les aidants humanitaires sont le risque de dépression. Et même si la fréquence était minime un éventuel PTSD a été démontré pour une de ces personnes.

Malheureusement cette étude ne met pas en avant ces limites, mais il y a cependant quelques-unes. Le questionnaire distribué ne permet pas de diagnostiquer un PTSD mais de le suspecter. Les auteurs mentionnent qu'ils sont conscients du fait qu'il risque d'y avoir des faux positifs et ils en ont tenu compte.

L'échantillon est un petit nombre pour chaque population cible ce qui peut limiter la pertinence des résultats.

De plus aucune valeur éthique n'est mentionnée. Cependant les résultats de cette étude sont intéressants et les méthodes d'analyse semblent adéquates.

Trauma Exposure and PTSD Symptoms in International Relief and Development Personnel

Auteurs	<p>Cynthia B. Eriksson : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, California</p> <p>Hendrika Vande Kemp : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, California</p> <p>Richard Gorsuch : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, California</p> <p>Stephen Hoke : Fuller Theological Seminary, Scholl of World Mission, Pasadena, California</p> <p>David W. Foy : Graduate School of Education and Psychologie, Perpperdine University, Encino, California</p>
Journal	Journal of Traumatic Stress
Année de publication	2001
Pays	Etats-Unis
Buts et question de recherche	Le but de la recherche était d'identifier les secteurs à risques et les réactions des missionnaires suite à l'exposition d'évènements traumatiques.
Hypothèse	
Population/Echantillon	196 travailleurs humanitaires (venant de 5 agences différentes) ont été contactés. Parmi ces personnes, 113 participants (42% d'hommes et 58% de femmes) ont accepté de participer.
Type d'étude ou devis,	Etude quantitative
Aspect éthique	L'anonymat était assuré par l'utilisation de numéros de code pour identifier les protocoles. Chaque participant a donné son consentement écrit.
Méthodologie de collecte de données	Des questionnaires ont été distribués à des missionnaires dans 5 agences d'aide humanitaire à 196 travailleurs. 113 participants ont accepté de participer et ont rempli le questionnaire portant sur leur exposition à des traumatismes en outre-mer et leurs réactions émotionnelles aux cours des six premiers mois suivant leur retour chez eux.

	<p>Les questionnaires étaient auto-évaluatif et devaient être remplis à la main. Ils contenaient aussi une partie narrative.</p> <p>Une partie du questionnaire concernait les variables démographiques telles que : l'âge, le sexe, les spécificités du service outre-mer (soit l'emplacement du poste, les responsabilités, la durée du service, etc).</p> <p><i>The Los Angeles Symptom Checklist</i> à demandé aux participants d'indiquer leur expérience personnelle concernant certains symptômes particuliers et, dans la mesure où l'élément indiqué était un problème, le participant devait le noter entre 0 et 4 (0= pas de problème 4 = problème extrême).</p> <p>Les participants ont été interrogés au sujet des incidents de violence (ex : voir des enfants mourir, attaque de véhicule ou de convoi, victime d'une agression,...)</p> <p>Ils ont aussi été interrogés sur 13 événements considérés comme des dangers de mort.</p> <p><i>The Support Rating Scale</i> a été utilisé pour mesurer le soutien social perçu.</p> <p><i>The Los Angeles Symptom Checklist</i> a été utilisé pour mesurer les signes de PTSD et autres signes psychologiques.</p>
<p>Méthode de traitement des données,</p> <p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 92% des participants étaient de race blanche et 86% avaient un haut niveau d'instruction ▪ 53% étaient mariés et 37% étaient célibataires ▪ 31 pays étaient représentés. <p>Fréquence des principaux facteurs de risque de traumatismes chez les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menace physique à l'aide d'une arme : 31,9% l'ont vécu, 20,4 % en ont été témoin • Menace sur sa santé : 27,4% ont vécu • Etre menacé par un tir : 26,5% ont vécu et 17,7% ont été témoins • Accidents de la route : 25,7% et 39,8% • Etre poursuivi par un groupe ou un individu : 16,8% et 26,5% • Résidence ou lieu de travail bombardé : 13,3% et 5,3% <p>Les analyses concernant l'âge, le sexe, l'agence, et le type de travail ne présentaient pas de résultats significatifs en lien avec des signes de PTSD.</p> <p>La durée du service passé outre-mer était significativement rapproché de l'exposition à la menace de vie ($p= 0,01$) et à l'exposition de traumatisme supplémentaire ($p=0,001$). Le temps sur le poste d'outre-mer n'était pas corrélé avec l'exposition personnelle à la menace vitale.</p>

	<p>10% du personnel de retour a présenté tous les critères d'un PTSD, ils ont déclaré avoir au moins des problèmes modérés quant à la reviviscence de l'évènement traumatique, de l'évitement et de l'hypervigilance. Le 19% ont déclaré avoir au moins deux critères de diagnostic de PTSD, soit un PTSD « partiel ». La moitié des répondants (51,3%) ont déclaré souffrir d'un moins un signe de PTSD.</p> <p>Une interaction significative a été trouvée entre l'exposition aux évènements traumatisants et le support social.</p> <p>Généralement, des hauts niveaux de PTSD sont associés à un haut niveau de menace de la vie. Cependant les participants de cette étude avec des niveaux élevés d'exposition ont déclaré un bas niveau de PTSD, mais ils ont aussi relevé un haut niveau de soutien social.</p> <p>Le score le plus bas de PTSD était associé avec report d'exposition au-dessous de la moyenne et un support social au-dessus de la moyenne perçue.</p> <p>Des basses expositions et un bas support social sont aussi associés à un PTSD bas.</p> <p>L'exposition à un traumatisme supplémentaire n'a pas contribué à un écart significatif de régression.</p> <p>De plus, les interactions entre le support social et l'exposition à des menaces de vie suggèrent que le support social pourrait agir comme « amortisseur » pour ceux qui ont un haut niveau d'exposition traumatique.</p> <p>La symptomatologie et la perception du support social a été reporté par les personnes de retour plus que par les personnes vivant encore dans un environnement stressant.</p>
<p>Discussion et conclusion</p>	<p>Les résultats indiquent que les travailleurs humanitaires sont à haut risque d'exposition à des évènements traumatiques graves. Les participants ont fait état d'une surprenante gamme et fréquence d'évènements traumatiques.</p> <p>Cette prévalence de PTSD dans cet échantillon est comparable à celle constatée dans la population générale.</p> <p>Le niveau de stress est comparable à celui annoncé chez le personnel de secours exposé aux désastres et des traumatismes liés au travail.</p> <p>Les résultats d'antécédentes recherches suggèrent que la sévérité des expositions à des facteurs de stress joue un rôle important dans le développement de symptômes de PTSD. Cette recherche confirme l'hypothèse que dit que la relation entre l'exposition personnelle ou le fait d'être témoin d'un évènement traumatique de menace de vie et les symptômes de PTSD chez les travailleurs humanitaires est présente.</p>

Limites de l'étude	<p>1 : les informations ont été rapportées de manière auto-évaluative, il n'y a donc pas eu de jugement clinique.</p> <p>2 : les répondants ont données des informations rétrospectivement, ce qui a pu avoir affecté l'exactitude des réponses.</p>
Commentaires personnels	<p>Cette recherche a étudié uniquement le risque de PTSD suite à un travail humanitaire. Selon cette étude, le sexe et le type de travail ne jouaient pas un rôle direct avec le PTSD. Cependant d'après d'autres études analysées, les femmes et les personnes travaillant directement avec les morts seraient plus sujettes au PTSD.</p> <p>De plus, dans cette étude, le pourcentage de PTSD est plus bas que dans 4 études analysées précédemment, mais il est reporté dans cette étude que le soutien social est très présent, contrairement aux autres études. Comme rapporté dans l'étude faite au Kosovo entre le personnel local et expatrié, le soutien social est primordial pour « éviter » ou « diminuer » des symptômes de stress. Comme expliqué dans la discussion de cette étude, il est possible que le soutien social ait joué un grand rôle. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que cette étude se déroulait dans des situations plus stables, ce qui ferait diminuer les scores de PTSD selon l'étude analysée qui comparait les pays stables et instables.</p> <p>Etonnamment, lorsque a vie a été menacée, le score de PTSD ne semble pas plus élevé mais, comme expliqué, le score de soutien social était aussi plus haut ce qui peut l'expliquer.</p> <p>J'ai retrouvé cette étude dans diverses recherches citées comme références, il me semble d'après les résultats des divers auteurs que cette recherche est pertinente.</p>

Mental Health Status of Human Rights Workers, Kosovo

<p>Auteurs</p>	<p>Timothy H. Holtz :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Division of Parasitic Diseases, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Contrôle and Prevention, Atlanta, Georgia - Epidemix Intelligences Services, Epidemiology Program Office, Centers for Disease Contrôle and Prevention, Atlanta, Georgia <p>Peter Salama :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epidemix Intelligences Services, Epidemiology Program Office, Centers for Disease Contrôle and Prevention, Atlanta, Georgia - International Emergency and Refugee health Branch, National Center for Environmental Health, Centers for Disease Contrôle Prevention, Atlanta, Georgia <p>Barbara Lopez Cardozo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - International Emergency and Refugee health Branch, National Center for Environmental Health, Centers for Disease Contrôle Prevention, Atlanta, Georgia <p>Carol A. Gotway :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environmental Hazards and Health Effects, National Center for Environnemental Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia
<p>Journal</p>	<p>Journal of Traumatic Stress</p>
<p>Année de publication,</p>	<p>2002</p>
<p>Pays</p>	<p>Etats-unis</p>
<p>Buts et question de recherche, Hypothèse</p>	<p>L'objectif de cette étude est de mesurer la prévalence de la fréquence d'utilisation d'alcool, de l'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique (PTSD) et des morbidités psychiatriques du personnel des organisations humanitaires travaillant au Kosovo. Un deuxième objectif est de déterminer la variabilité de la qualité de travail effectué, les expositions traumatiques associées au personnel et sa santé mentale.</p>
<p>Population/Echantillon</p>	<p>5 agences présentent au Kosovo ont accepté de participer et une a refusé pour des raisons logistiques.</p>

	94 employés d'organisations humanitaires travaillant dans les droits de l'homme au Kosovo ont participé à cette étude.
Type d'étude ou devis	Etude quantitative
Aspect éthique	Le questionnaire était strictement confidentiel et anonyme. Les participants ont donné leur consentement écrit.
Méthodologie de collecte de données	Les chercheurs ont distribué à 94 employés d'organisations humanitaires des questionnaires. Tous ces employés travaillaient pour les droits de l'homme. 70 employés ont accepté de répondre soit le 73,4%. Le questionnaire a été traduit en albanais puis les réponses ont été retranscrites en anglais pour les chercheurs. Ce questionnaire a été approuvé par 2 médecins albanais bilingues.
Méthode de traitement des données	Le questionnaire était divisé en 4 sections : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>The demographic section</i> a été utilisée pour traiter les données démographiques. 2. <i>The General Health Questionnaire</i> (GHQ-28) est utilisé pour déterminer les maladies psychiatriques non spécifiques (comprennent 4 groupes : somatisation, anxiété, dysfonctionnement social et dépression) 3. <i>The Hopkins Symptom Checklist</i> (HSCL-25) est utilisé pour diagnostiquer les symptômes élevés d'anxiété et de dépression 4. <i>The Harvard Trauma Questionnaire</i> (HTQ) est utilisé pour évaluer les troubles de PTSD <p>Ce questionnaire reflète les traumatismes subis par les employés des organisations humanitaires.</p> <p>Les données ont été traitées par <i>Epi-Info Version 6.04</i> et <i>SAS Version 8.01</i></p>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Il y avait 44 hommes (62,9%) et 26 femmes (37,1%) - 65,92 % des répondants étaient kosovar albanais (KA) - 4,5% était expatriés - 1,1% n'ont pas mis leur nationalité sur le questionnaire - 22 (31,4%) avaient plus de 40 ans - 35 (50%) étaient mariés ou vivaient en couple - 34 (48,6%) avaient un ou plusieurs enfants. - Presque tous avaient un diplôme universitaire ou étaient étudiants (60,8%) - 33 des répondants (47,1%) travaillaient avec leur organisation habituelle depuis plus de 6 mois. - Pour 41 (58,6%) c'était leur premier travail humanitaire

