

**Tables des matières**

Résumé .....	iii
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction .....	1
Contexte .....	2
Problématique .....	6
Difficultés d'adaptation rencontrées .....	6
Difficultés d'ordre psychologique rencontrées.....	9
Le syndrome du stress post-traumatique .....	10
Objectifs et question de recherche .....	13
Cadre théorique .....	14
Théorie .....	15
Concept.....	21
Méthode.....	24
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	26
Résultats de la stratégie de recherche.....	26
Résultats.....	27
Présentation et caractéristiques des articles sélectionnés.....	28
Niveau de preuve .....	28
Population .....	29

Contexte .....	30
Instruments de mesure.....	30
Éthique .....	31
Limites .....	32
Qualité méthodologique des articles .....	33
Présentation des résultats.....	34
Les facteurs favorisants le développement du syndrome de stress post-traumatique .....	34
Les facteurs sociodémographiques.....	34
Les expériences en mission .....	35
Les prévalences .....	36
Le vécu durant la mission.....	37
L'adaptation à un nouveau milieu de vie .....	37
Les stratégies proposées par des travailleurs humanitaires .....	38
Les différents traumatismes éprouvés .....	39
Préparation et suivi de mission du travailleur humanitaire .....	40
La préparation au départ d'une mission humanitaire .....	40
Le suivi pendant la mission humanitaire .....	41
Le suivi direct après la mission humanitaire.....	42
Le suivi quelques mois après la mission humanitaire .....	42

Discussion .....	43
Les résultats principaux et leur lien avec la théorie de Callista Roy et le concept du coping .....	44
Les facteurs favorisants le développement du syndrome de stress post-traumatique .....	44
Le vécu durant la mission.....	46
Préparation et suivi de mission du travailleur humanitaire .....	48
Les recommandations pour la recherche et la pratique .....	50
Pour la recherche .....	50
Pour la pratique .....	51
Forces et limites de la revue de littérature .....	53
Conclusion .....	54
Références .....	56
Appendices A.....	60
Appendice B .....	62
Appendice C .....	64
Appendice D .....	66
Appendice E .....	69
Appendice F.....	120

## **Liste des figures**

Figure 1. Diagramme de représentation du système de l'adaptation humaine ... 19

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier spécialement Mme Tischhauser pour son accompagnement, sa disponibilité, son soutien et son investissement tout au long de la réalisation de notre travail de Bachelor.

Nous remercions également Fulgence Niyonze du temps pris afin de relire notre travail, ainsi que tous nos proches qui nous ont encouragé, soutenu et accompagné durant cette année.

## **Introduction**

Ce travail de Bachelor s'inscrit dans le cadre de la dernière année de formation en soins infirmiers. Dans un premier temps, nous allons faire le point sur l'état des connaissances à propos du travail humanitaire, exposer la problématique et poser notre question de recherche. Dans un second temps, nous expliquerons la théorie de l'adaptation de Callista Roy et le concept de coping. En troisième lieu, nous abordons le chapitre méthodologie qui inclut les stratégies de recherche pour la sélection de nos articles. Enfin, nous terminons notre revue de littérature par la présentation des résultats, soutenue par le chapitre discussion, qui comprend l'analyse de ces derniers, les recommandations pour la pratique et les forces et limites de notre travail.

### **Contexte**

Les débuts de l'humanitaire naissent dans le contexte de la Grèce Antique (5e siècle avant J.-C.). Les Grecs vivaient une période de conflits fréquents qui aboutissaient à la domination du plus fort. Cependant, le vainqueur devait agir de manière humaine envers les vaincus et ainsi « respecter des limites dans sa manière de traiter les captifs » (Cahill, 2006a, p.18).

Quant aux grandes religions du monde, elles ne se sont pas impliquées dans les idées fondatrices de l'humanitaire. Par exemple, au Moyen-Age, la notion d'humanitaire n'avait pas sa place au milieu de la tradition chrétienne et celle de l'Église. Si la tradition chrétienne était semblable à celle de l'humanitaire, elle se basait plutôt sur les notions d'amour, de compassion et de charité. Son but étant de prendre parti des pauvres et des défavorisés. Ainsi, entre les deux traditions, la différence portait sur les personnes ayant droit à cette aide. Pour l'Église, seuls les croyants et pratiquants avaient droit à ces prestations. Alors que, chez les Grecs, l'aide humanitaire visait l'égalité des droits et l'usage de la charité afin d'éviter toute tentative de révolte par les classes inférieures (Cahill, 2006a, p.19).

Au long des siècles, l'être humain est envisagé en tant qu'individu, et non plus réduit à son seul statut social. Ainsi par exemple, la notion moderne de l'« humanité » considère les hommes et les femmes comme tous égaux dans leur humanité (Cahill, 2006a, p.20). À partir de ce moment se développe l'exigence de traitement égal pour tous, dans le respect et sans discrimination.

Les premières opérations « humanitaires » ont lieu en 1793 par l'aide apportée aux aristocrates forcés de quitter Saint-Domingue à la suite d'une révolte d'esclaves. Les actions humanitaires s'enchaînent ensuite selon des contextes de catastrophe naturelle ou de conflits (Cahill, 2006a, p.21).

Dans les débuts, l'aide humanitaire est apportée en qualité de soins médicaux fournis par les forces armées. Cette tradition évolue positivement jusqu'à donner naissance à la signature des premiers accords, entre rivaux, pour l'utilisation conjointe des hôpitaux qui se fait au XVIII<sup>e</sup> siècle.

Mais, il faudra attendre 1859, la bataille de Solferino, pour officialiser le concept moderne d'assistance humanitaire, grâce à Henri Dunant (Cahill, 2006a, p.21). La bataille de Solferino oppose les français et les italiens aux autrichiens. Durant cette période, Henry Durant était en voyage d'affaires sur ce même territoire en guerre et assista aux désastres de cette bataille. Stupéfait par la pauvreté des services sanitaires et il repense à la devise « Siamo tutti fratelli » (« Nous sommes tous frères ») et commença à organiser les soins pour toutes les personnes blessées, qu'elles soient alliées ou ennemis. Très vite, il obtint le soutien de la population afin d'assurer une prise en soin intégrale, tout au long du conflit. Ces actions mises en place par Henry Dunant susciteront l'intérêt de développer des sociétés travaillant en harmonie avec la notion de l'humanitaire (AFS, n.d). En août 1864, il persuade les gouvernements d'adopter la première Convention de Genève, qui oblige les armées

à soigner les soldats blessés, de quelque côté qu'ils soient, et introduit un emblème unique pour les services médicaux : une croix rouge sur fond blanc (Comité international de la Croix-Rouge, 2019). Cet homme d'affaires genevois est ainsi considéré comme fondateur du mouvement de la Croix-Rouge Internationale. Henri Dunant et le Comité des Cinq ont dicté les principes qui guident encore aujourd'hui l'esprit de l'action humanitaire.

Lors de la Première Guerre mondiale, le Comité International de la Croix-Rouge (CICR) utilise son expérience dans des conflits précédents afin de créer l'Agence internationale des prisonniers de guerre. Elle est fondée à Genève dans le but d'engager des actions centrées sur les prisonniers de guerre et leurs familles (Comité international de la Croix-Rouge, 2019).

Suite aux malheureux ravages des deux Guerres mondiales, plusieurs organisations voient le jour dans le but d'apporter de l'aide aux populations européennes. Cette fois-ci, les communautés religieuses (catholiques, protestantes et juives) s'ouvrent au monde de l'humanitaire (Cahill, 2006a, p.26). Entre temps, beaucoup de conflits n'opposent plus seulement des États, mais aussi des mouvements et des groupuscules indépendants. C'est pour cela que les organisations humanitaires plaident en faveur de la réadaptation des conventions de Genève. Ce qui donna naissance à différents protocoles additionnels, notamment deux protocoles adoptés en 1977 pour compléter les Conventions de 1949 (Comité international de la Croix-Rouge, 2019).

Au même moment, naissent les mouvements « sans frontières », qui proposent une alternative à ces altercations. Bernard Kouchner s'associe avec d'autres médecins et, ensemble, ils fondent Médecins sans frontières (MSF) en 1968. Cette organisation est créée pour contourner le CICR et les contraintes du droit de

l'humanitaire considéré comme un obstacle à l'action humanitaire (Cahill, 2006a, p.26).

Le CICR définit l'action humanitaire de la manière suivante (Merlin & Chevalier, 2002) :

L'action humanitaire comprend toute action entreprise en vue d'aider des êtres humains en état de souffrance physique ou morale, en particulier lors de désastres, que ceux-ci soient d'origine humaine, naturelle ou technologique, mais également et surtout en période de conflits quelle qu'en soit la nature.