	<ul style="list-style-type: none"> - 14 (20%) ont travaillé dans 2 ou plusieurs missions auparavant - Quelques employés (peu) ont relevé que leur employeur leur donnait la possibilité de participer à des cours de gestion du stress (25,7%) ou avaient une assistance psychologique (28,6%). - 4 personnes avaient un passé psy (dont 3 KA) et ceux-ci avaient des postes à responsabilité et avaient plus de 3 ans d'expérience sur le terrain. <p>Les principaux évènements traumatiques auxquels ont été exposés les employés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - situation de peur – menaces de mort verbales ou physiques – bombardement de la place de travail ou de la résidence – avoir été proche de la mort - situation où plusieurs personnes sont mortes. <p>24 (37%) expriment avoir vécu 5 ou plus événements traumatisants. La moyenne des évènements traumatiques étaient de 4.0</p> <p>Des symptômes élevés d'anxiété étaient présents chez 17,1% (12) et de 8,6% (6) de dépression. Des symptômes de PTSD étaient présents chez 7,1% des participants, soit 5 personnes.</p> <p>Le score moyen d'insomnie et anxiété était le plus haut des 4 groupes des maladies psychiatriques non spécifiques puis suivent les symptômes somatiques, les dysfonctionnements sociaux et la dépression sévère.</p> <p>Toutes les personnes avec des symptômes élevés de PTSD ou dépression étaient des hommes. L'âge, la situation familiale, l'éducation, la consommation d'OH, avoir travaillé ou non dans une organisation auparavant, le soutien psychologique présent ou pas, n'ont pas eu d'influence sur les scores élevés de PTSD. Les antécédents psychiatriques, étonnamment, n'avaient aucun lien avec les symptômes de PTSD.</p> <p>Aucun des expatriés n'a présenté des symptômes d'anxiété, de dépression ou de PTSD dans notre étude.</p> <p>Travailler plus de 6 mois dans une organisation humanitaire signifie un risque plus élevé de maladies psychiatriques non spécifiques et une fréquence plus élevée d'anxiété et de dépression.</p> <p>Dû au petit nombre de dépression et de PTSD, les chercheurs ont uniquement analysé les expositions au traumatisme en lien avec l'anxiété (mais pas avec la dépression).</p> <p>Les évènements traumatiques associés à l'anxiété sont les attaques à mains armées, les mines anti-personnels, les expériences de torture.</p>
Discussion et conclusion	Les personnes œuvrant dans des travaux d'aide humanitaire sont clairement exposées à des risques de traumatismes

	<p>psychologiques. Peu d'études officielles ont été faites à ce sujet, particulièrement chez les travailleurs sur les droits de l'homme. Les symptômes psychologiques néfastes ont été fréquents dans ce groupe de professionnels. On a trouvé que 17,1% des interrogés présentaient des symptômes élevés d'anxiété. Plus que dans l'étude des « Kosovar albanian humanitarian aid workers » (15%). En plus 8,6% des travailleurs avaient des symptômes de dépression. Les taux de PTSD étaient plus bas que dans l'étude faite sur les travailleurs après la guerre (13-21%) mais plus haut que dans l'étude « Kosovar albanian humanitarian aid workers » (6%).</p> <p>Il ressort que les personnes travaillant plus de six mois en mission sont nettement plus exposées au risque d'anxiété mais ce résultat est indépendant du nombre d'expositions à des événements traumatiques.</p> <p>Il a été démontré que les symptômes de morbidité psychiatrique étaient plus élevés chez les travailleurs du droit de l'homme. Une mission prolongée, dans ce genre de situation, pour les travailleurs du droit de l'homme peut augmenter le risque de troubles psychiatriques.</p> <p>Plus d'un quart des répondants ont vécu des expériences de bombardements, de tirs de sniper, attaque à main armée, ont été dans des situations de grande peur et dans des situations où beaucoup de personnes sont décédées. Les attaques à main armée ont fait augmenter le score d'anxiété (et de dépression).</p> <p>Les kosovars albanais qui ont travaillé pour les droits de l'homme ont été exposés à plus de situations traumatiques.</p> <p>Quand on est exposé à un haut niveau de morbidité psychiatrique, l'efficacité du travailleur humanitaire peut être affectée.</p> <p>Dans cette étude, le PTSD est plus bas que pour la population générale, mais plus haut que pour les travailleurs humanitaires. Ce qui ne veut pas dire que les travailleurs humanitaires sont protégés du PTSD.</p>
<p>Limites de l'étude :</p>	<p>La première limite de cette étude est la petite taille de l'échantillon, ce qui limite certains résultats. Mais le taux de réponses était élevé.</p> <p>Il est possible que le 74% des répondants aient un résultat sous-estimé de PTSD, anxiété et dépression car il est possible que les non-répondants n'ont pas osé répondre dû à leurs possibles symptômes.</p> <p>Etant donné qu'il n'y a pas eu d'interview dans cette étude, les symptômes n'ont donc pas pu être cliniquement prouvés.</p>
<p>Commentaires personnels</p>	<p>Il me semblait primordial de trouver une étude se rapportant aux travailleurs humanitaires travaillant pour les droits de l'homme. En effet, selon divers témoignages de proches et certains articles du CICR de plus en plus de médecins ou d'infirmières travaillent, une période de leur vie, pour les droits de l'homme (visites de prisonniers par exemple). Il me semblait donc important d'avoir une étude à ce sujet.</p>

Comme on peut le voir dans les résultats, les morbidités psychiatriques suite à une mission de ce genre se trouvent élevées.

Cette étude comprend évidemment certaines limites. Comme dans les autres études analysées, la limite qui est la plus évidente et que de par le fait qu'il y ait des non-répondants les résultats peuvent se trouver faussés. Mais, dans cette étude, le taux de réponses se trouvait assez élevé.

Comme dans les autres études, le questionnaire se fait de manière auto-évaluative ce qui signifie qu'aucun diagnostic clinique n'a été posé pour la population de répondants. Il n'y a pas eu d'interview dans cette étude, ce qui signifie que les participants ne pouvaient expliquer leurs réponses. Mise à part ces limites, de nombreux résultats significatifs ont pu ressortir de part le nombre de participants. De plus, les résultats rejoignent les résultats d'autres études ce qui peut laisser croire à la validité de ses réponses.

The Value of Support for Aid Workers in Complex Emergencies : a phenomenological Study

Auteurs	<p>Annette hearns : RN, RSCN, MSc Disaster Relief (Healthcare), Acting Team Leader for the United Nations Mission with the United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs</p> <p>Pat Denny : RN, RNT, Ad Dip Ed BSc(Hons) nursing. Senior Lecturer in Nursing, School of Nursing, Institute of Nursing Research, University of Ulster, Derry-Londonderry, Ireland</p>
Journal	Disaster Management & Response
Année de publication	2007
Pays	Irlande
Buts et question de recherche, Hypothèse	Cette étude examine comment est perçu le soutien mis en place par les organisations, par les employés humanitaires qui avaient des expériences récentes dans des cas d'urgence complexes.
Population/Echantillon	Il y a eu des interviews de 6 aides humanitaire (3 hommes et 3 femmes, âge de 28 à 56 ans engagés par différentes ONG basées en Europe), tous était des professionnels qui avaient travaillé pour des urgences entre 2004 et 2005. Un répondant a travaillé dans deux urgences et tous les autres ont travaillé dans 4 missions au moins. Tous avaient des rôles différents professionnels et étaient capables de comparer les expériences à travers plusieurs missions en Afrique ou en Asie
Type d'étude ou devis,	Etude phénoménologique afin de comprendre la perception des travailleurs dans un contexte particulier.
Aspect éthique	Les participants ont donné leurs consentements écrits pour participer à cette étude et celle-ci était totalement anonyme. Tous les enregistrements oraux et écrits des interviews ont été détruits un mois après le projet.
Méthodologie de collecte de données	<p>L'interview durait une heure et les questions étaient ouvertes et donnaient donc la possibilité à l'individu de s'exprimer librement. Les réponses des participants étaient enregistrées sur un dictaphone ainsi que par une prise de note.</p> <p>Une auto-analyse donnait une vraie objectivité pour cette étude.</p>
Méthode de traitement des données,	<p>Chaque interview a été retranscrite puis les résultats ont été regroupés par thèmes qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La préparation avant le départ,

	<ul style="list-style-type: none"> • Le management, • L'organisation, • Le fait de se sentir mis en valeur, • La bonne communication avec la maison et l'organisation, • L'équipe • et la réintégration/ le retour à domicile. <p>Puis les résultats ont été analysés par les auteurs et des personnes expérimentées dans les études phénoménologiques afin d'optimiser le traitement de données.</p>
Résultats	<p>L'étude a montré que les aides humanitaires avaient des attentes envers l'organisation, la mission et venant d'eux-mêmes. Si ces attentes ne sont pas « atteintes » ceci peut provoquer des déceptions qui peuvent amener à des sentiments négatifs plus profonds. Les chercheurs expliquent que le soutien des organisations et toutes les étapes de ce processus (avant, pendant et après la mission) peuvent prévenir le développement de ces sentiments négatifs.</p> <p>Voici les résultats ressortis pour les thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation du départ : Il ressort qu'il est primordial d'avoir un entraînement adéquat quand on se prépare pour une mission. La plupart des répondants ont trouvé que l'entraînement aurait pu être amélioré surtout dans la préparation personnelle de stratégie de coping face au stress. Ils ont mentionné qu'une discussion et réflexion sur le stress aurait été utile. Quelques répondants croient qu'ils auraient pu utiliser plus de leurs propres ressources avant leur mission. Le fait de ne pas les avoir « utilisées » par manque de connaissance leur font ressentir un sentiment de culpabilité.. • Management : Les participants disent n'avoir pas eu assez de management dans le soutien du personnel. Les organisations proposaient beaucoup mais ne mettait que peu en pratique selon les travailleurs questionnés. Les organisations humanitaires expliquaient que la communication entre eux, mais aussi avec l'organisation où leur famille était importante. Cependant peu de chose était proposé pour cela. Le manque de ressources pendant la mission était un problème constant pour les participants. • L'organisation : Tous les répondants attendaient des meilleures conditions de vie sur leur place de travail. La plupart des répondants disent que, malgré les mauvaises conditions de vie, ils continueront tous de travailler pour leur organisation par loyauté. Mais en profondeur il y a un conflit non résolu (une colère) avec l'organisation ce qui pourrait poser problème à long terme. Il y avait une différence entre ce que proposait l'organisation sur papier et la réalité. (un programme très bien en théorie, mais l'organisation n'avait pas les connaissances et les moyens suffisants pour les mettre en pratique) ce qui a provoqué des

	<p>problèmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une valeur dans l'organisation : La plupart des répondants ont exprimé une évaluation très basse de soi-même. Ils n'étaient pas très fiers puisqu'ils souffraient beaucoup du manque de soutien des organisations, ce qui a affecté leurs performances pendant la mission. Ceci a augmenté leur sentiment de culpabilité qui est resté encore longtemps même une fois à la maison = difficile à lâcher prise. Les participants ont exprimé que chaque procédure d'interview était une sorte de débriefing, ce qui leur était bénéfique. Tous les participants ont souvent utilisé le terme de traumatisme pour exprimer leurs sentiments. Beaucoup ont pleuré durant les interviews. Malgré le fait que leur douleur était réelle, aucune organisation n'a suggéré au personnel de voir un conseiller à leur retour à la maison. Il est ressort des interviews que le manque de « reconnaissance » de la part des organisations étaient plus néfaste que les événements traumatiques vécus sur place pour la majorité des participants. • Communication : Les contacts avec la famille et les proches n'étaient pas aussi bien que les participants ne l'auraient espérés. La communication avec l'organisation était aussi problématique et ils ont perçu que l'organisation ne comprenait pas vraiment ce qui se passait dans le champ de l'action. • L'équipe : Les répondants trouvaient qu'il était nécessaire de trouver sa place ou son rôle au sein de l'équipe car elle ressemblait à une structure familiale. Ils avaient un sentiment de devoir être toujours disponibles, les responsabilités s'additionnaient et ils devaient faire preuve d'une grande flexibilité dans le travail. Une pression était donc constamment présente. Ajouté à cette pression, un manque de compréhension de la part des organisations (ex : planification des remplacements insuffisant ou inexistant) était présent. • Réintégration : retour à la maison Quelques répondants exprimaient un sentiment de culpabilité de quitter leurs collègues à la fin de leur mission. De retour à la maison, ils ont eu de la difficulté à exprimer leurs sentiments . Tous ont dit qu'il y avait des émotions mixtes : culpabilité, joie de retrouver les siens ou le simple plaisir de pouvoir se doucher tous les jours.
Discussion et conclusion	<p>La perception du soutien insuffisant affecte les sentiments des travailleurs humanitaires, cela se voit avec la qualité du travail diminué pendant la mission. Si le soutien n'est pas anticipé par l'organisation, il peut y avoir une mauvaise satisfaction de soi ou de la mission. Les auteurs suggèrent que la présence de soutiens divers venant de l'organisation est indispensable, le recrutement et l'entraînement avant le départ est primordial.</p>

	<p>Les organisations d'aides humanitaires doivent réfléchir au style de management, de prévention et soutien qu'elles peuvent et doivent proposer au personnel. Le stress et les conflits sont augmentés dans les situations d'urgences si la communication est mauvaise. Le soutien/proposition d'aide doit aussi être présent après la mission pour un soutien adéquat dans la réintégration à la vie sociale.</p> <p>Cependant, il est relevé dans cette étude que la discussion entre les organisations et les travailleurs doit être améliorée afin de pouvoir optimiser le soutien proposé et perçu.</p>
Limites de l'étude	<p>De par le fait que c'est une étude phénoménologique, il n'y a que très peu de participants, ce qui limite la validité des résultats.</p> <p>Cette étude donne plus de questions à se poser que de réponses.</p> <p>Il n'y pas de comparaison faite entre différents types de mission (désastre, guerre,...).</p> <p>Les données ont été analysées par les auteurs (+ une personne extérieure qui a beaucoup d'expérience dans ce domaine) mais il y a peut-être une influence sur les résultats.</p>
Commentaires personnels	<p>Cette étude n'évalue pas l'impact du stress mais la perception des participants quant au soutien mis à disposition par les organisations. Etant donné que mon Bachelor Thesis a comme thème l'impact du stress en vue d'améliorer sa prise en charge (chez les travailleurs humanitaires) il me semblait pertinent de comprendre l'importance que le soutien a aux yeux des aidants humanitaires.</p> <p>Les recherches faites à ce sujet (l'impact du stress chez les travailleurs humanitaires) ne sont malheureusement pas encore très étayées. Les auteurs de mes recherches le mentionnent d'ailleurs régulièrement. Cette étude étant faite par deux auteurs dans les soins infirmiers, il me semblait important d'évaluer leurs résultats quant à ce sujet.</p> <p>Il est clair que le petit échantillon de cette étude représente une limitation importante. Il me semblait cependant indispensable d'avoir une recherche qualitative sur le sujet et non quantitative afin de pouvoir percevoir « au mieux » les sentiments des participants.</p>

Debriefing of American Red Cross Personnel : Pilot Study on Participants' evaluations and Cases Examples from th 1994 Los Angeles Earthquake Relief Operation

Auteurs	<p>Keith Armstrong : LCSW Douglas Zatzick : MD Tom Metzler : MA Daniel S. Weiss : PhD Charles R. Marmar : MD Sylvia Garma : PhD Heidi Ronfeldt : MA Lynn Roepke : BA</p>
Journal	Social Work in Health Care
Année de publication	1998
Pays	Etats-Unis
Buts et question de recherche, Hypothèse	Evaluer la nécessité et l'efficacité d'un debriefing de groupe ou individuel après une mission. Spécifiquement après le tremblement de terre de 1994 à Los Angeles.
Population/Echantillon	Toutes les personnes revenant de mission doivent passer à la centrale pour signer une feuille afin de prouver leur retour. A ce moment-là, un débriefing de groupe ou individuel est proposé. 112 travailleurs du ARC (American Red Cross) de retour de mission arrivant à la centrale ont été sollicités pour répondre à une questionnaire. 95 personnes ont répondu, soit le 85%.
Type d'étude ou devis,	Etude qualitative et quantitative
Aspect éthique	Une explication sur l'étude a été donnée à tout participant et le consentement écrit était indispensable afin d'y participer. Le questionnaire était anonyme.
Méthodologie de collecte de données	<p>Le débriefing se fait d'office chez les ARC qui rentrent de mission. Les missionnaires se rendent au quartier général pour remplir des formulaires et les signer afin de certifier leur retour. Puis ils participent à un débriefing avec un leader spécialement formé. Ils peuvent refuser d'y contribuer.</p> <p>Les sujets de cette étude ont été recrutés dans deux centre de ARC. Le personnel qui partait après au moins 3 semaines de mission ont été informés de l'étude au début du débriefing. Ils ont reçu une explication de l'étude écrite et leur consentement</p>

<p>Méthode de traitement des données</p>	<p>était demandé quant aux remplissages des questionnaires anonymes. L'équipe leader de ce débriefing était un éducateur, un psychologue, un psychiatre (expert de MSD). La décision du débriefing individuel ou en groupe dépendait du participant et du nombre des leaders présents.</p> <p>Le questionnaire était fait en deux parties : la première récoltait des données démographiques sur les participants et les caractéristiques de leur travail en mission. La seconde récoltait des données sur leur expérience de travail et sur le débriefing.</p> <p>La deuxième partie du questionnaire était évalué par 5 items allant de « pas du tout vrai » à parfaitement vrai » Multiple stressor Debriefin (MSD) model a été utilisé pour analyser les résultats. Les 4 buts de cet outil sont: 1 : encourager les participants à révéler les événements qui les troublaient pendant le travail humanitaire dans le désastre. 2 : donner une aide afin d'exprimer leurs pensées et sentiments associés à ces événements troublants. 3 : utiliser par discussion les outils de coping à leurs réactions de stress. 4 : encourager les participants à regarder leurs accomplissements de manière positive et significative, et les préparer à leur retour à la maison.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Avantages du débriefing d'un groupe :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le soutien d'autres membres qui s'entraident 2) Partage de l'information et discussion 3) Thème commun de leur expérience dont ils peuvent discuter 4) Cela prend moins de temps et moins d'argent 5) La structure ressemble à celle du travail (travail de groupe). Deux leaders sont utilisés pendant un debriefing d'un groupe car : 1) les problèmes sont plus facilement résolus 2) le management des problèmes de groupes sont mieux réglés 3) les interventions des leaders se soutiennent 4) minimisation de problèmes potentiels pendant les discussions des événements qui ont créé beaucoup d'angoisses. <p><u>Avantages débriefing individuel :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aide le personnel qui a besoin d'une attention individuelle plutôt qu'en groupe 2) crée une intervention pour les personnes inconfortables dans un groupe 3) option s'il n'y a pas assez de personnel pour former un groupe 4) aussi possible d'avoir une intervention pour le personnel qui a été viré à cause des problèmes de comportements au travail et pour ceux qui ne supportent pas de travailler en groupe 5) pendant le débriefing, une personne est responsable du niveau d'anxiété du participant et son but est de faire diminuer le stress.

	<p><u>Différentes phases de l'intervention individuelle (35'):</u> 1 : révélation/description des événements 2 : les sentiments et les réactions 3 : suivi spontanément par les stratégies de coping 4 : phase terminale où la discussion du retour à la maison se fait</p> <p><u>Différents phases de l'intervention de groupe (45'):</u> 1 : révélation/description des évènements 2 : les sentiments et les réactions 3 : stratégies de coping 4 : phase terminale</p> <p>Les différences entre individuel et groupe ont été évaluées mais il n'y avait pas de différence significative.</p> <p>Homme et femme, année d'expérience = pas de différence significative.</p> <p>Pour les groupes : Ils ont trouvé que les participants exprimaient plus facilement leurs sentiments si le nombre de participants du groupe était minime (ce qui dépendait du nombre de leaders disponibles) (le nombre de leader par participant était important). Tendance des hommes qui donnait le score de débriefing plus positif que pour les femmes.</p> <p>Les événements de stress discutés pendant les débriefing : les stressés étaient surtout la fatigue, la désorientation, la maladie, longues heures de travail, les après-chocs concernant les victimes de désastres après la fin de cette mission, culpabilité de ne pas en avoir fait assez, des difficultés de communication dans les différents groupes ethnique, conflits entre personnes, désagréments sur l'administration de la mission, difficulté du niveau de désorganisation de la mission et de la sécurité personnelle pendant la mission.</p>
Discussion et conclusion	<p>L'intervention de MSD était favorable et le partage de discussion avec d'autres personnes (en groupe ou individuel) était très important, bénéfique.</p> <p>L'encouragement des sentiments et des réactions est plus important qu'une simple discussion sur les stratégies de coping. Ceci est soutenu par le fait que les sujets ont mis l'importance sur l'expression des sentiments plus que sur les stratégies de coping (résultat significatif). En conséquence, s'il y a peu de temps pour le débriefing, le leader qui laisse une discussion complète des réactions et des sentiments avait de meilleurs résultats (score).</p> <p>L'importance du fait d'un seul débriefing est d'être clair sur les événements qui se sont passés. Il n'est pas si facile dans un après-désastre car les événements sont multiples pour chaque participant. Mais l'histoire cohérente de ce désastre aide le personnel à donner un sens à leur mission le fait d'entendre d'autres personnes participantes aide à mieux voir les faits positifs (dans la globalité), important ++ dans la guérison.</p> <p>Donc les résultats de cette étude suggèrent que les services de débriefing (soutien psychologique) devaient être possible pour</p>

	chaque membre du personnel après la mission, en groupe ou en individuel.
Limites de l'étude	<p>ARC (American Red Cross) est un groupe de travail humanitaire qui intervient lors de désastres. Ils peuvent rester sur place plusieurs mois et peuvent être exposés à des situations traumatisantes. De ce fait, l'association a créé un soutien psychologique pour la période qui suit les désastres, et la mission. Ce soutien est proposé au personnel de manière individuelle ou en groupe.</p> <p>Vu que l'étude a été faite après le désastre, l'état mental des travailleurs avant n'était pas connu et pouvait donc influencer les résultats.</p> <p>La plupart des expériences de stress discutées dans cette étude peut être catégorisée comme cumulatif ou chronique et non pas aigu ou sévère. De ce fait, la comparaison avec d'autres groupes est très difficile.</p> <p>Les interventions de débriefing étaient plus courtes que dans certains autres modèles.</p>
Commentaires personnels	<p>Il me semblait pertinent d'avoir une recherche au sujet du débriefing. En effet, d'après de nombreux témoignages, cette méthode semble très bénéfique pour les travailleurs humanitaires.</p> <p>Cette recherche a été faite il y a maintenant 13 ans, il faut donc garder en tête qu'il est possible que les résultats ne soient pas des plus actuels. Cependant, le débriefing est toujours de rigueur dans les grandes ONG.</p> <p>95 personnes ont répondu à ce questionnaire mais toutes travaillaient sur la même mission, ce qui peut être une limite supplémentaire à l'étude. Cependant, l'échantillon est un chiffre important et les résultats ne sont donc pas négligeables.</p> <p>Cette étude différencie les débriefings de groupe et individuels, ce qui est un point positif.</p> <p>Les différentes parties de l'étude sont clairement explicitées et les résultats clairement démontrés.</p>

Social Support, Organisational Support, and Religious Support in Relation to Burnout in Expatriate Humanitarian Aid Workers

Auteurs	<p>Eriksson C.B. : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, CA, USA</p> <p>Bjorck J.P.: Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, CA, USA</p> <p>Larson L.C. : Azusa Pacific University, Azusa, CA, USA</p> <p>Walling S.M. : National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, Boston, MA, USA</p> <p>Trice G.A. : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, CA, USA</p> <p>Fawcett.J. : National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, Boston, MA, USA</p> <p>Abernethy A.D. : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, CA, USA</p> <p>Foy D.W. : Fuller Theological Seminary, Graduate School of Psychology, Pasadena, CA, USA</p>
Journal	Mental Health, Religion & Culture
Année de publication	2009
Pays	Etats-Unis