Une mission humanitaire englobe l'aide apportée aux populations frappées par des catastrophes naturelles (inondations, séisme, sécheresse, autres destructions importantes qui mettent des vies humaines en danger) ou des conflits armés (guerre, guerre civiles) qui sont dans le besoin. Différentes formes d'aide humanitaire existent (Bridge, Institute of Development Studies, 2008). On y trouve des organisations gouvernementales et celles non-gouvernementales ou caritatives. Certaines sont activement présentes sur le terrain en offrant des soins médicaux et paramédicaux, en contribuant à la reconstruction, à la distribution de l'alimentation ou de vêtements : Croix-Rouge Suisse, Médecins du monde, Médecins sans Frontières, SolidarMed, Voyage d'entraide, etc... D'autres y contribuent à distance en offrant une aide financière sous forme de dons, pour le soutien à la population, comme par exemple CARITAS, Enfants du Monde, Terre des hommes suisse, Swissaid, etc...

Le dessein des missions humanitaires étant d'apporter de l'aide au plus défavorables, il montre un côté positif de cette action. Néanmoins, le fait de travailler au service des plus démunis, en respectant les concepts de l'humanitaire peut entraîner des conséquences négatives.

## **Problématique**

Lors des recherches pour étoffer la problématique, un article contenant divers témoignages d'infirmières, en lien avec le contexte humanitaire, a retenu notre attention. Entre autres le témoignage d'un professionnel de la santé démontre la difficulté face à la différence des pathologies à traiter et des soins apportés. Il est expliqué que dans un pays en développement, les patients souffrent plus de problèmes liés à la famine et à des maladies virales n'ayant pas encore de traitements connus. Les soins donnés étaient limités à cause du manque de connaissances face à la pathologie et à la limitation de moyens. Le confort du patient dans ce pays par rapport à celui d'où venait le soignant amenait un élément de plus dans le changement de son expérience professionnelle. La surpopulation des hôpitaux était un problème majeur. Et le taux de chance de survie bien plus bas que dans son pays d'origine. Lors du témoignage, le professionnel précise ne pas avoir été préparé à toutes ces différences et que ce fût un très grand choc qui provoqua un tournant dans sa vie, sur les plans personnel et professionnel (Dufour, 2016).

Ce témoignage souligne le fait que plusieurs difficultés sont rencontrées par les travailleurs humanitaires. Dans la suite de ce chapitre, sans prétendre à toutes les énumérer, nous relèverons certaines d'entre elles.

## **Difficultés d'adaptation rencontrées**

Lors d'une mission humanitaire, les professionnels rencontrent certaines difficultés telles que le problème de communication, la confrontation à des situations devant lesquelles ils se sentent désarmés ou faire face à une attente avec impossibilité d'y apporter satisfaction pour des raisons de sécurité (Aebischer Perone, van Beerendonk, Avril, Bise & Loutan, 2008).

On entend aussi, de manière régulière, de la dégradation des conditions de sécurité dans un environnement en guerre ou après une catastrophe naturelle ; ceci, que ce soit pour les patients ou pour les travailleurs humanitaires. D'autres circonstances conduisent à une difficulté d'adaptation des parts des infirmières humanitaires aux pays en besoin de leur mission. En plus, la hausse du nombre de conflit dans différents pays encourage une augmentation des impunités. Il peut aussi arriver que la population locale ne considère pas les agences d'aide humanitaire comme faisant partie de la communauté mais comme des cibles. Les travailleurs humanitaires pouvant être victimes des exactions de la population, notamment le vol de leurs biens, les mettant ainsi dans une situation où leur mode de concept de soi est compromis. Nous parlerons des différents modes plus tard dans le travail (Cahill, 2006b, p.216-217).

Cahill (2006b, p.219) différencie la sécurité et la sûreté, définissant la sécurité comme étant en rapport avec les actes de violence et de crime alors que la sûreté serait en rapport avec la prévention de la maladie et des accidents. Il précise aussi que ce qui menace essentiellement le bien-être des travailleurs est associé à la sûreté. On y retrouve les accidents de véhicules, le paludisme et autres pathologies venant d'insectes, les maladies transmises par l'eau et l'alimentation ou encore les risques de transmissions de maladie ou infection telle que le VIH. Toutes ces menaces potentiellement inconnues au travailleur humanitaire international, peuvent provoquer un stress ajouté à d'autres facteurs et augmentent la difficulté d'adaptation dans un milieu différent.

Les divers professionnels en mission humanitaire rencontrent également des difficultés liées aux manques de connaissance concernant l'éthique et la culture locale.

Dans un article sélectionné, un témoignage d'une infirmière néo-zélandaise exprimant son stress ressenti, lors de son arrivée sur le lieu de sa mission humanitaire au Pakistan, a retenu notre attention. Elle était partie dans un contexte de secours suite à une catastrophe. A son arrivée dans la maison d'hôtes, sa première réaction fut de s'enfermer, pleurer et remettre en question son départ et ses capacités. Ensuite, elle ne s'est sentie à l'aise qu'à son arrivée à l'hôpital et qu'elle a commencé à pratiquer. Ce contexte influençait négativement l'aspect émotionnel. Un tel témoignage nous a permis de faire un lien avec notre problématique. Lorsque l'on doute de ses choix ou d'un retour dans son pays d'origine, le développement de complications est favorisé, ainsi que l'installation d'un stress permanent (Zinsli & Smythe, 2009).

Partir vivre dans un pays loin de ses origines, de ses proches, dans un nouvel environnement avec une possible perte de repères, cela exige une forte capacité d'adaptation. L'individu doit être préparé à faire face à des conditions de vie et de travail exigeantes avec un risque d'épuisement face à la difficulté d'adaptation, à la surcharge de travail ou à un sentiment d'insécurité. Une situation de stress n'est pas sans conséquences. Elle peut mener à des prises de risques tels que la conduite dangereuse, l'abus de substance (alcool/drogues/somnifères) ou les rapports sexuels non protégés. Il est alors essentiel d'anticiper ces difficultés en informant la personne, en préparant le séjour et en apportant un soutien avant, pendant et après le séjour (Aebischer Perone et al., 2008).

### **Difficultés d'ordre psychologique rencontrées**

D'après nos recherches, l'expérience psychologique sur le terrain dans un contexte humanitaire est celle qui est le plus documentée (Dawson et al., Elliott & Jackson, 2017).

Les expatriés peuvent vivre différents stress, notamment le stress de base lors de l'expatriation. Celui-ci s'explique à travers un sentiment de désorientation, de confusion ou d'anxiété dû au problème d'adaptation à un nouvel environnement, même si ces expériences sont souvent décrites comme passionnantes. Au fur et à mesure que la personne s'adapte à ce nouveau milieu, ce stress disparaît. Par la suite, un stress cumulatif peut survenir. Il est associé au travail humanitaire et causé par l'accumulation prolongée de plusieurs facteurs de stress : personnel, professionnel et un environnement causant des frustrations. Souvent, on observe également une fatigue compassionnelle reliée à un épuisement d'avoir trop vécu la souffrance. Si ce stress n'est pas identifié, il peut mener au surmenage et à l'épuisement professionnel. Finalement, arrive le stress traumatisant, celui qui nous intéresse pour la réalisation de ce travail. Il est secondaire à un événement violent imprévisible qui touche l'intégrité physique et psychique de l'individu. Le risque du développement d'un syndrome stress post-traumatique est plus élevé dans les situations de guerre, d'insécurité ou de catastrophe naturelle. Afin que le diagnostic d'un syndrome de stress post-traumatique soit posé, il est nécessaire que les symptômes persistent plus d'un mois, puis qu'une prise en soin spécialisée soit mise en place (Aebischer Perone et al., 2008).

Concernant les soins aigus en médecine humanitaire, nous avons plusieurs thèmes qui nous intéressent tels que les difficultés qu'une infirmière en humanitaire peut rencontrer, son vécu sur le terrain, les conséquences que cette mission peut

avoir sur son état psychologique ou son identité d'infirmière une fois de retour au pays. Nous savons qu'après une grande source de stress ou suite à un trauma, l'humain peut décider de prendre la fuite ou d'affronter la situation. Tout comme notre physique, notre système psychique détient lui aussi des mécanismes de défense. Il existe trois grands groupes de mécanismes qui nous aident à affronter une situation stressante ou traumatisante. Le premier regroupe plusieurs stratégies, comme l'humour, la sublimation, l'anticipation, etc., qui utilisent la souffrance afin de la retourner en plaisir. La seconde catégorie enveloppe quinze mécanismes de défense qui sont désignés comme des pis-aller. Ceux-ci permettent d'éviter temporairement le problème sans pour autant lui trouver une solution. On y trouve les mécanismes tels que le refoulement, le déplacement, la rêverie ou encore l'isolation. La dernière se porte sur les stratégies limites, elles se manifestent avec, en exemple, le passage à l'acte impulsif à l'inverse de l'agression passive, le repli sur soi, etc. Celles-ci sont souvent pratiquées lors de situations extrêmes (Braconnier, 2010).