Buts et question de recherche, Hypothèse	<p>Dans le but d'enrichir les connaissances sur le stress au travail et le burn out chez les travailleurs humanitaires, cette étude investigate les relations sociales, organisationnelles et religieuses en lien avec les résultats de burn out. Le burn out contient trois sous-échelles tiré de « The Maslach Burnout Inventory »</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'épuisement émotionnel, - la dépersonnalisation, - et le manque d'accomplissement personnel – confiance en soi. <p>Cette étude a trois buts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer s'il y a des relations significatives qui existent entre les données démographiques et le burn out : niveau de risque pour la sécurité dans le milieu du travail, le sexe, l'âge et la durée du travail. 2. Evaluer les effets des trois types de soutien : social, organisationnel et religieux sur les trois aspects du burn out (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement personnel) 3. Evaluer les interactions possibles entre les variables démographiques et les types de support. <p>Les chercheurs font deux hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les travailleurs humanitaires qui vivent et travaillent dans les zones de risque élevé subiraient : <ul style="list-style-type: none"> - des niveaux plus élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation - un faible niveau d'accomplissement personnel, par rapport à leurs collègues dans les zones de faible risque de sécurité. 2. Les variables de soutien social perçu, de soutien organisationnel, et de soutien religieux seraient tous significativement et positivement liés à l'accomplissement personnel et, négativement, à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.
Population/Echantillon	<p>111 participants, faisant partie d'un grande agence internationale humanitaire, ont participé à cette étude-interview. Le taux de réponses représente le 54%. L'organisation pour laquelle travaillent les participants est « confessionnelle » et a des valeurs judéo-chrétiennes. La majorité des participants (96%) ont déclaré que leur religion actuelle était le christianisme et approximativement 22 affiliations différentes (dont les protestants et catholiques) ont été identifiées.</p>
Type d'étude ou devis, Aspect éthique	<p>Quantitatif et qualitatif</p> <p>Les participants ont donné leur consentement.</p>
Méthodologie de collecte de données	<p>Un questionnaire a été distribué aux participants afin qu'ils puissent y répondre. Des interviews ont aussi été menées avec chacun d'eux.</p> <p>Les questions concernant les variables démographiques ont été développées par l'équipe de recherche du département des ressources humaines de l'agence.</p> <p>Les facteurs de soutien organisationnel ont été évalués par des questions objectives développées par la littérature. Des facteurs de</p>

<p>Méthode de traitement des données</p>	<p>résilience organisationnelle ont été identifiés par les agences d'aide humanitaire. Trois questions ont été posées, elles étaient évaluées sur une échelle de 6 points. (1= pas du tout d'accord et 6 = tout à fait d'accord).</p> <p>L'échelle-réponse du soutien social a été adaptée à cette étude. C'était une échelle de 5 points (1= pas du tout d'accord 5 = tout à fait d'accord).</p> <p>La perception du soutien religieux a été mesurée grâce à 7 items. L'échelle était aussi à 5 points (identique au soutien social).</p> <p><i>The Social Provisions Scale</i> a été utilisé pour l'évaluer le soutien social.</p> <p>Le burn out a été évalué avec <i>The Maslach Burnout Inventory – Human Services Scale</i> qui contenant des sous-échelles. Ainsi, l'épuisement émotionnel intériorisé a été évalué, et plus précisément le burn out.</p> <p>Premièrement, des statistiques descriptives ont été calculées. Ensuite, la corrélation d'ordre zéro a été effectuée sur les variables d'intérêt. Par la suite, afin de faciliter les analyses hiérarchiques canoniques et la variance conservée, les trois prédicteurs (variables de soutien) et les trois critères (variables du burn out ont été respectivement orthogonalisées.</p> <p>L'intrusion et l'évitement ont été désignés comme les deux symptômes primordiaux du PTSD par les auteurs. Ces auteurs ont comparé l'exposition au traumatisme et le réseau social (la famille, les amis, les voisins et les collègues) aux différents participants concernant: l'exposition à l'événement traumatique, le réseau social</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La moyenne du temps de travail avec cette organisation est de 7,9 ans. - 69% des participants était des hommes. - 58% étaient mariés et vivaient avec leur conjoint, 11% étaient mariés mais ne vivaient pas avec leur conjoint pour des raisons professionnelles, 5% étaient divorcés ou mariés mais ne vivaient pas avec leur conjoint pour des raisons personnelles, 26% célibataires. - 49% étaient caucasiens, 32% africains, 15% asiatiques, 4% de race mixte ou autre. - Le groupe avait un haut niveau d'éducation et le plus haut niveau d'éducation reporté était un master (45%). - Les participants ont reporté qu'ils avaient travaillé dans 44 pays différents : 46% en Afrique, 20% en Europe de l'Est, 17% en Asie, 6% au Moyen-Orient, 4% en Amérique Latine, 4% en Australie /Nouvelle-Zélande et les autres, soit 3%, sont restés en Amérique du Nord ou en Europe de l'Ouest durant l'étude. <p>Le score total moyen de soutien social perçu est de 51,38, ce qui indique un rapport général d'un appui solide au sein du personnel participant, et que l'estimation moyenne de 4,28 points constituait une réponse entre <i>d'accord</i> et <i>totalemtent d'accord</i>. =>Le soutien social a été rapporté d'une manière générale comme un soutien solide et présent pour la majorité des participants. Lorsque les participants ont été invités à examiner les personnes qui ont été utiles pour eux, 49% indiquent que la majorité des</p>

personnes qui ont été utiles sont des gens avec lesquels ils travaillent (pairs, le personnel ou supérieurs).

Le personnel, pour la majorité, a reconnu leur organisation comme étant un soutien. La moyenne indique que le score se trouvait entre *d'accord* et *légèrement d'accord*. Toutefois, l'extrémité inférieure de la répartition du soutien organisationnel indique que certains membres du personnel avaient un sentiment neutre ou de désaccord.

Compte tenu de l'expérience (le fait que l'agence soit basée sur la foi) du soutien religieux la majorité des participants (90%) ont rapporté qu'ils étaient d'accord avec le soutien religieux dans tous les aspects mesurés (appartenance, valeur, aide,...); le score total moyen était de 31,73. En fait, le score de l'échelle soutien de Dieu dans cette population était de 35, le score le plus élevé possible, avec 28% des participants indiquant largement d'accord avec tous les articles. => le soutien religieux était important pour le 90% des participants.

Selon la MBI-HSS de Maslach, 40% de l'échantillon actuel indique un risque élevé d'épuisement professionnel dans au moins une des trois sous-échelles. Mais 23% ont souffert de manque en ce qui concerne l'accomplissement personnel, 21% ont souffert d'épuisement émotionnel, et 10% ont indiqué des risques d'épuisement professionnel élevé en ce qui concerne la dépersonnalisation. Seuls quatre participants (3,6%) ont démontré un risque élevé de burn out sur les trois ensembles.

Contrairement à la première hypothèse, il n'y avait pas de différence significative entre les niveaux de sécurité (élevé, moyen et faible) et les sous-échelles de burn out. En outre, les corrélations entre les scores de l'épuisement professionnel et le nombre de mois de travail pour l'agence ont été non significatives.

Les corrélations suivantes étaient significatives :

- l'âge était lié positivement au soutien organisationnel, au soutien religieux, et à l'accomplissement personnel,
- l'âge était négativement lié à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.
- Le sexe était uniquement lié à la dépersonnalisation : les hommes signalaient des niveaux significativement plus élevés que les femmes.
- Le soutien social est relié positivement au soutien organisationnel et à l'accomplissement personnel,
- Le soutien social est relié négativement à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.
- Le soutien organisationnel était plus lié au soutien religieux qu'à l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.
- Le soutien religieux était moins relié à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, et plus à l'accomplissement personnel.
- L'âge était significativement et positivement lié à l'épuisement émotionnel.
- Le sexe était significativement positif avec la dépersonnalisation.
- Le soutien social était significativement positif avec l'épuisement émotionnel et avec l'accomplissement personnel.
- Le soutien organisationnel était significativement positif avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

Le soutien religieux n'a cependant pas démontré de résultats significatifs dans cette analyse. Une autre analyse des résultats a

	<p>donc été effectuée : elle était portée sur la dépersonnalisation qui était le critère le plus en lien avec le soutien religieux. Étant donné que l'aide de Dieu était significativement liée à l'âge, et étant donné que l'âge était liée à la dépersonnalisation, la possibilité que l'aide de Dieu interagisse avec l'âge a été explorée. Les résultats montrent qu'un soutien religieux élevé était relié comparativement à de bas niveaux de dépersonnalisation pour les travailleurs humanitaires jeunes et plus vieux. Un soutien religieux bas était relié à une dépersonnalisation aggravée pour les jeunes mais pas pour les plus vieux.</p>
<p>Discussion et conclusion</p>	<p>Discussion :</p> <p>Le mot « aide humanitaire » implique que l'individu est confronté à de graves souffrances dans le monde, souvent dans un contexte de ressources limitées et d'urgences élevées. Dans cette étude, 40% des personnes interrogées dans un éventail de risques élevés de burn out souffrent d'au moins un type d'épuisement professionnel. Près d'un quart des employés ont signalé un manque d'accomplissement personnel; un cinquième a indiqué des niveaux élevés d'épuisement émotionnel, et un dixième a déclaré avoir un sentiment de déconnexion ou de la distance par rapport à la population dont ils ont pris soin (dépersonnalisation).</p> <p>Le résultat qui est le plus surprenant est que, malgré le contexte de haut stress dans lequel se trouvaient les travailleurs, seulement 3,6% ont reporté un niveau de burn out élevé dans les trois niveaux. Cela donne à penser que, malgré un travail intense dans des environnements chaotiques, la majorité des travailleurs a réussi à trouver des moyens de satisfaire leur besoin/leur accomplissement et de rester connecté aux autres dans leur travail. Les relations de l'équipe, les amitiés, et un soutien organisationnel positif pourrait contribuer à la résilience positive de ces travailleurs. Il est important de noter que la population échantillonnée se composait de travailleurs humanitaires expatriés actuellement en mission sur le terrain. Il se peut que des individus avec des scores plus élevés d'épuisement auraient quitté leur poste international ou décidé de ne pas participer à l'interview, ce qui peut avoir influencé les résultats.</p> <p>Un autre résultat étonnant de cette étude est qu'il n'y avait pas de différence significative entre le score de burn out et les trois niveaux de zone à risque (élevé, moyen et faible). L'échantillon représentait des participants qui travaillaient dans des domaines d'urgence (zone à risque élevé) et des personnes qui travaillaient plus dans un domaine communautaire (zone à risque moyen à faible). Ces résultats suggèrent que, malgré les différents niveaux de danger et de difficultés sur les postes, il y a un risque d'épuisement inhérent à chaque type d'intervention d'aide. Toutefois, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour préciser le type de facteurs de stress dans chaque contexte et de mieux représenter les travailleurs d'urgence. En outre, la zone de sécurité rouge (risque élevé) était le plus petit échantillon, et avait le taux de réponse le plus bas. Aussi, plus de personnes stressées dans la zone rouge que dans les deux autres zones ont choisi de ne pas participer en raison de leur niveau de stress élevé, ce qui réduit l'ensemble des résultats concernant le burn out pour ce sous-groupe. Espérons que les études futures puissent répondre à cette question par l'obtention d'un échantillonnage plus représentatif des personnes qui travaillent dans ces situations stress les plus élevées.</p> <p>La variable démographique qui était la plus significative dans l'évaluation du burn out (et de ses trois sous-échelles) était l'âge. Les jeunes travailleurs ont reporté un niveau plus élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et un niveau plus bas</p>

d'accomplissement personnel. Ces résultats sont en accord avec d'autres recherches au sujet du burn out (Maslach et al., 2001) qui indiquent que les personnes jeunes ont plus de risques de développer un burn out. Il se peut aussi que les travailleurs âgés représentent un groupe d'individus qui ont choisi de faire carrière dans le travail humanitaire, et ils ont développé des compétences de coping pour faire face aux pressions du travail et de l'environnement. Il est donc important de préciser que les résultats de cette étude démontrent que le nombre d'année passée à travailler dans l'humanitaire n'est pas un résultat significatif. Une stratégie pratique pour les agences humanitaires afin d'éviter une usure peut être d'encourager des relations de mentorat entre les travailleurs plus âgés et plus jeunes. Ceci serait un moyen pour les jeunes employés d'être soutenu et d'avoir un enseignement à propos d'une adaptation réussie sur le terrain.