Il est donc possible qu'un professionnel de la santé vive un stress par la suite d'un événement marquant. C'est pour cela que nous aimerais nous concentrer sur les professionnels qui vivent un stress post-traumatique.

### **Le syndrome du stress post-traumatique**

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est :

[...] un trouble réactionnel qui peut apparaître à la suite d'un événement traumatisant. Un événement est dit « traumatisant » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement doit également provoquer une

peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur. (Brunet, 2013)

Celui-ci est souvent associé et/ou accompagné d'un fort stress, d'une anxiété, d'une dépression ou encore d'un épuisement professionnel. Il se peut aussi que d'autres pathologies apparaissent en tant que précurseur du SSPT. En exemple, nous avons la fibromyalgie, des douleurs chroniques, des troubles sexuels ou encore une consommation de substances psychoactives à forte dose. La durée du SSPT varie selon les cas. Le syndrome peut durer plusieurs mois, voire des années et un événement déclencheur (ex. anniversaire de l'évènement) risque également de faire ressurgir les symptômes (Brunet, 2013). Le SSPT dure au minimum plus d'un mois, à la suite d'un état de stress aigu ou alors il évolue de lui-même, 6 mois après le traumatisme. Le SSPT chronique s'améliore souvent avec le temps, même sans traitement, mais ne s'éteint pas forcément entièrement. Cela n'empêche pas que certaines personnes en subissent les conséquences tout au long de leur vie (Greist, 2016).

Trois groupes de manifestations de cette maladie sont les plus fréquents. Les symptômes de reviviscence, qui amènent la personne souffrante à revivre continuellement une scène l'ayant traumatisée, que ce soit en pensées ou en cauchemars. Dans cette catégorie, se trouve aussi le symptôme d'évitement, qui est le fait de vouloir éviter, volontairement ou pas, quelconque rappel du traumatisme. La dernière réaction est l'état d'hyper vigilance. L'individu reste constamment aux aguets en dépit d'absence de menace immédiate (Brunet, 2013).

Un pourcentage de 9% de la population est, à un moment de leur vie, touché par le SSPT, dont 4% sur une période de 12 mois. La plupart des personnes concernées a été témoin d'un événement les ayant traumatisés.

Afin de traiter ces patients et pallier leurs symptômes, des traitements pharmacologiques et thérapeutiques sont utilisés. Au niveau des traitements médicamenteux, les antidépresseurs sont considérés comme efficaces. D'autres traitements, tel que la prarozine, sont administrés afin de diminuer les cauchemars. Mais il est mentionné que plusieurs traitements, dont les stabilisateurs d'humeur, ont été essayés mais qu'il demeurait encore impossible de se baser sur leur efficacité (Greist, 2016).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013) fournit une aide psychologique de première urgence, son intention étant d'aider la population atteinte de SSPT à trouver des stratégies d'adaptations positives et du soutien au niveau social. Différentes thérapies sont aussi proposées par l'OMS dans le but de diminuer les souvenirs traumatiques. Par ailleurs, cette organisation met en garde contre l'utilisation de certains traitements comme les benzodiazépines/ anxiolytiques, car aucune recherche ne démontre leur efficacité contre les symptômes du SSPT. Il s'avère même qu'un risque de prolongement du délai de recouvrement, en relation avec leur utilisation, ne pourrait pas être exclu.

Comme cité dans le chapitre précédent, nous allons centrer notre réflexion sur la situation des infirmières qui partent en mission humanitaire ou qui en reviennent. En effet, ces professionnels débarquent sur le terrain, dans un environnement présentant un risque élevé d'affronter des événements traumatisants. Quelles stratégies pourrait-on alors construire, mettre en place et qui contribueraient à diminuer un tel risque, voire remédier au développement du SSPT ?

### **Objectifs et question de recherche**

Le premier objectif de notre travail de Bachelor est d'identifier les risques qui favorisent le développement du syndrome de stress post-traumatique chez les infirmières au retour de mission humanitaire. Le second objectif est d'explorer des types d'interventions qui peuvent être mis en place afin de minimiser le risque du développement de ce syndrome. Enfin, nous pourrons établir des recommandations pour les organisations humanitaires ou les professionnels de la santé.

Au vu de ces ambitions, voici notre question de recherche :

*Quels sont les risques de syndrome de stress post-traumatique chez les infirmières parties en mission humanitaire dans un contexte critique, et quelles sont les recommandations afin de les diminuer ou les éviter ?*

## Cadre théorique

Dans ce chapitre, la théorie et le concept choisis sont expliqués et mis en lien avec la problématique du milieu humanitaire.

Pour commencer, il est essentiel de définir le métaparadigme infirmier, car c'est grâce à lui que la discipline des sciences infirmières s'est développée. Selon Kuhn, ce métaparadigme constitue l'élément fondateur d'une discipline et est ainsi formé par des concepts centraux qui permettent le développement de celle-ci. Les quatre concepts représentent la personne, la santé, l'environnement et le soin (Formarier & Jovic, 2012).

### **Théorie**

Pour soutenir notre problématique et analyser les résultats des différents articles sélectionnés, nous avons choisi la théorie de Callista Roy concernant le modèle d'adaptation.

Callista Roy, fille d'une infirmière, est née en 1939 et est encore vivante de nos jours. Elle est une théoricienne en sciences infirmières reconnue dans le monde entier. Sa mère lui a inculqué les valeurs du métier créant ainsi sa propre vocation. Dès son jeune âge, la théoricienne a débuté sa carrière dans les hôpitaux, en passant par aide-cuisinière, femme de chambre jusqu'à devenir aide-infirmière. Suite à ses études, elle conquit le titre de baccalauréat en sciences infirmières pédiatriques et en sociologie. Elle finit ses études par l'obtention d'un doctorat en sociologie et un post-doctorat en sciences infirmières option neuroscience. Grâce à toutes ses connaissances et aux expériences vécues, Callista Roy créa un modèle théorique infirmier : le modèle d'adaptation. Pour cela, elle s'est appuyée sur le métaparadigme infirmier qui inclut les personnes, l'environnement, la santé et les soins. Un paradigme

est un modèle qui désigne de grands courants de pensées, croyances et valeurs reconnues par une communauté scientifique (Kérouac, Pepin & Ducharme, 2010).

Il existe six écoles de pensée infirmière qui sont : l'école des besoins, l'école de l'interaction, l'école des effets souhaités, l'école de l'apprentissage de santé, l'école des patterns et l'école du caring. La théorie choisie dans ce travail s'inscrit dans l'école des effets souhaités qui a pour but de « percevoir la personne, la famille ou la communauté comme étant un système en quête d'adaptation ou d'équilibre. Les soins infirmiers ont pour but de favoriser l'atteinte de ses objectifs » (Kérouac et al., 2010).

Callista Roy s'est inspirée de la théorie des niveaux d'adaptation de Helson et de la théorie générale des systèmes de von Bertalanffy pour concevoir son modèle d'adaptation (Kérouac et al., 2010). De plus, elle tire quelques influences de différents écrits sur l'adaptation, le stress et le coping. Sa théorie est basée sur des postulats philosophiques qui sont ceux de l'humanisme, inspiré de Maslow, et de la « véritivité », terme inventé par Roy. Il est défini comme : « affirmation d'un but commun à l'existence humaine, à savoir un engagement au rehaussement des processus de vie grâce à l'adaptation » (Kérouac et al., 2010).

Cette théorie est basée sur l'homme, reconnu comme un être bio-psychosocial en interaction constante avec un environnement changeant. « La personne s'adapte aux changements de l'environnement ou répond aux stimulus en se servant de mécanismes d'adaptation innés ou acquis, lesquels sont biologiques, psychologiques et sociaux ». Cela signifie que l'adaptation de la personne dépendra de son environnement ou des stimulus auxquels elle fait face. Roy met en avant la capacité de l'homme à se conformer aux facteurs internes et externes mettant en péril sa vie, sa santé ou sa qualité de vie (Kérouac et al., 2010).

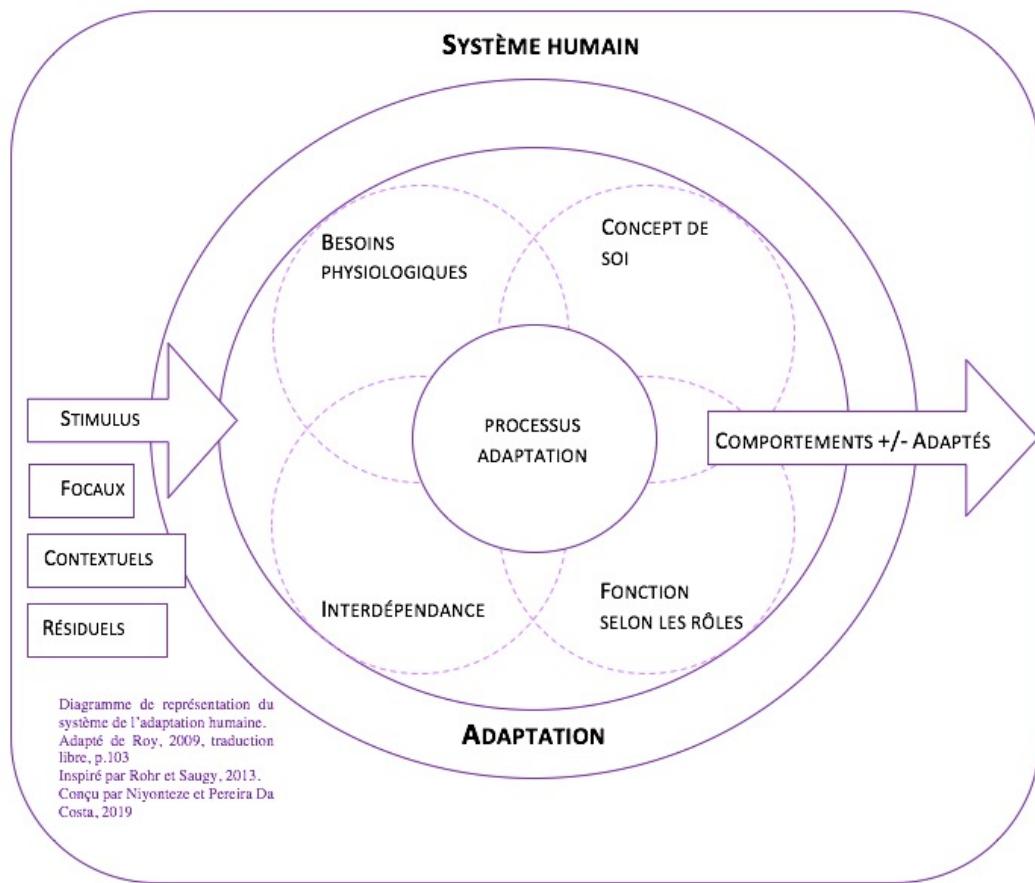
Roy appuie le fait que la personne est « un holiste d'adaptation qui utilise des processus internes (prise de conscience, significations) afin d'atteindre ses objectifs individuels, c'est-à-dire la survie, la croissance, la reproduction et le développement » (Kérouac et al., 2010). Ces processus correspondent à deux mécanismes d'adaptation différents : les mécanismes régulateurs et les mécanismes cognitifs. Les mécanismes régulateurs préparent l'organisme aux changements de l'environnement par les systèmes endocriniens, physiologiques, chimiques et neurologiques. Puis les mécanismes cognitifs permettent à la personne de s'adapter sur les plans émotionnels et cognitifs aux changements de l'environnement, par les processus sociaux et psychologiques (perceptions, gestion de l'information, prise de décision). Nous aborderons ces mécanismes durant ce travail, et nous verrons qu'ils permettent à la personne de s'adapter selon quatre modes (Kérouac et al., 2010) :

- Mode physiologique : l'activité et le repos, la nutrition, l'élimination, l'oxygénation et la protection, les fonctions neurologiques et endocriniennes, les sens et les liquides et électrolytes.
- Mode concept de soi : le soi physique et le soi personnel, les relations interpersonnelles (en groupe), la culture et l'image du groupe, milieu social.
- Mode fonction selon les rôles : rôles primaires, secondaires et tertiaires joués dans la société, comportement instrumental et expressif, intégration dans un rôle.
- Mode interdépendance : comportements caractérisés par la volonté à donner et à recevoir amour et respect, soutenir le développement et à partager les ressources

Lors des missions humanitaires, les modes les plus touchés sont le concept de soi et la fonction des rôles. En ce qui concerne le mode du concept de soi, les expatriés doivent s'intégrer à la culture, les croyances et la religion du pays ou du milieu d'accueil. Ceci les oblige également à revoir leurs valeurs, ce qui peut remettre en cause leur façon d'agir. S'agissant du mode fonction selon les rôles, notre vision de la profession d'infirmière n'est pas la même que celle des pays où nous exerçons l'humanitaire. Durant les missions, une infirmière a plus de responsabilités et parfois elle se voit glisser dans un rôle différent de celui du pays d'origine. Ainsi, elle peut se retrouver dans une situation dans laquelle elle doit endosser la responsabilité d'un médecin ou d'un gestionnaire administratif ou encore agir tel un membre de la famille du patient. Dans ces conditions, des questions concernant son véritable rôle peuvent traverser son esprit telles que « Est-ce que l'équipe m'identifie comme une simple collègue ou comme un membre de son groupe ? ».

Selon Callista Roy (1983), l'environnement est un ensemble de circonstances pouvant modifier ou influencer l'apparition de comportements spécifiques de la personne. Les stimulus fournis par l'environnement sont considérés comme système d'adaptation. Ils sont divisés en trois catégories :

- Focaux : ceux auxquels la personne fait face immédiatement
- Contextuels : se réfèrent à tout élément interférant dans la situation
- Résiduels : les croyances, les attitudes, les expériences ou les traits de personnalité qui ont un effet indéterminé sur la situation



*Figure 1. Diagramme de représentation du système de l'adaptation humaine*

L'environnement du pays qui accueille les travailleurs humanitaires a un impact très significatif sur la personne. Par exemple le climat, les conditions sanitaires ainsi que les aspects spécifiques à chaque endroit (moustiques, bruit/calme, lieu d'habitation, pathologie/virus, charge de travail vs épuisement, accès à l'eau potable, etc...). L'adaptation signifie que la personne possède la capacité de s'ajuster aux changements de l'environnement (Kérouac et al. 2010). En particulier, dans des contextes de certaines missions tels que les séismes, les inondations ou les pays en guerre, le challenge de l'adaptation est d'autant plus grand. La personne doit développer des stratégies qui l'aideront à s'intégrer au mieux pour la durée du séjour. Si le travailleur expatrié n'arrive pas à s'adapter à ces conditions, il sera difficile pour

lui de maintenir un bon équilibre dans sa qualité de vie. D'autre part, il ne faudrait pas oublier l'environnement professionnel, où la façon de travailler varie selon les cultures, l'opportunité de fournir des soins et la situation du pays, notamment si la mission se déroule dans un pays en développement. En de telles circonstances, les professionnels de la santé peuvent alors se poser la question : « les soins fournis sont-ils satisfaisants pour la population cible ? ».

Selon Roy, la santé est définie comme étant à la fois un état et un processus, permettant ainsi à la personne d'être ou devenir unifiée. « « La santé-état » est l'adaptation selon les quatre modes qui reflètent cette intégration et cette unité. La « santé-processus » est l'effort constant que fournit l'individu pour atteindre son potentiel maximal d'adaptation » (Kérouac et al., 2010). Donc, la réponse inadéquate à un stimulus environnemental peut engendrer le SSPT.

Roy décrit les soins selon une pratique de la promotion à l'adaptation où la personne adopte des comportements favorisant son accoutumance dans les quatre modes cités plus haut. Les interventions mises en place consistent à renforcer les capacités des infirmières et améliorer les interactions avec l'environnement, dans le but de promouvoir la santé et la qualité de vie (Kérouac et al., 2010). Il est donc essentiel d'aborder la question de l'adaptation des infirmières au pays d'accueil lors des missions humanitaires. D'une mission à l'autre, des différences et des similitudes peuvent survenir. Mais chaque individu y réagit de manière différente. Pour un meilleur épanouissement de l'infirmière humanitaire, tant au niveau personnel que professionnel, l'idéal serait donc de trouver un équilibre dans les divers domaines mentionnés.

## Concept

Nous nous centrons ici sur le concept du coping. Étant donné que le coping et le stress sont des éléments indissociables, présentons d'abord ce concept. Le coping et la théorie de Callista Roy sont intimement liés, car la théoricienne s'est inspirée d'écrits sur le stress et le coping afin de concevoir son modèle de soins infirmiers.

D'après le dictionnaire de psychiatrie des éditions CILF (Juillet, 2000), la définition du stress est un : « Modèle complexe de réponse non spécifique à des circonstances vécues par la personne comme tellement critique, voire urgentes (agression physique, émotion, dérivations diverses, etc.) qu'elle n'a pas pu les contrôler dans ses limites d'adaptation » (Juillet, 2000).

Lazarus, exprime que le stress dépend de la façon dont la personne perçoit la situation dans laquelle il est impliqué. Celle-ci utilisera des stratégies actives, cognitives et émotionnelles afin de réagir face au stress (Formarier & Jovic, 2012).