Le soutien social et le soutien organisationnel demeurent chacun significativement corrélés avec l'épuisement émotionnel plus bas. Les participants ont rapporté que plus de soutien social et organisationnel leur donnait l'impression qu'ils n'étaient pas seuls dans leur travail difficile, et qu'ils avaient le soutien de l'agence. Ces ressources d'aide créent une motivation personnelle et institutionnelle afin de prendre soin de soi comme on prend soin des autres, ce qui pourrait conduire à un niveau de burn out plus bas.

Comme dans l'hypothèse, les trois variables de soutien étaient reliées aux trois sous-échelles du burn out sauf une exception : la relation entre le soutien organisationnel et l'accomplissement personnel n'était pas significatif. En général les résultats corrélacionnels démontrent que le rôle de ces trois types de soutien sont des ressources lors de situations stressantes rencontrées par les travailleurs humanitaires.

L'expérience de la dépersonnalisation et le fait de se distancer de la population reflètent un aspect sévère de l'épuisement professionnel. C'est le moment où l'épuisement professionnel peut avoir un effet direct sur le travail. Considérant que les trois formes de soutien ont été liées à la basse dépersonnalisation comme selon l'hypothèse, la relation concernant le soutien organisationnel est resté significative malgré les effets des autres variables, ce qui suggère une constatation particulièrement robuste. Il se peut que l'effet interpersonnel du burn out ou l'éloignement des autres, amène à avoir une vision négative de l'organisation.

Alternativement, il est probable que le manque de soutien perçu de la part de l'organisation contribue à renforcer le sentiment de déconnexion de ses bénéficiaires.

Les résultats d'une différence entre les sexes dans la dépersonnalisation, plus les hommes que les femmes, étaient inattendus. Ceci, particulièrement dû au nombre relativement faible de femmes dans notre échantillon. D'autres recherches ont donné des résultats équivoques sur les différences entre les sexes dans les sous-échelles du burnout (Yildirim, 2008).

Un autre résultat pertinent, en lien avec la pratique dans les agences humanitaires, était la relation significative positive unique entre le soutien social perçu et l'accomplissement personnel. Ces résultats suggèrent que d'avoir un réseau sain des relations de soutien peut être plus important pour maintenir un bilan positif de son travail. Est-ce que les relations positives d'équipe peuvent conduire à plus de productivité, ou est-ce qu'une production d'équipe crée plus de relation de soutien ? Dans les deux cas, il

	<p>semble que les politiques organisationnelles qui contribuent à des relations interpersonnelles saines seront bénéfiques pour la qualité du travail et pour les travailleurs.</p> <p>Aucune interaction significative n'a été trouvée entre les trois variables de soutien et le burn out. Ces résultats suggèrent que, alors que le soutien social, le soutien organisationnel et le soutien religieux sont positivement intercorrelationnés, ils ont fonctionné de manière relativement indépendante face au burn out.</p> <p>L'analyse exploratrice de l'interaction entre l'âge et le soutien de Dieu sur la dépersonnalisation se révèle significatif. Les résultats montrent que les travailleurs âgés ont signalé une dépersonnalisation relativement faible quel que soit le degré de soutien qu'ils percevaient de Dieu. Ce résultat peut être associé à la relation négative trouvée entre l'âge et le burn out. Plus précisément, il se pourrait que les travailleurs âgés qui restent sur le terrain sont ceux qui ont été moins susceptibles de faire une expérience de dépersonnalisation.</p> <p>En outre, la corrélation significative positive entre l'âge et le soutien religieux suggère qu'il y aurait moins de variance au niveau du soutien religieux parmi les travailleurs âgés.</p> <p>Une autre interprétation est suggérée par les résultats pour les jeunes travailleurs qui perçoivent un faible soutien de Dieu. Il a été reporté une mesure plus élevée de dépersonnalisation que pour les jeunes travailleurs humanitaires qui ont perçu un soutien religieux élevé. Il se pourrait que se sentir un faible soutien de Dieu est particulièrement désavantageux durant les premières phases de l'expérience en tant que travailleurs humanitaires. En tant que tel, il peut être aidant d'encourager les jeunes travailleurs à d'optimiser leur sens de soutien religieux et/ou de dépister les candidats qui ont déjà déclaré un faible soutien de Dieu avant que ces personnes commencent leur travail de secours. Le soutien de Dieu est également corrélé avec le soutien organisationnel. Les recherches futures peuvent examiner les moyens plus subtils que les croyances personnelles et l'engagement à un organisme ayant une mission spécifique ou de valeur peut être un tampon pour prévenir l'épuisement.</p> <p>Conclusion :</p> <p>En dépit de ces limites, l'étude confirme l'importance d'une variété de réseaux de soutien pour les travailleurs humanitaires. En outre, les travailleurs humanitaires les plus jeunes avaient tendance à avoir des scores plus élevés d'épuisement, et ces nouveaux travailleurs pourraient bénéficier d'une formation spécifique et de plus d'attention. Il est important de noter que 40% des participants ont déclaré des niveaux élevés de symptômes dans au moins une des trois sous-échelles de burn out. L'expérience de l'épuisement, le manque d'accomplissement, et la déconnexion des bénéficiaires n'est pas rare.</p> <p>Toutefois, lorsque l'on considère la conceptualisation du burn out comme à haut risque dans tous les domaines du travail humanitaire, l'échantillon n'a pas démontré des niveaux extrêmes d'épuisement professionnel.</p> <p>Le travail de l'aide internationale est un défi où les individus se retrouvent face à la crise et en face de souffrances élevées. Toutefois, le soutien des collègues et amis, et le soutien organisationnel peut fournir un réseau de ressources nécessaires pour maintenir l'énergie des travailleurs humanitaires, le service de compassion, et le sentiment d'accomplissement.</p>
Limites de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'échantillon représente l'équipe d'une seule organisation. Les participants étaient effectivement tous très variés dans

	<p>leur contexte culturel mais faisaient tous partie de la même agence.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'agence « testée » était une agence basée sur la foi et cette orientation de foi a certainement contribué à la restriction des réponses données
<p>Commentaires personnels</p>	<p>Soutien :</p> <p>Les résultats démontrent bien que le soutien est primordial pour éviter ou du moins limiter les effets négatifs du stress chez les travailleurs humanitaires. Le soutien qui semble le plus important pour les travailleurs (49%) est celui des collègues, ce qui revient aux résultats d'une autre étude analysée précédemment.</p> <p>Contrairement à cette même étude, le soutien religieux ne semble pas amener des résultats significativement positifs même si le 90% des participants trouvaient ce soutien important. Mais même si le soutien religieux ne s'est pas avéré significatif lors de la première analyse, les chercheurs ont pu mettre en évidence que celui-ci était relié comparativement à de bas niveaux de dépersonnalisation chez les travailleurs, grâce à une analyse supplémentaire des résultats (cf résultats).</p> <p>Impact :</p> <p>Le 40% des participants a démontré au moins un signe dans l'une des trois sous-échelles du burn out ce qui est un pourcentage important. Le 23% a souffert de manque d'accomplissement personnel, 21% d'épuisement émotionnel et 10% ont démontré des risques importants de dépersonnalisation. Cependant, seuls 4 participants, soit le 3,6% ont montré un risque élevé de burn out sur les trois niveaux.</p> <p>Facteurs :</p> <p>Les résultats de l'étude ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les zones à risque élevé, moyens ou faibles et les sous-échelles du burn out. Cependant les résultats pourraient être influencés par divers facteurs (cf résultats). Il est donc difficile de comparer ces résultats aux autres études.</p> <p>Les corrélations démontrées dans les résultats sont pertinentes et elles sont comparables aux autres études, ce qui peut s'avérer intéressant.</p> <p>Les étapes de l'étude sont clairement explicitées mais je n'ai malheureusement rien trouvé sur l'anonymat des participants.</p>

Stress and Health during Medical Humanitarian Assistance Missions

Auteurs	<p>Thomas W. Britt : Walter Red Army Institute of Recherche, Washington, USA</p> <p>Amy B. Adler : PhD, Army Medical Research Unit-Europe</p>
Journal	Military Medicine
Année de publication	1999
Pays	Etats-Unis
Buts et question de recherche Hypothèse	<p>Le but de cette recherche est d'étudier les expériences vécues des membres d'une équipe participant à une mission humanitaire d'assistance médicale au Kazakstan.</p> <p>Les travailleurs humanitaires effectuant ces missions sont déployés dans des sites isolés où la communication est strictement réglementée et où l'environnement est hostile. Les travailleurs humanitaires sont chargés de fournir l'aide nécessaire à la population locale. Dans le cadre de cette mission, les chercheurs ont examiné de quelle façon les membres percevaient le travail, l'expérience des sources du stress vécu et le niveau d'atteinte à la santé physique et psychologique de ce stress.</p>
Population/Echantillon	<p>Une équipe de 35 travailleurs humanitaires, membre de l'armée, (27 hommes et 8 femmes) faisant partie de l'opération « Provide Hope » au Kazakstan, travaillant pour « Army and Air Force » a été déployée pendant 6 semaines en 1996 pour une mission humanitaire médicale.</p> <p>Les membres de l'équipe étaient divisés 5 sections : des personnes responsables de coordonner la mission, du personnel logistique, du personnel médical et biomédical, un ingénieur et un médecin clinique pour enseigner au personnel local comment utiliser l'équipement apporté.</p>
Type d'étude ou devis	Etude qualitative et quantitative
Aspect éthique	Rien n'est indiqué dans cette étude sur l'anonymat des participants. Toutefois, il est mentionné que chaque personne a donné son consentement éclairé pour participer à cette étude.
Méthodologie de collecte de données	Les chercheurs ont interrogé les participants avant et pendant le déploiement. Des entrevues ont été menées dans le cadre d'une approche multiméthodique pour comprendre l'expérience des travailleurs sur une telle mission.

<p>Méthode de traitement des données</p>	<p>Avant la mission : Les participants ont été briefés sur le but de la recherche. L'enquête, préalable au déploiement, a été expliquée par tous les membres de l'équipe. Celle-ci a été conçue pour établir des mesures de base sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la santé psychologique et physique - la consommation d'alcool et de cigarettes - l'anticipation des facteurs de stress et les mécanismes de d'adaptation (coping) <p>Le questionnaire comportait des questions concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la dépression, - les symptômes physiques - la consommation de cigarette et d'alcool - l'anticipation des facteurs de stress - les mécanismes d'adaptation <p>Pendant la mission : Le sondage a été réalisé à la mi-déploiement (après 4 semaines) auprès des membres de l'équipe. L'auteur a mené des discussions et interviews au sein de chaque section de travail. Le même questionnaire que lors du pré-déploiement a été distribué et rempli par les participants afin d'analyser l'évolution.</p> <p><i>Radloff's Center for Epidemiologic Studies' Depression Scale (CES-D)</i> a été utilisé pour évaluer la dépression.</p> <p>Les autres échelles ne sont pas nommées dans cette étude.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Les résultats ont été divisés en différentes sections :</p> <p>Les stresseurs anticipés vs les stresser vécus : Diverses questions ont été posées avant et pendant le déploiement. Cependant, lorsqu'une différence entre les facteurs de stress anticipé et vécu a été trouvée, le stress vécu a toujours été plus élevé que prévu. Les facteurs de stress sous-estimés par les membres de l'équipe sont des sentiments d'isolement et d'éloignement et des préoccupations concernant les réelles possibilités d'aider la population locale. Les membres de l'équipe ont connu les facteurs de stress suivant: communication difficile, sentiment de se sentir loin de ce qui est familier, restriction dues à la mission, isolement, sensation d'être limitée à aider la population locale, et dans une moindre mesure, l'ennui en dehors du service et le travail répétitif.</p>