Concernant le stress chez les professionnels soignants, Dejours, le décrit comme venant du travail (contact avec la souffrance, la mort), le stress institutionnel, le pouvoir médical, son propre pouvoir et les agents stressants intrapersonnels. Chaque personne confronte les agents stresseurs selon ses propres stratégies de coping, grâce aux ressources personnelles et celles de la situation. Ce qui nous amène donc à notre concept choisi, le coping (Formarier & Jovic, 2012).

Selon Lazarus et Folkman, le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Paulhan, 1992).

Ces auteurs parlent de deux dimensions du coping. La première, centrée sur l'aspect cognitif utilisé afin de trouver des solutions et des stratégies comportementales, est la focalisation sur le problème. La seconde dimension, qui est

la focalisation sur l'émotion, se penche sur l'aspect cognitif mis en place afin de réguler, diminuer ou supprimer la détresse émotionnelle. Les stratégies perçues comme négatives induisent un risque d'épuisement professionnel et/ou émotionnel. Alors que celles qui sont perçues comme positives encouragent une meilleure qualité de vie au travail (Formarier & Jovic, 2012).

Dans un processus d'adaptation, toute personne utilise différentes techniques ou approches pour se conformer au mieux à un nouvel environnement. Ce concept est intimement lié à notre théorie, car elle-même nous explique que l'homme est en interaction constante avec un environnement changeant et qu'il a le potentiel de s'adapter à des stimulus qui menacent sa vie, sa santé ou sa qualité de vie. Callista Roy aborde également l'explication des processus internes qui aident la personne à s'adapter, et on y retrouve les plans émotionnels et cognitifs comme pour le coping.

Les modes d'adaptation de Callista Roy peuvent être mis en commun avec différentes dimensions du coping. Pour ce travail, nous nous pencherons plus étroitement sur le mode concept de soi et le mode fonction selon les rôles. Le premier mode cité se rapporte à l'image de soi individuel dans un groupe ou encore aux relations qu'un individu entretient. Celui-ci peut avoir une influence sur le coping. Le fait de ne pas se sentir bien dans « son soi » amène la possibilité d'utiliser des stratégies négatives comme l'évitement. A l'opposé, le fait de réussir à s'intégrer dans un groupe peut favoriser des stratégies positives comme la recherche de soutien émotionnel (Bruchon-Schweitzer, 2001).

La caractéristique du deuxième mode est le fait d'intégrer un rôle joué dans la société. Se retrouver dans aucune catégorie peut générer différents types de réactions chez l'individu, soit négative comme l'auto-accusation, soit positive comme l'affrontement de la situation. A l'inverse, si un individu se sent d'ores et déjà intégré

dans un rôle, cela lui apporte une capacité supplémentaire afin de répondre aux facteurs stressants en utilisant la résolution du problème. Mais cela n'empêche pas la possibilité d'employer des stratégies négatives selon les différents facteurs qui entrent en compte (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Partant de ce concept, essayons alors de faire le lien direct avec notre problématique et confirmer la pertinence de son choix. Lors d'un stress post-traumatique, la personne peut adopter des stratégies d'ordre émotionnelles ou comportementales. Pour la méthode comportementale, la personne peut assimiler le traumatisme et parvenir à développer des stratégies d'adaptation aboutissant à la résolution du problème. Par contre, en adoptant l'approche émotionnelle, elle va plutôt se réfugier dans l'émotion en développant des stratégies inadéquates impliquant des conséquences sur son moral et sa santé mentale.

## Méthode

Dans ce chapitre, nous déterminons le devis de recherche de notre travail. Nous présentons ensuite les banques de données ainsi que les différents mots MeSH et mots-clés qui ont servi à réaliser nos recherches d'articles. Nous définissons également les critères d'inclusion ou d'exclusion qui nous ont aidé à sélectionner les articles les plus pertinents. Ceci dans le but de répondre à notre question de recherche.

Ce travail de Bachelor est une revue de littérature étoffée. Nous y avons pris en compte plusieurs écrits scientifiques afin d'approfondir les connaissances sur les risques et le suivi recommandé pour un syndrome de stress post-traumatique.

Dans nos recherches d'articles, nous avons ciblé les bases de données PubMed et CINHAL. Nous avons dressé une liste de mots MeSH et mots-clés en lien avec notre problématique (Appendice B). À partir de ces termes, les équations de recherche sont formulées en associant ces descripteurs avec les opérateurs booléens « AND », « OR » et « NOT » et en appliquant des critères d'inclusion et d'exclusion.

Après avoir lu les titres et analysé les résumés des articles retenus, les deux bases de données confondues, nous avons sélectionné 5 articles. En plus, nous avons retenu une revue de littérature intéressante dans la mesure où elle ciblait correctement notre problématique. Au total, 6 articles ont été retenus pour une analyse à l'aide de deux grilles : une grille de résumé et une grille critique. Ceci, à l'exception de la revue de littérature qui est examinée à l'aide d'une seule grille plus spécifique. Ces grilles sont consultables en annexe du travail (Appendice E).

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Critères d'inclusion :

- Datant de 2009 à 2019
- Population : Infirmières
- En lien avec notre problématique
- Langue : Anglais, français
- Concernant le vécu infirmier

Critères d'exclusion :

- Article qui date de plus de 10 ans
- Centré sur les soins
- Concernant les maladies chroniques, épidémiologiques

### **Résultats de la stratégie de recherche**

Les stratégies de recherche réalisée pour trouver les articles sur les bases de données PubMed et CINHAL sont en annexe du présent travail (Appendice D). Le diagramme de flux qui présente le processus de sélection des articles choisis est à disposition pour consultation à l'appendice C.

## **Résultats**

Ce chapitre présente dans un premier temps les différents articles sélectionnés pour cette revue de littérature, leurs caractéristiques ainsi que la qualité méthodologique de chacun d'eux. Et dans un second temps, nous présentons les résultats tirés de nos articles.

### **Présentation et caractéristiques des articles sélectionnés**

Notre revue de littérature inclus six articles scientifiques qui présentent différents devis. Deux articles ont recours à un devis quantitatif (Thormar et al., 2013 ; Sifaki-Pistolla, Chatzea, Vlachaki, Melidoniots & Pistolla, 2017), deux autres utilisent un devis mixte (Lopes Cardozo et al., 2012 ; Chatzea, Sifaki-Pistolla, Vlachaki, Melidoniots & Pistolla, 2018) et un seul fait appel à un devis qualitatif (Ren, Wang & Zhang, 2017). Nous avons également analysé une revue systématique (Connorton, Perry, Hemenway & Miller, 2012). Les 6 publications sont écrites en anglais et datées entre 2009 et 2019. Nous avons créé un tableau récapitulatif des articles sélectionnées, visible dans l'appendice F, afin de faciliter l'écriture de ce chapitre.

### **Niveau de preuve**

Afin d'évaluer la « capacité de l'étude à répondre à la question posée » (Haute Autorité de Santé, 2013) et ainsi pouvoir connaître le niveau de preuve des différents articles considérés, nous utilisons le système de la Haute autorité de Santé (HAS, 2013).

La classification de ces articles est faite en trois niveaux. Le premier est un fort niveau de preuve, c'est-à-dire si l'article détient un protocole adapté de manière à répondre au mieux à la question posée. Nous parlons là d'essais contrôlés randomisés bien effectués et bien dirigés. Il doit être réalisé sur une population

similaire à celle de la recommandation de bonne pratique. Le deuxième niveau, qualifié d'intermédiaire, englobe les articles contenant un protocole adapté afin de répondre au mieux à la question posée, mais avec une puissance clairement insuffisante (ex. effectif insuffisant) ou présentant de faibles anomalies. Ce sont des études observationnelles, à l'instar des études de cohortes ou de cas-témoins. Enfin, le troisième niveau s'accorde aux études de cas uniques comme des raisonnements venant de principes physiopathologiques ou des avis.

En s'appuyant sur l'échelle de la gradation des recommandations HAS, nous pouvons dire que les articles sélectionnés sont tous de niveau intermédiaire (Ren et al., 2017 ; Connorton et al., 2012 ; Lopes Cardozo et al., 2012 ; Chatzea et al., 2018 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Thormar et al., 2013).

### **Population**

La population des six articles se composent, d'une part, de travailleurs humanitaires qui sont des professionnels de la santé, notamment des infirmières. Et dans ce sens, ils ciblent directement le type de population concernée par notre question de recherche. D'autre part, nous y trouvons également des études incluant des bénévoles avec ou sans expérience dans le domaine de la santé (Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Chatzea et al., 2018 ; Thormar et al., 2012).

Les échantillons fluctuent entre 20 et 1842 participants sur les six études, majoritairement des hommes si l'on se rapporte aux deux études ayant précisé le sexe (Thormar et al., 2013 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017). La tranche d'âge est diversifiée. Les participants d'une étude se trouvent entre 22 et 65 ans (Lopes Cardozo et al., 2012). Une deuxième étude touche une tranche d'âge moyenne située

entre 35 et 45 ans (Sifaki-Pistolla et al., 2017). Enfin, une dernière étude précise que 75% des participants ont moins de 30 ans (Thormar et al., 2013).