	<p>Mécanismes de coping : Si l'on compare les résultats du pré-déploiement aux résultats pendant le déploiement, on remarque que les mécanismes de coping que les personnes avaient mentionnés avant le déploiement ont été moins utilisés que prévu. A signaler que la consommation d'alcool qui a été augmentée pendant le déploiement. Voici les stratégies où les différences qui étaient les plus significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - se mettre en action pour résoudre le problème (p= <0.05) - voir le problème sous un angle différent pour le résoudre (p= <0.05) - chercher de la force et du réconfort dans les croyance religieuse (p= <0.01) - faire de plus d'exercice physique (p=<0.001). <p>Consommation d'alcool et de cigarette : Avant le déploiement, la consommation moyenne d'alcool était de 4 verres par jour (parmi les 79% qui ont reporté boire au moins un verre d'alcool par jour). Pendant le déploiement, la consommation moyenne est montée à 6,5v/j.</p> <p>Le 31% des membres de l'équipe était fumeur. Leur consommation moyenne avant le déploiement était de 10 cigarettes par jour. Durant le déploiement, elle a doublé, soit 20/j. Ces résultats indiquent clairement que les risques pour la santé physique augmentent pendant le déploiement.</p> <p>Symptômes de dépression: Les membres de l'équipe ont montré un bas niveau de symptômes dépressifs avant le déploiement (moins de 1j/s soit 0,76). Les symptômes dépressifs ont encore diminué durant le déploiement (soit 0,52 jour par semaine)</p> <p>La perception du travail de la part des participants : On se demande pourquoi les membres de l'équipe ont montré un bas niveau de dépression et de symptômes physiques malgré un stress sous-estimé, des mécanismes de coping inadaptés et une augmentation de la consommation de cigarette et d'alcool. Une des possibles explication est peut-être la façon de voir la mission de la part les travailleurs. L'analyse des chercheurs de la vision/perception du travail des participants est basé sur le questionnaire, les discussions et les interviews. En réponse à la question ouverte sur le fait de savoir si la mission était pertinente à leur rôle en tant que membre du service, l'ensemble des 19 membres de l'équipe qui ont répondu ont dit qu'il était pertinent. La plupart avait une précieuse expérience professionnelle dans leur domaine. Ceci a peut être joué un rôle quant aux bas symptômes dépressifs et au modeste niveau de symptômes physiques.</p>
Discussion et conclusion	<p>Les premiers résultats de cette étude sont adressés à la sous-estimation du stress et les potentielles raisons de ceci. Mais aussi sur le fait que les mécanismes de coping inadaptés ne soient pas reliés à la dépression et les symptômes physiques. Les membres de l'équipe ont clairement sous-estimé combien les expériences stressantes influaient sur : une mauvaise communication, le sentiment de se sentir éloigné des choses familières et l'isolement.</p>

	<p>En ce qui concerne la sous-estimation des facteurs de stress résultant <i>d'un sentiment d'isolement et la difficulté de communiquer</i>, il s'additionnait l'indisponibilité de lignes téléphoniques de qualité ce qui signifie que les appels téléphoniques ont été considérablement réduits. Les membres de l'équipe ont mentionné qu'ils devaient attendre plus de 6h pour avoir une ligne et que la qualité des appels était médiocre. Il fallait plus de 1 mois pour réussir à envoyer un mail. De ce fait, les membres de l'équipe ont précisé se sentir isolés et « s'ennuyaient » des nouvelles de l'Amérique.</p> <p>En ce qui concerne la sous-estimation des facteurs de stress résultant <i>de ne pas être en mesure d'aider pleinement la population locale</i>, les interviews ont démontré plusieurs choses. Les membres de l'équipe ont exprimé que malgré le fait que leur effort avait un effet direct, ils appréhendaient que celui-ci ne soit pas suffisamment important pour changer des bases permanentes. Les membres de l'équipe ont posé des questions au sujet des suivis de visites, comment les approvisionnements dureraient à long terme, et les conditions météorologiques. Mais aussi si le personnel médical local serait en mesure de «changer leurs habitudes» et d'utiliser le nouvel équipement.</p> <p>Les membres de l'équipe n'ont pas non plus pu « utiliser » les mécanismes d'adaptation, tel que l'exercice ou le fait d'utiliser la religion, comme ils le pensaient avant le déploiement. Ils étaient plus susceptibles de boire l'alcool que ce qu'ils ne pensaient avant le déploiement. La raison de la sous-estimation de l'utilisation de la religion et de l'exercice était surtout due à l'environnement dans lequel les membres étaient placés. Aucun service religieux n'était prévu pour les membres de la mission. Et il n'y avait rien non plus de prévu pour le sport. L'horaire de travail pénible auxquels sont confrontés les membres de l'équipe peut également diminuer l'utilisation d'exercice pour faire face au stress.</p> <p>Même si les facteurs de stress ont été observés à une plus grande mesure que les mécanismes d'adaptation, les symptômes dépressifs et physiques chez les membres de l'équipe n'ont pas montré une augmentation significative au cours du déploiement. Les chercheurs pensent que cela peut venir de la nature du travail des participants et du sens qu'ils lui donnent. Il se pourrait que l'utilisation active des compétences professionnelles et une faible menace en soit aussi une des raisons. Au cours des entrevues, de nombreux membres de l'équipe ont exprimé leur satisfaction avec la conviction que ce qu'ils faisaient était utile et aiderait la population locale. Se concentrer sur la mission à « aider les personnes dans le besoin » a été un moyen efficace de pallier aux moments de doutes et d'incertitude.</p> <p>Ces résultats reflètent l'importance de considérer la nature du travail des membres de l'équipe sur les différents types d'opérations militaires.</p> <p>Il est important que nous essayons de comprendre les facteurs de stress et les facteurs potentiellement d'auto-protection impliqués dans ces diverses opérations afin de développer des interventions destinées à diminuer les effets négatifs tout en augmentant les bénéfices.</p>
Limites de l'étude	Aucune limite n'est développée dans cette étude.
Commentaires personnels	Le premier point qui me semble important dans cette étude est qu'un recueil de données a eu lieu avant et pendant le déploiement

ce qui permet de comparer les résultats ce qui n'a jamais été fait dans les autres études analysées. De plus, le fait qu'elle soit quantitative et qualitative de part les questionnaires et les interviews elle permet un éventail de résultat plus large. C'est la première fois que je retrouve l'importance/le but que l'on donne à son travail et ce résultat semble avoir un impact positif sur le stress. Ce qui n'est pas à négliger. Encore une fois la communication semble être importante pour les participants comme dans précédentes études analysées. Il aurait été intéressant de savoir combien de personnes travaillaient dans quels domaines.

Il n'est pas vraiment décrit dans cette étude les conséquences psychologiques du stress dû à une mission humanitaire. Cependant les résultats mettent clairement en évidence que les participants ont minimisé les facteurs de stress avant leur départ et que les mécanismes d'adaptation qu'ils avaient prévu de mettre en place n'ont été que très peu utilisés ou alors inefficaces.

Un des résultats qui m'a le plus étonné est que le niveau de dépression a diminué durant la mission. Il aurait été intéressant d'évaluer cet item une fois de retour car comme il est dit dans d'autres études c'est souvent au retour que les signes de PTSD et de dépression se font sentir.

Cependant, je garde à l'esprit que cette recherche est réalisé sur des militaires et que de ce fait, comme il est expliqué dans l'étude, ce n'est pas la première fois qu'ils se rendent dans un endroit austère et sans communication. Ils ont été de plus entraînés à cela durant des missions précédentes. Mais comme dit dans d'autres études, il n'est pas rare que des signes de dépression ou de PTSD surviennent après la 5^{ème} année dans ce domaine. Il aurait donc été intéressant de savoir depuis combien de temps était engagé les participants (au moins la moyenne).

Cette étude semble ressortir des résultats pertinents et être d'une bonne qualité.

Social Network as a Moderator in the Relation between Trauma Exposure and Trauma Reaction : a Survey among Soldiers and Relief Workers

<p>Auteurs</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Marianne Kaspersen : Norwegian University of Science and Technology (NTNU). Trondheim, Norway</p> <p>Stig Bege Matthiesen : University of Bergen, Norway</p> <p>Gunnar Gotestam : Norwegian University of Science and Technology (NTNU). Trondheim, Norway</p> <p>Scandinavian Journal of Psychology</p> <p>2003</p> <p>Pays Scandinaves</p>
<p>Buts et question de recherche, Hypothèse</p>	<p>Cette recherche a étudié 4 questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le réseau social, telle la disponibilité de la famille, des amis, des voisins et des collègues est un modérateur dans la relation entre les traumatismes et les réactions au traumatisme parmi les soldats et les travailleurs humanitaires qui ont servi en Ex-Yougoslavie ? • Deuxièmement, y a-t-il des différences entre les soldats et les travailleurs humanitaires se rapportant à ces effets possibles? • Troisièmement, y a-t-il une relation de travail / de réseau qui est plus importante? • Quatrièmement, y a-t-il une différence entre les groupes en ce qui concerne le pouvoir prédictif des variables de réseaux?
<p>Population/Echantillon</p>	<p>Deux échantillons différents ont participé à cette étude :</p> <p>Echantillon 1 : 302 travailleurs humanitaires (TH) ayant participé à des missions (service d'aide) en Ex-Yougoslavie entre 1992 et 1996 ont été contactés. Au total, 141 personnes ont participé. 85,1% étaient des hommes et 14,9% de femmes</p>

	<p>Echantillon 2 : cet échantillon a compris tous les « Norwegian United Nations military (UNMO) » qui ont servi en Ex-Yougoslavie. Sur les 97 militaires contactés, 72 ont retourné le questionnaire. Au total, 87,5% étaient des hommes et 12,5% étaient des femmes.</p>
Type d'étude ou devis	Quantitatif
Aspect éthique	Pas d'aspect éthique présenté dans cette étude.
Méthodologie de collecte de données	L'échantillon 1 a reçu et rempli des questionnaires. Les données ont été collectées en 1996.
Méthode de traitement des données,	<p>L'échantillon 2 a reçu et rempli le même questionnaire que l'échantillon 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trauma exposure</i> (TE) a été utilisé pour évaluer l'exposition au traumatisme. Ce questionnaire a été basé sur les données de The United Nations Interim Force In Lebanon et sur les critères du DSM-IV • <i>Social network support</i> (SNS) qui contenait des questions sur les relations sociales et le soutien du réseau social a été utilisé pour évaluer le soutien du réseau social. • <i>Post-traumatic stress Scale</i> (PTSS) a été utilisé pour analyser les symptômes de stress post-traumatique. La version longue a été utilisée chez les travailleurs humanitaires et la version courte chez les soldats. • <i>Impact of Event Scale</i> (IES) a été conçu pour mesurer le stress subjectif relié à l'événement. Il y a deux sous-échelles qui évaluent les symptômes d'intrusion et d'évitement reliés au traumatisme. De ce fait les deux mesures ont été analysées séparément pour appuyer le PTSD. <p>Pour calculer les effets modérateurs, ils ont testé ces effets par des analyses de régression hiérarchiques en trois étapes :</p> <p>L'exposition au traumatisme Puis rajouter les variables liées au réseau Puis tous les termes d'interaction</p> <p>Tout ça pour assurer un effet principal de l'interaction.</p>
Résultats	<p>Analyses préliminaires : Des données démographiques ont été récoltées dans les deux échantillons.</p> <p><i>Echantillon 1 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age moyen 42,1 ans • 19,9% célibataires • 62,4% mariés • 3,5% divorcés /séparés

Echantillon 2 :

- âge moyen : 44,1 ans
- 12,5% célibataires
- 79,2 % mariés
- 8.3% divorcés / séparés

Les travailleurs humanitaires démontrent plus de symptômes de PTSD que les soldats. Cependant, chez les soldats les signes d'évitement et l'intrusion étaient significativement plus élevés selon l'IES (évalue les liens entre l'événement et le stress).

Les soldats ont reporté avoir moins de soutien de la part des amis que les travailleurs humanitaires ($p = < 0,05$) de même que moins de soutien de la part des collègues ($p = < 0,01$). Le soutien de la part des familles et des voisins ne comprenait pas de différence entre les soldats et les TH.

Analyses de régression :

L'exposition au traumatisme semble être un prédicateur statistiquement significatif de toutes les variables des symptômes chez les travailleurs humanitaires. Par contre, parmi les soldats, les symptômes de PTSD n'ont pas été « liés » à l'exposition d'événements traumatisants.

Le pouvoir prédictif des quatre variables du réseau (famille, amis, voisins et collègues) sur la relation entre l'exposition au traumatisme et les symptômes de stress montre que, pour les soldats, les collègues ont une influence positive directe. Les voisins n'ont aucune influence statistiquement significative par rapport à l'une des mesures dépendantes parmi les soldats, et la famille a été jugée importante seulement ce qui concerne les symptômes du PTSD.

Pour les soldats, les résultats démontrent que seulement les collègues ont un effet significatif sur les PTSD ($p = < 0,01$)

En outre, les amis sont statistiquement significatifs en tant que modérateurs sur la relation entre l'exposition au traumatisme et les symptômes d'intrusion ($p = < 0,01$).

Il n'y a pas eu d'effets significatifs modérateurs de réseau social sur la relation entre l'exposition au traumatisme et les symptômes d'évitement chez les soldats.

Le réseau social tend à réduire les symptômes des travailleurs humanitaires lors de hautes conditions d'exposition, alors qu'un tel soutien tend à réduire les symptômes lors d'une basse exposition chez les soldats.

L'étude a démontré 5 principaux résultats :

1. Le soutien social (famille, amis, voisins et collègues) a démontré qu'il modérait la relation entre l'exposition au

traumatisme et les réactions au traumatisme chez le TH.

2. Il y avait de nettes différences entre les travailleurs humanitaires et les soldats . En effet, le réseau social a eu un effet modérateur plus prononcé chez les travailleurs humanitaires.
3. Il n'y avait pas de relation de réseau social qui est ressorti comme étant nettement plus important que tout autre, quant aux effets modérateurs chez les travailleurs humanitaires. Parmi les soldats cependant, les amis et collègues ont été statistiquement significatifs en tant que modérateurs.
4. Les variables de réseau social ont clairement eu des effets directs sur les symptômes chez les travailleurs humanitaires mais pas parmi les soldats

Les soldats ont été significativement plus exposés aux traumatismes que les TH. Une plus grande symptomatologie a aussi été relevée chez eux sauf pour le PTSD qui était plus élevé chez les TH.

Le soutien social tend à diminuer les symptômes pour les TH lors d'exposition à un événement traumatique élevé.

Le pouvoir prédictif d'une exposition à un traumatisme et du réseau social parmi les TH et les soldats :

Trois analyses ont été exécutées. Toutes les variables prédictives ont été mises dans une analyse de régression avec chaque variable dépendante. Le PTSD, l'intrusion et l'évitement ont été analysés avec chaque variable dépendante (soit l'exposition au traumatisme et le réseau social -> famille, amis, voisins et collègues) pour les TH et les soldats :

Voici les résultats qui sont ressortis comme significatifs :

<i>Variables dépendantes</i>	<i>Travailleurs humanitaires</i>	<i>Soldats</i>
Exposition au traumatisme :		
• PTSD	P = < 0.001	X
• Intrusion	P = < 0.001	P = < 0.05
• Evitement	P = < 0.001	P = < 0.01
Réseau social :		
Famille		
• PTSD	P = <0.001	P = < 0.01

	<ul style="list-style-type: none"> • Intrusion • Evitement <p>Amis</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTSD • Intrusion • Evitement <p>Voisins</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTSD • Intrusion • Evitement <p>Collègues</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTSD • Intrusion • Evitement 	<p>X</p> <p>X</p> <p>P = < 0.001</p> <p>X</p> <p>P = < 0.001</p> <p>P = <0.001</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>P = < 0.001</p> <p>P = < 0.01</p> <p>P = < 0.001</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>P = < 0.05</p> <p>P = < 0.01</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>P = < 0.001</p> <p>P = < 0.001</p> <p>P = < 0.001</p>
<p>Discussion et conclusion</p>	<p>Les soldats ont été plus exposés aux événements traumatiques, cependant, les TH ont plus développé de PTSD. Toutefois, le traumatisme était un prédicateur significatif des symptômes de PSPT chez les travailleurs humanitaires, contrairement à ce qui a été le cas chez les soldats.</p> <p>En outre, les travailleurs humanitaires ont révélé plus de symptômes de PTSD, tandis que les soldats étaient plus élevés sur la mesure d'intrusion et d'évitement. Ce qui est un résultat intéressant.</p> <p>Les TH sont moins exposés aux événements traumatiques mais démontrent plus de symptomatologie que les soldats qui, eux, sont plus exposés aux traumatismes. Ainsi, il doit être expliqué pourquoi le groupe étant le moins exposé aux événements traumatiques présentent le plus de symptômes. Cela peut signifier que les soldats sont peut-être plus résistants que les TH. Une autre interprétation est qu'il y a une différence entre soldats et travailleurs humanitaires à l'égard de systèmes de motivation au travail, ce qui fait qu'ils peuvent réagir différemment.</p> <p>Il y avait une différence entre les deux groupes ; reste à savoir si c'était des conditions basses ou élevées d'exposition qui ont été animées par le soutien du réseau social. Bien que le réseau social semble être important pour les travailleurs humanitaires dans l'atténuation des effets de l'exposition aux traumatismes sur les réactions post-traumatiques, le réseau social semble relativement peu important pour les soldats. Au lieu d'exercer un effet sur l'état de haute exposition, comme c'est le cas chez les travailleurs humanitaires, il exerce un effet lors de faible exposition chez les soldats.</p>		

Une autre explication est peut-être un problème méthodologique dans cette étude. En effet, le PTSD a été dichotomisé dans cette étude pour les soldats, ce qui pourrait avoir causé un PTSD et IES incompatibles pour ces échantillons.

Ces deux groupes ont été exposés de manière différente aux traumatismes. Cependant, cette étude mesurait uniquement les différents degrés d'exposition mais non le type d'exposition.

La dimension de la personnalité peut expliquer les différences de résultats entre les soldats et les TH. Mais de plus amples recherches seraient nécessaires à ce sujet afin de clarifier cela. Ils ont constaté que le soutien social a des effets de médiation, mais pas d'effets tampon.

Ces résultats concordent avec une recherche de Joseph et al (1992) qui a constaté qu'une mesure de soutien d'urgence était un facteur prédictif de la baisse des symptômes intrusifs au-delà de deux types d'attribution et d'adaptation. Il se doit cependant de souligner que notre mesure de support social n'est pas une crise de soutien, bien que l'on ne peut pas exclure une éventuelle relation conceptuelle entre les deux mesures.

Les résultats indiquent qu'il n'y a pas eu de relation sociale spécifique plus importante que d'autres parmi les TH. Par contre, chez les soldats, c'était les amis et les collègues qui étaient les plus soutenant. Le fait que les familles n'aient pas de grande importance chez les soldats peut être expliqué par le fait que ceux-ci soient exposés à de forts traumatismes. Cela peut avoir entraîné un appauvrissement des ressources sociales. L'effet d'un stress supplémentaire à celui des événements ordinaires d'une vie peut exercer une pression sur la vie familiale et sur les relations sociales en général. Ceci peut provoquer une baisse de l'efficacité de la diminution du stress de la part des familles.

Les résultats sont en concordance avec les résultats de Overstreet et al. (1999) qui expliquent que le soutien familial peut aider à diminuer les symptômes dépressifs mais pas les symptômes de PTSD.

Ces résultats peuvent être cliniquement intéressants. Si le soutien social a un effet significatif comme tampon du stress entre les travailleurs humanitaires, mais pas parmi les soldats, et que cette différence est envisageable dans les différences de caractéristiques de la personnalité, alors l'effet du soutien social en milieu clinique devra être évaluée par rapport à cette dimension de la personnalité.

Conclusion :

Il ressort 4 conclusions importantes dans cette recherche :

1. Le soutien social semble être un important modérateur entre le stress et les symptômes de stress.
2. Il y a des différences importantes entre les TH et les soldats vis-à-vis du point 1. Le réseau de soutien social semble être dépourvu de pertinence en tant que modérateur parmi les soldats, et, le cas échéant, le soutien du réseau social semble être lié à la condition de faible exposition.

	<p>3. Troisièmement, aucun rapport avec le réseau social ne s'est avéré plus important que les autres. Sauf chez les soldats, où les amis et collègues étaient toujours plus importants que la famille et les voisins.</p> <p>4. Quatrièmement, les soldats ont été considérablement plus exposés aux traumatismes que les travailleurs humanitaires. Néanmoins, ils présentent moins de symptômes du PTSD que les travailleurs humanitaires.</p>
Limites de l'étude	<p>Ces deux groupes ont été exposés de manière différente aux traumatismes. Cependant, cette étude mesurait uniquement les différents degrés d'exposition mais pas le type d'exposition.</p> <p>Aucun aspect éthique n'est mentionné dans cette étude.</p> <p>Les données ont été récoltées en 1996 mais l'article a été publié en 2003. Les résultats sont peut-être un peu vieux mais pertinents tout de même.</p>
Commentaires personnels	<p>Cette étude concerne deux populations mais uniquement les résultats concernant les travailleurs humanitaires seront analysés dans la revue de littérature.</p> <p>Cet étude s'avère très intéressante. Premièrement, le grand échantillon valide la pertinence des résultats malgré ses quelques limites.</p> <p>Deux sortes d'analyse ont été faites. L'analyse préliminaire qui nous donne des indications importantes à propos des données démographiques et une analyse de régression. Cette méthode d'analyse est très pertinente car toutes les valeurs sont mises ensemble. Les variables étant ajoutées au fur et à mesure, les résultats significatifs qui en ressortent sont très pertinents.</p> <p>Toutefois, les tableaux présentés dans cette étude s'avèrent être assez complexes et de nombreuses recherches ont été utiles afin de les analyser.</p>

Exposure to Violence, Support Needs, Adjustment, and Motivators among Guatemalan Humanitarian Aid Workers

Auteurs	<p>Katharine M. Putman : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Jeanette I. Lantz : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Cynthia L. Townsend : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Autumn M. Gallegos : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Amy A. Potts : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Rebecca C. Roberts : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Emily R. Cree : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>Marina de Villagran : Maestria en Psicologia Social y Violencia Politica, Universidad de San Carlos, Guatemala</p> <p>Cynthia B. Eriksson : Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, USA</p> <p>David W. Foy : The Graduate School of Education and Psychology, Pepperdine University, USA</p>
----------------	--

Journal	American Journal of Community Psychology
Année de publication	2009
Pays	Etats-Unis
Buts et questions de recherche, Hypothèse	<p>Le but de cette étude est d'identifier les niveaux d'exposition à la violence communautaire, les besoins de soutien et les facteurs qui motivent et soutiennent les aides humanitaires nationaux du Guatemala. Ceci afin de fournir des informations aux agences humanitaires sur la façon de mieux soutenir les travailleurs humanitaires dans cette région.</p> <p>Dans l'étude qui suit, il y a un groupe de discussion et une enquête quantitative qui donnera des données sur le niveau d'exposition à la violence communautaire des travailleurs et la mise en rapport de cette violence avec le stress auquel ils sont soumis ainsi que les raisons de leur motivation à rester.</p> <p>Hypothèse :</p> <p>Les hypothèses suivantes seront examinées:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des taux plus élevés d'exposition à la violence communautaire directs et indirects favorisent le risque de PTSD; 2. Des niveaux plus élevés de burn out sous la forme de d'épuisement émotionnel (EE) et de manque de confiance en soi (AP) favorisent le risque de PTSD.
Population/Echantillon	<p>Première étude : Trois groupe de discussion ont été menés en août 2004. 26 aides humanitaires guatémaltèques travaillant pour des ONG à Guatemala City ont participé à ces groupes. Dans ces participants, 17 (65%) étaient des femmes et 9 (35%) des hommes. L'âge des participants se situait entre 19 et 51 ans (âge moyen 31,1 ans). Le temps de travail moyen pour l'ONG était de 5,7 ans.</p> <p>Deuxième étude : Les participants de l'étude étaient 135 aides humanitaires faisant partie d'ONG guatémaltèques. Voici les quatre paramètres et les taux de participation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les ONG dans la ville du Guatemala qui aident les familles vivant à Guatemala city. Ces ONG ont également été des ONG où les groupes de discussion ont eu lieu. 60 membres ont été invités (dont les 26 personnes ayant participé au groupe de discussion). 39 employés ont participé (68%) (pas de différenciation entre les personnes du groupe de discussion et les autres pour des raisons de confidentialité) 2. Une ONG pour une congrégation d'église qui aident les enfants : 42 personnes ont été invitées et 29 ont participé. 3. Des étudiants de psychologie sociale d'un programme de Master qui ont écrit sur les génocides. 75 ont été invités et 52 (69%) ont participé