### **Contexte**

Les contextes des articles varient entre la guerre (Connorton et al., 2012 ; Lopes Cardozo et al., 2012) et les catastrophes naturelles, telles que les séismes ou les tsunamis (Connorton et al., 2012 ; Chatzea et al., 2018 ; Thormar et al., 2013 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Ren et al., 2017).

Plusieurs pays sont concernés. Deux études sont effectuées en Grèce avec la même population (Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Chatzea et al., 2018), et une autre en Indonésie (Thormar et al., 2013). Une étude créant un modèle de suivi est menée en Chine (Ren et al., 2017). Quant à la revue systématique (Connorton et al., 2012), elle implique de nombreux pays venant d'Afrique (Soudan, Rwanda), d'Asie (Singapour, Turquie, Pakistan, Inde), d'Amérique du Sud (Guatemala), d'Europe de l'Est (Kosovo, Suède, Norvège) ou encore des Organisations Non-Gouvernementales (ONG) qui sont envoyées par les Etats-Unis d'Amérique ou l'Europe. L'article de Lopes Cardozo et al. (2012) se base, quant à elle, uniquement sur les ONG.

### **Instruments de mesure**

Plusieurs instruments de mesures ont été utilisés dans la récolte des données nécessaires aux études. Deux articles ont employé la liste de contrôle pour le syndrome post-traumatique – Version civile (PTSD Checklist-Civilian Version/ PCL-C) afin d'évaluer le stress post traumatisant (Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Chatzea et al., 2018). Et l'une de ces études s'est aussi servi de deux différents questionnaires dans le but d'évaluer l'épuisement perçu à l'aide du Maslach Burnout Inventory (MBI)

et le bien-être perçu en appliquant l'indice de bien-être de l'OMS : Well-being Index (WBI-5). Cette même étude a, en plus, bénéficié d'une feuille de couverture biographique pour recueillir les informations sur les profils démographique et professionnel des participants et sur d'autres facteurs de risque potentiels (Chatzea et al., 2018). Dans un article, on retrouve plusieurs outils tels que l'échelle d'impact des événements révisée (IES-R) pour mesurer les symptômes du PTSD, l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression on Scale) afin de mesurer l'anxiété (HADS-A) et la dépression (HADS-D), le système de cotation de l'inventaire des problèmes de santé (SHC inventory scoring system), la sous-échelle d'occurrence de l'échelle de gravité de l'exposition traumatique (TESS) qui permet d'évaluer l'exposition aux traumatismes, ainsi qu'un questionnaire portant sur plusieurs thématiques en lien avec la santé mentale (Thormar et al., 2013). En particulier, l'une des recherches se distingue par l'utilisation d'un questionnaire ayant comme but de prédire des résultats négatifs pour la santé mentale et examiner l'influence des variables modératrices identifiables. Ce questionnaire est utilisé en trois temps : avant le déploiement des humanitaires sur terrain, au moment immédiat de leur retour de mission, et enfin dans un délai de 3 à 6 mois après la fin de leur déploiement (Lopes Cardozo et al., 2012). Des entrevues semi-structurees d'une durée de 60 à 90 minutes sont ainsi pratiquées en vue de recueillir les données concernant les formations et idées d'amélioration des participants (Ren et al., 2017).

## **Éthique**

La dimension éthique a été prise en compte dans quatre articles sur les six, montrant l'intérêt porté par les auteurs au respect du secret professionnel et la fiabilité des résultats (Chatzea et al., 2018 ; Lopes Cardozo et al., 2012 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Ren et al., 2017). Un des articles, étant une revue systématique, ne nécessite

pas d'approbation éthique propre à lui-même (Connorton et al., 2012). Enfin, une des études ne contient pas de cadre éthique. Nous prenons cette étude en considération, tout en restant conscientes qu'une telle lacune peut avoir un impact sur la crédibilité des résultats (Thormar et al., 2013).

Quant à toutes les autres recherches, elles ont remis un consentement écrit aux volontaires (Chatzea et al., 2018 ; Lopes Cardozo et al., 2012 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Ren et al., 2017) et, en particulier, une étude a recueilli de surcroît un consentement oral (Ren et al., 2017). Pour finir, relevons que, dans quatre études, avant de contacter les participants et de leur faire signer le formulaire, les auteurs ont fait approuver leur étude par un comité, un organisme ou un conseil d'administration (Chatzea et al., 2018 ; Lopes Cardozo et al., 2012 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017 ; Ren et al., 2017).

### **Limites**

Nous avons pris en considération deux contextes différents. Ce qui risquerait d'être perçu comme une limite étant donné que cela rend difficile la comparaison des résultats. Mais dans le cadre de notre travail cela a été enrichissant. En effet, au vu du peu d'articles concordant avec notre thème, ce fut un avantage de pouvoir élargir notre champ de recherche.

De même, certains articles ne concernaient pas directement notre population cible. Néanmoins, ils nous amènent des informations essentielles à notre travail qui nous permettent, notamment, de répondre à la deuxième partie de notre question PICo. En dépit de ces limites, nous choisissons de conserver ces articles et expliquons les raisons ci-dessous.

### **Qualité méthodologique des articles**

La revue systématique (Connorton et al., 2012) que nous avons choisie met en évidence le taux de prévalence du syndrome de stress post-traumatique. Et en s'appuyant sur ces résultats, les auteurs proposent différentes recommandations et pistes d'actions utiles.

Dans les études mixtes (Lopes Cardozo et al., 2012 ; Chatzea et al., 2018), un des points démontrés est celui du taux de prévalence du SSPT. Elles se basent alors sur les facteurs favorisant le développement du SSPT afin de proposer des pistes d'actions. Ce contexte est en corrélation avec celui de notre travail et peut nous fournir des pistes de réflexion sur les moyens et les stratégies à mettre en place pour aider les infirmières parties en mission humanitaire.

Les articles quantitatifs (Thormar et al., 2013 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017), se penchent plutôt sur les facteurs influençant négativement la santé mentale. Pour cela, ils ressortent les caractéristiques qui génèrent un risque du SSPT, dans une perspective d'établir ensuite des recommandations susceptibles d'aider la population concernée.

La création d'un modèle exploratoire du processus d'éducation en santé mentale en cas de catastrophe associé aux expériences lors de missions humanitaires a attiré notre attention pour l'article qualitatif (Ren et al., 2017). Cet outil reste intéressant pour la population cible de notre travail. Pouvant être utilisé dans le but de former un groupe de professionnels de la santé mentale qui accompagnerait les travailleurs humanitaires, il agirait ainsi en faveur de la diminution du risque de développement d'une pathologie mentale.

## Présentation des résultats

Après avoir analysé les six articles, nous proposons trois thématiques, établies selon le critère de pertinence au regard de la question de recherche. La première se rapporte aux facteurs favorisant le développement du stress post-traumatique, et incluant les facteurs sociodémographiques, les prévalences, les lieux de déploiement et l'expérience de l'infirmière en mission. La seconde catégorie se penche sur le vécu durant la mission ; c'est-à-dire des préoccupations relatives à l'adaptation des participants à leur nouveau milieu de vie et les stratégies utilisées afin de gérer les divers types de stress subis. La troisième et dernière catégorie est celle de la préparation et du suivi de la mission du travailleur humanitaire. Elle inclut la préparation au départ en mission humanitaire, le suivi pendant la mission, le suivi à court et à long terme après la mission.

### **Les facteurs favorisants le développement du syndrome de stress post-traumatique**

#### **Les facteurs sociodémographiques**

Thormar et al. (2013) estiment dans leur étude quantitative que les données démographiques comme l'âge et le sexe n'affectent pas significativement les symptômes du stress post-traumatique.

Mais deux autres articles présentent que ces facteurs peuvent avoir une incidence sur l'apparition du SSPT (Lopes Cardozo et al., 2012 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017). D'après l'une de ces deux études quantitatives (Sifaki-Pistolla et al., 2017), les femmes présentent deux fois plus de risques d'être diagnostiquées de SSPT. Dans la même étude, les participants de plus de 38 ans ont également plus de chances de

subir le syndrome car le risque augmente proportionnellement à l'âge. Et de manière spécifique, le fait d'être célibataire, veuf, divorcé, sans enfants ou n'ayant qu'un seul enfant sont autant de facteurs pouvant favoriser le développement du SSPT (Sifaki-Pistolla et al., 2017).