	<p>4. Une organisation indigène qui aident les familles ayant été touchées par le génocide durant la guerre civile. 15 ont été invités et 15 ont participé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64% des participants étaient des femmes (soit 87) et 36% des hommes. • Agés de 19 et 36 ans • Temps moyens de travail dans les ONG 2 ans.
<p>Type d'étude ou devis,</p> <p>Aspect éthique</p>	<p>Etude qualitative et quantitative</p> <p>Pour les deux groupes: Tous les participants étaient des volontaires. Les récoltes de données n'étaient pas anonymes mais il a été certifié aux participants que leur observation/commentaires individuels resteraient confidentiels. Afin d'obtenir leur consentement écrit, une signature a été demandée. Le respect de l'aspect éthique de ce groupe a été certifié par The Human Subjects Committee at the primary investigator's academic institution.</p>
<p>Méthodologie de collecte de données</p> <p>Méthode de traitement des données</p> <p>Méthodologie de collecte de données</p>	<p>Première étude : La première étude consistait à étudier et explorer un groupe de discussion. L'objectif était de se documenter sur les travailleurs humanitaires guatémaltèques au sujet des sources de leur stress liés à leur travail ainsi que leurs motivations et récompenses qui leur permettaient de rester engagés dans le service.</p> <p><i>Méthode :</i> Pour une recherche interculturelle dans un pays en développement, l'utilisation de groupes de discussion peut atténuer la peur de l'exploitation et l'autonomisation des individus à participer. En fait, les groupes de discussion permettent aux membres des communautés autochtones de faire entendre leur voix dans leurs propres mots et d'avoir leur réponse validée par d'autres participants.</p> <p>Les données ont été enregistrées sur des radiocassettes puis analysées.</p> <p>Toutes les questions/informations étaient traduites par une personne locale espagnole. Les transcriptions ont été analysées en utilisant l'analyse de contenu qualitative. Tout d'abord, un ensemble de codeurs qui étaient soit hispanique ou au courant de la culture guatémaltèque et ont été formés à la recherche qualitative. Les commentaires ont été classés par grands thèmes et les sous-thèmes qui ont émergé dans le processus d'analyse des réponses.</p> <p>Deuxième étude : Compte tenu de l'ampleur de l'exposition à la violence mentionnée au cours des groupes de discussion, il était important de continuer à enquêter sur l'exposition de la violence communautaire parmi les travailleurs humanitaires et leurs symptômes sur la</p>

<p>Méthode de traitement des données,</p>	<p>santé mentale afin d'éclairer l'élaboration des programmes de soutien. Le but de la deuxième étude était de tester, à travers une enquête, les niveaux d'exposition de la violence communautaire, et les symptômes du PTSD et de burn out dans un échantillon plus important de travailleurs humanitaires guatémaltèques dans divers milieux.</p> <p>En août 2005, février 2006 et juillet 2006, des sondages ont été donnés aux participants des 4 ONG. Ils devaient remplir ce sondage en 45 minutes environ. Ce questionnaire contenait aussi des questions démographiques : age, sexe, origine, durée de service dans leur ONG. Il contenait aussi des questions sur le PTSD, la violence communautaire, le burn out, le coping, le soutien mis en place,...</p> <p><i>Los Angeles Symptom Checklist (LASC)</i> a été utilisé pour évaluer les symptômes de PTSD. <i>Survey of Children's Exposure to Community Violence (SCECV)</i> a été utilisé pour évaluer l'exposition directe ou indirecte à la violence. Cette échelle a été adaptée aux adultes. <i>Maslach Burnout Inventory</i> a été utilisé pour évaluer les symptômes dépressifs (burn out)</p>
<p>Résultats</p>	<p>Première étude :</p> <p>Le thème du groupe de discussion qui est apparu le plus souvent était l'exposition à la violence durant leur travail. Au total, 77 déclarations ont été faites sur la violence communautaire : 5 étaient mentionnés directement et 71 indirectement. La violence communautaire indirecte consistait principalement à être témoins de situations liées à l'abus sexuel ou physique. Les 5 déclarations directes concernaient des menaces sur leur propre vie ou sécurité.</p> <p><i>Ce que les aides humanitaires ont exprimé avoir besoin comme soutien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été mentionné 67x un manque d'entraînement/ de formation face au stress, situation de violence. • 21x un manque de soutien de la part des ONG dans le domaine des application de loi et de la protection des travailleurs. • 19x un manque de soutien émotionnel pour faire face aux situations difficiles. • 17x un manque de ressources financières pour accomplir correctement leur travail. <p><i>Motivations des travailleurs humanitaires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La motivation la plus fréquemment mentionnée était la compassion et l'amour de ceux qui sont dans le besoin (39x) • L'appel de Dieu pour aider les autres (28x) • Redonner des services qu'ils ont reçus eux-mêmes (15x) <p><i>Récompense trouvée dans ce travail:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 46x mentionné que c'était de voir l'évolution permise grâce au travail des individus/communauté • Accomplissement/satisfaction personnel (F=30)

	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéfice spirituel F=21 <p>Deuxième étude :</p> <p><i>Exposition à la violence communautaire :</i> Les données d'enquête suggèrent également un niveau élevé d'exposition à la violence communautaire chez les travailleurs interrogés. Le nombre moyen d'événements relatifs à la violence communautaire était de 13 avec une gamme de 0-32 événements, alors que la moyenne indiquée pour les deux types d'exposition indirecte était de 8 événements avec une gamme de 0-16. Les deux incidents les plus souvent approuvés de l'exposition indirecte ont été:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De voir le cadavre (69%) • D'être témoin d'un passage à tabac ou agression (67%) <p>Le nombre moyen d'incidents de violence d'exposition directe de la collectivité était de cinq événements et la gamme a également été 0-16 événements. Les deux incidents les plus souvent approuvés de l'exposition directe ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'être battu ou agressé (73%) • D'être dans un accident grave où quelqu'un a été grièvement blessé ou mort (50%). <p><i>Exposition à la violence communautaire, niveau de PTSD et burn out parmi les aides humanitaires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 58 participants (42%) ont reporté avoir un niveau de symptômes de PTSD significatif ou élevé. Parmi eux, 23 des participants (17%) se sont vus poser un diagnostic de PTSD. <p>La première hypothèse était que l'exposition directe et indirecte à la violence communautaire était reliée positivement au niveau de PTSD par les travailleurs humanitaires participants à l'étude : => l'exposition directe à la violence communautaire démontre un lien direct avec niveau de PTSD mais l'exposition indirecte ne l'est pas. La première hypothèse est donc partiellement prouvée.</p> <p>Le niveau de PTSD était diminué lorsque le EE et le PA étaient significativement reliés aux symptômes de PTSD, ce qui confirme la seconde hypothèse de l'étude.</p> <p>En d'autres mots, les aides humanitaires qui ont révélé avoir un haut niveau de EE ont aussi révélé avoir un haut niveau de PTSD symptômes. Et le personnel ayant révélé avoir un bas niveau de PA avait un haut niveau de PTSD.</p>
Discussion et conclusion	<p>Les résultats les plus significatifs démontrent bien que les aides humanitaires travaillant au Guatemala qui ont participé à l'étude avaient été exposés à un haut niveau de violence communautaire.</p> <p>Si l'on compare les résultats avec l'étude d'Eriksson (2001) ayant fait une recherche sur les travailleurs humanitaires de retour de</p>

5 agences, le pourcentage de PTSD est plus haut.

Ce haut niveau d'exposition à des violences communautaires et les symptômes de PTSD présents chez les travailleurs humanitaires pourraient avoir plusieurs causes. Mais le groupe de discussion a mis en avant comme une des premières causes les menaces physiques ou le fait d'assister à des violences.

Les travailleurs humanitaires sont liés avec la population autochtone ce qui peut augmenter l'exposition de la violence communautaire de ceux-ci.

Les résultats qui démontrent que l'exposition directe à des violences est directement liée à un haut niveau de PTSD

La conclusion que l'augmentation des niveaux d'exposition directe à des violences communautaires est liée positivement à des niveaux plus élevés de symptômes de l'ESPT chez les travailleurs humanitaires ce qui appuie les conclusions des études faites précédemment (Erikson et Schaefer). Mais la constatation que la violence communautaire indirecte n'est pas liée à des symptômes du PTSD n'est pas compatible avec des recherches antérieures (Eriksson).

Cependant, puisque la quantité de variables représentées par les prédicateurs de la violence communautaire est si petite, il pourrait y avoir d'autres facteurs de protection ou de risque tels que les styles d'évaluation ou les habiletés d'adaptation, pour le développement de symptômes de PTSD.

Etant donné que la violence est présente depuis longtemps au Guatemala, il est possible que les travailleurs/people aient développé des stratégies de coping positives.

Il serait important d'identifier les facteurs de risque et de protection et les sources de la résilience dans une future recherche.

Les résultats de l'étude apportent également un soutien empirique que l'épuisement professionnel et les niveaux de stress post-traumatique sont significativement et directement liés chez les travailleurs interrogés, en particulier pour les dimensions de l'EE et d'accomplissement personnel.

L'accomplissement personnel, ce qui pourrait représenter une forme d'auto-efficacité perçue, peut servir de tampon pour le développement des symptômes du SSPT.

Le groupe de discussion a exprimé un manque de soutien de la part des ONG, ce qui confirme d'autres précédentes recherches (Stoddard, 2007)

En face à l'exposition de la violence communautaire et le peu de ressources existantes, les informations sur ce qui motive et soutient les travailleurs humanitaires pourrait être bénéfique en matière de recrutement et de maintien du poste des travailleurs.

	<p>Les résultats de l'étude sont cohérents avec les résultats d'une étude faite chez des volontaires qui trouvent des facteurs motivationnels religieux (Clary et al. 1998).</p> <p>Des fournitures de services telles que des plans de sécurité ou des aides aux travailleurs qui reçoivent des menaces peuvent empêcher une exposition supplémentaire à la violence communautaire pour le personnel et cela peut l'aider à se sentir plus soutenu.</p> <p>Des services de soutien psychologiques et un réseau informel par les pairs peuvent également fournir le soutien nécessaire dans le traitement d'expériences traumatiques et aide à renforcer l'impact positif du travail d'aide et à favoriser un sens de PA.</p> <p>Pour les travailleurs humanitaires au Guatemala, ceux qui sont religieux, le renforcement des motivations religieuses dans le cadre spirituel de l'accomplissement au travail peut être bénéfique.</p> <p>Des recherches futures sur le soutien et la formation nécessaires aux travailleurs humanitaires sont encore à explorer.</p>
Limites de l'étude	<p>Les participants de cette étude représentent différents travailleurs dans différentes situations, ce n'était pas un échantillon aléatoire et les résultats ne doivent pas être interprétés comme représentant tous les travailleurs humanitaires au Guatemala.</p> <p>Le questionnaire était basé sur une auto-évaluation et non pas sur des observations (sauf PTSD diagnostiqué)</p>
Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a été faite en 2009 et précise que des recherches sur l'efficacité et les besoins de soutien des aides humanitaires sont encore à faire car il en manque. Cela signifie donc bien que peu de recherches ont été faites à ce sujet, vu la date relativement récente de cette étude. • Cette étude fait régulièrement des liens avec d'autres études faites, que j'ai moi-même analysées. Les résultats sont d'autant plus représentatifs et prouvent la pertinence des études analysées antérieurement. • Cette étude a été faite en deux temps. Premièrement, avec un groupe de discussion qui a permis de mettre en avant les éléments à traiter. Deuxièmement, elle consistait à traiter l'exposition à la violence communautaire mais aussi la répercussion sur la santé mentale dans le but de mettre en avant le soutien nécessaire.