Lopes Cardozo et al. (2012) expliquent, quant à eux, que même si l'on n'est pas marié, mais en ayant un soutien social, le risque de détresse psychologique diminue. Cet article mixte se penche plus sur les symptômes de dépression, d'anxiété et d'épuisement professionnel (Lopes Cardozo et al.). Ces auteurs relèvent par ailleurs que le fait de ne souffrir d'aucune maladie mentale était en corrélation avec un taux bas de dépression et d'anxiété. Un lien entre des antécédents de traumatisme infantile et un niveau élevé de dépression et d'anxiété est, en outre, remarqué.

### **Les expériences en mission**

Sifaki-Pistolla et al. (2017) est l'unique article évoquant le nombre et la durée d'interventions passées des participants. Ils constatent que le nombre d'expériences précédentes semblables jouait un rôle important pour le SSPT probable. Ainsi, dans deux des groupes de participants formés pour cette recherche, si le nombre de missions était inférieur ou égal à 4, le taux de SSPT probable est entre 19,3% et 19,8%. A l'inverse, si ce même nombre dépassait 4, le pourcentage tombe entre 10,7% et 12,3%. Dans l'un de ces groupes, les chiffres se différenciaient même davantage. Si le nombre d'opérations ne dépassait pas 4, le taux de SSPT probable est de 25,2%, alors que ce taux monte à 26,3% pour les personnes ayant effectué plus de 4 missions.

Il est donc précisé qu'une faible fréquence d'expériences antérieures similaires augmente le risque de SSPT probable (Sifaki-Pistolla et al., 2017).

### **Les prévalences**

D'après les différentes études analysées par la revue systématique (Connorton et al., 2012), le taux de SSPT diagnostiqué et ses symptômes se trouve entre 8% et 43%. Le taux des symptômes du SSPT est estimé entre 1 et 30% selon 5 des études. Une différence entre les travailleurs expatriés et les nationaux a été identifiée par certaines études, les aides nationaux ayant non seulement une plus grande exposition aux traumatismes mais également un plus haut taux de maladies mentales. Ces travailleurs subissent un plus haut taux de violence car leurs familles courent constamment un risque en restant dans le pays, tout au contraire des familles des travailleurs expatriés qui sont en sécurité à domicile.

En ce qui concerne l'article de Sifaki-Pistolla et al. (2017), 37 participants sur 817 ont communiqué avoir des symptômes en concordance à un SSPT probable. La prévalence probable du SSPT constatée demeure à 17,1% tout comme celle de l'étude mixte de Chatzea et al. (2018). Ce taux observé se trouve être supérieur à la prévalence globale du SSPT chez le secouriste qui est de 10% (Sifaki-Pistolla et al. (2017). De plus, il a été montré que l'autoévaluation du SSPT par un travailleur humanitaire était dépendant de l'épuisement perçu et inversement (Chatzea et al., 2018).

Une étude quantitative (Thormar et al., 2013) présente une population avec un niveau de SSPT assez élevé. Même si au fil du temps le taux de symptômes du SSPT diminue significativement, il reste 23% de participants qui confient avoir développé le SSPT après 18 mois (Thormar et al., 2013).

## **Le vécu durant la mission**

### **L'adaptation à un nouveau milieu de vie**

Le besoin en santé personnel est un thème qui ressort de l'article de Ren et al. (2017). D'après les expériences vécues auprès de populations vulnérables, les travailleurs humanitaires développent un état d'épuisement professionnel, de fatigue compassionnelle et de traumatismes secondaires entraînant une profonde transformation personnelle.

Dans les études de Chatzea et al. (2018) et Sifaki-Pistolla et al. (2017), il est mentionné que la durée des gardes et la charge de travail mènent les travailleurs humanitaires à un épuisement professionnel.

L'autoévaluation du SSPT est positivement corrélée à l'épuisement professionnel perçu ( $r= 0.86$ ), c'est-à-dire que les deux sont dépendants l'un de l'autre. A l'inverse, le SSPT est en corrélation inverse avec le bien-être perçu ( $r= -0.82$ ), c'est-à-dire que chacun est indépendant et leur variation ne vont pas s'influencer mutuellement. L'épuisement professionnel perçu était également en corrélation inverse avec le bien-être perçu ( $r= -0.89$ ) (Chatzea et al., 2018).

Dans l'article de Ren et al. (2017), les secouristes ont participé à une formation de préparation lors du départ en mission humanitaire. Lorsque la formation suivie ne correspondait pas au milieu de travail du secouriste, celui-ci ressentait un fort sentiment d'impuissance et était confus dans les prises en soins à offrir en santé mentale en cas de catastrophe.

### **Les stratégies proposées par des travailleurs humanitaires**

Dans les stratégies proposées, la majorité se rapporte aux propositions d'action afin d'améliorer l'adaptation des travailleurs humanitaires. Ces recommandations sont données par des professionnels de la santé, dans l'étude de Ren et al. (2017), d'après leurs expériences vécues sur le terrain en ayant suivi une formation de préparation au préalable.

L'élaboration de stratégies systématiques de formation interprofessionnelle sont importantes pour les professionnels. Celles-ci ont pour but de les aider à prendre connaissance des rôles et responsabilités des autres travailleurs humanitaires et ainsi améliorer l'efficacité de l'équipe dans les différentes professions pour assurer une prise en soin complète dans des situations complexes. L'ensemble de ces actions permet également de combler l'écart entre la théorie et la pratique (Ren et al., 2017).

Un participant à l'étude de Ren et al. (2017) rapporte qu'il faudrait concevoir un cours ou un programme répondant aux besoins des travailleurs humanitaires sur la base de leurs difficultés réelles. Ce qui peut les aider à apporter leur soutien plus efficacement aux populations touchées. L'objectif de la formation future en santé mentale sera ainsi de former un professionnel qui a la capacité pratique plus adéquate pour aider les victimes d'une catastrophe.

Une seconde stratégie proposée est la supervision, avec comme objectif de soutenir et aider les professionnels, mais aussi de fournir un accompagnement et un soutien affectif. Dans l'étude de Ren et al. (2017), il est démontré que le manque de suivi amène à une mise en pratique difficile des apprentissages réalisés lors des rencontres cliniques.

Les participants aux formations de préparation soulignent que les tendances professionnelles et les attitudes de leurs professeurs constituent une plus-value et qu'ils peuvent apprendre simplement en imitant ce qui est vu (Ren et al., 2017).

Cependant, les participants citent une stratégie considérée comme inefficace durant ces formations. Elle portait sur un changement d'un professeur en cours de formation, et son remplacement par un autre. Ce qui donne lieu à une incohérence entre leurs positions des deux formateurs sur les démarches à suivre et amène les futurs travailleurs humanitaires à une confusion dans leur pratique (Ren et al., 2017).

En ce qui concerne la satisfaction au travail, mesurée après le déploiement, les participants ayant une évaluation positive des organisations non-gouvernementales sont ceux qui détiennent une satisfaction au travail nettement plus élevée ( $p= 0.001$ ).

Dans l'étude de Sifaki-Pistolla et al. (2017), il est mis en évidence un pourcentage élevé de symptômes du SSPT dans le cadre d'évitements des pensées, des sentiments et des conversations (entre 50 et 52,4% des participants).

### **Les différents traumatismes éprouvés**

Cinq traumas primaires sont plus fréquents dans l'article de revue systématique (Connorton et al., 2012). Le premier concerne les situations effrayantes avec un pourcentage de 55% à 78%. Le second, avec un pourcentage de 16% à 47%, se rapporte aux menaces ou au fait d'être chassé. Les séparations forcées de la famille se tiennent en troisième position avec un taux de 40%. Puis, en quatrième position, 13% à 43% représentent les bombardements aux bureaux ou à domicile. Et pour finir, l'hostilité de la population locale se tient en cinquième place des traumas avec un pourcentage de 10% à 37%. Des études dans cette même revue démontrent que des traumatismes secondaires peuvent se présenter après qu'un humanitaire ait été

témoin ou ait entendu des expériences traumatisantes des collègues ou de la population locale.

50% environ des travailleurs nationaux subissent également un SSPT selon l'étude de Thormar et al. (2013). Cela était dû essentiellement à la perte de maisons familiales endommagées par le tremblement de terre. Mais aussi 5% ont été blessés physiquement, un autre 5% a été enterré sous les décombres pendant un moment. Au moins un membre de la famille de 25% des participants s'est retrouvé sous les décombres. Toujours selon cette étude, 60% des volontaires ont notifié la perte d'amis durant le séisme alors qu'environ 3% ont perdu des membres de leur famille proche.

Chatzea et al. (2018) expriment que certains paramètres étaient importants afin de mesurer le SSPT autoévalué. Le fait de récupérer des cadavres d'adultes et d'enfants en fait partie. Une étude quantitative (Sifaki-Pistolla et al (2017) est en adéquation avec ces résultats mettant en avant les cadavres d'enfants et la collecte de réfugiés comme traumatisme vécu.

L'étude mixte de Lopes Cardozo et al. (2012) ne nomme aucunement de traumatisme. Elle dit, tout de même, que des niveaux élevés de traumatismes expérimentés au cours du déploiement corrélaient avec un risque également élevé d'épuisement professionnel. Il y est aussi expliqué qu'endurer un traumatisme à l'âge adulte est fortement associé à un risque de détresse psychologique plus élevé.

### **Préparation et suivi de mission du travailleur humanitaire**

#### **La préparation au départ d'une mission humanitaire**

La préparation avant le déploiement pour prévenir le syndrome de stress post-traumatique sur le terrain est limitée. Pourtant, la nature et les circonstances du travail

humanitaire demandent bien une préparation aux traumatismes et au stress sur le terrain (Connorton et al., 2012).

Pendant la préparation et la formation, les préoccupations les plus importantes étaient la sécurité personnelle (Thormar et al., 2013).

Dans l'étude de Lopes Cardozo et al. (2012) le soutien social était corrélé de manière significative avec moins de dépression ( $p=0.015$ ) et des niveaux plus faibles d'épuisement professionnel ( $p=0.002$ ).

### **Le suivi pendant la mission humanitaire**

Dans l'article de Sifaki-Pistolla et al. (2017), un soutien psychologique (thérapie individuelle ou en groupe) est proposé à la majorité des sauveteurs professionnels internationaux (95%) dans le contexte de leur fondation ( $p= 0.03$ ). Au contraire, les sauveteurs professionnels grecs n'en étaient pas au courant (60%) ou ne se sont pas vu proposer (30%) de tels services par leur fondation ( $p= 0.03$ ).

Selon Lopes Cardozo et al. (2012), le soutien social est significativement corrélé à un risque de dépression plus faible ( $p= 0.001$ ). Les facteurs de stress chronique au cours du déploiement sont corrélés à des niveaux plus élevés de dépression ( $p= 0.01$ ), d'anxiété ( $p= 0.038$ ).

La pratique de la gestion du stress sur le terrain était très variée et les ressources pour le soutien du personnel étaient sous développées. Enfin, le soutien psychologique durant la mission aide à pallier au stress et aux traumatismes vécus (Connorton et al., 2012).

### **Le suivi direct après la mission humanitaire**

Le soutien social était corrélé de manière significative avec un risque plus faible de dépression ( $p= 0.03$ ). Les travailleurs avec un soutien social plus présent ont des niveaux de satisfaction de la vie significativement plus élevés ( $p= 0.01$ ) (Lopes Cardozo et al., 2012).

### **Le suivi quelques mois après la mission humanitaire**

Les travailleurs humanitaires qui ont exprimé un plus grand besoin de soutien à 6 mois post-déploiement ont ensuite présenté des symptômes du syndrome de stress post-traumatique élevés à 18 mois (Thormar et al., 2013).

## **Discussion**

Dans ce chapitre, les résultats de notre recherche sont pris en compte et mis en commun avec la théorie et le concept choisi pour ce travail. En rapport avec notre problématique, des recommandations ont été émises pour de futures recherches, mais également comme propositions à considérer lors des interventions pratiques. Les forces de ce travail ainsi que les limites rencontrées lors de la réalisation de cette revue de littérature sont ensuite mentionnées. La question de recherche visait à identifier les facteurs de risque de syndrome de stress post-traumatique et à déterminer les recommandations pouvant les diminuer ou les éviter.

### **Les résultats principaux et leur lien avec la théorie de Callista Roy et le concept du coping**

#### **Les facteurs favorisants le développement du syndrome de stress post-traumatique**

Roy explique les difficultés rencontrées lors de l'adaptation à l'aide des mécanismes régulateurs et cognitifs. Ceux-ci permettent l'adaptation à l'aide de quatre modes. Plus un individu a de l'expérience dans un domaine, celui de l'humanitaire pour ce travail, plus il acquiert des stratégies lors du processus d'adaptation. Toujours selon Callista Roy, l'apparition de comportements spécifiques peut être influencé par trois catégories de stimulus. Une d'entre elles est "les résiduels" et inclut les expériences parmi d'autres systèmes d'adaptation. Ces points rejoignent un résultat ressorti par Sifaki-Pistolla et al. (2017) qui démontre que le fait de participer à moins de quatre missions augmente le risque de SSPT. Nous imaginons donc également qu'avec une préparation plus importante lors de départ

en mission humanitaire, les risques de développement de SSPT pour les travailleurs moins expérimentés diminueraient.

Le soutien social reste un facteur important dans le développement du syndrome de stress post-traumatique. Une étude montre que les célibataires ayant peu de soutien social (un enfant ou aucun) ont plus de chance d'une manifestation de SSPT (Sifaki-Pistolla et al., 2017) alors qu'une autre indique qu'être célibataire mais tout de même bénéficier d'un soutien social diminue les risques de SSPT (Lopes Cardozo et al., 2012). Ces informations nous ramènent vers le coping. Lorsqu'une personne endure un haut niveau de stress, elle utilise diverses stratégies afin d'essayer de maîtriser ces facteurs qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu (Paulhan, 1992). Une de ces stratégies est la focalisation sur le problème. Cela contient également la recherche d'un soutien émotionnel (Bruchon-Schweitzer, 2001). Nous sommes d'accord avec le fait que bénéficier d'un soutien réduit la menace d'un échec dans l'utilisation des stratégies du coping.

D'autres facteurs (l'existence des antécédents de maladies mentales, être une femme ou être âgé de plus de 38 ans) font également parti de facteurs favorisant le développement du SSPT (Lopes Cardozo et al., 2012 ; Sifaki-Pistolla et al., 2017). Dans la théorie de Callista Roy, un système d'adaptation (le résiduel) porte sur les éléments ayant un effet indéterminé sur la situation. Les traits de personnalité d'un individu jouent un rôle important dans le SSPT sans pour autant qu'on puisse les modifier. Le rappel de certains événements vécus peut provoquer des crises au niveau psychologique et provoquer d'autres problèmes. Ces observations nous permettent de porter une plus fine attention aux travailleurs présentant ces éléments lors de leurs préparations et suivis. Ainsi, il est possible de prévenir ce trouble plus rapidement car ces différentes recherches ont pu donner une bonne description de la population la plus exposée au risque. Même s'il risque d'être difficile d'interdire une

personne à se présenter dû aux facteurs de risque, un test psychologique ou une discussion avec l'infirmière en question, afin de connaître les motivations de son engagement, pourrait définir l'état d'esprit dans lequel elle prend son départ en mission. Ce questionnaire permettrait de cibler dès le début les personnes plus vulnérables à un probable développement de SSPT et de discuter des possibilités de travail s'offrant à l'individu, diminuant les dangers pour sa santé mentale.

### **Le vécu durant la mission**

Selon la théorie de Callista Roy, l'adaptation se fait d'après quatre modes sous l'influence des mécanismes régulateurs et cognitifs. Nous y trouvons le mode physiologique, le mode concept de soi, le mode fonction des rôles et le mode interdépendance. Selon les expériences vécues et leur interaction avec ces différents modes, l'adaptation de la personne en mission sera bien ou mal vécue.

Les stratégies de coping sont un moyen qui facilite l'adaptation lorsqu'elles répondent adéquatement à la situation. De fait, si celles-ci s'avèrent inefficaces, la personne peut développer des conséquences négatives sur son mental.

Dans l'ensemble des résultats, l'impact des principes évalués est fortement lié à des conséquences négatives sur la santé des travailleurs humanitaires. La durée des gardes de travail, la fatigue chronique, les traumatismes directs et indirects vécus amènent à un épuisement professionnel, un état d'anxiété ou encore une dépression. Selon les corrélations étudiées dans l'article de Chatzea et al. (2018), l'épuisement professionnel est relié au syndrome de stress post-traumatique. Nous arrivons à la conclusion que si des démarches sont entreprises dans le but de diminuer ou éviter l'épuisement professionnel, ceci aura une incidence positive sur le SSPT. Par

exemple, le soutien social, la diminution du temps des gardes ainsi que la charge de travail sont des stratégies positives ressorties des études sélectionnées.

Ces travailleurs évoquent leurs besoins en santé. Dès la préparation au départ, ils souhaitent être formés à faire face aux conditions de travail et aux différents chocs comme la prise en soins d'enfants, les maladies peu connues dans certaines parties du monde, la récolte de cadavre, etc... Dans l'étude de Ren et al. (2017), l'intérêt se porte sur le mode du concept de soi, car d'après les expériences vécues auprès de populations vulnérables, les travailleurs développent un état d'épuisement professionnel, de fatigue compassionnelle et de traumatismes secondaires entraînant une profonde transformation personnelle.

Pour renforcer les ressources personnelles afin de développer des stratégies centrées sur le problème, plusieurs possibilités sont à prendre en compte dans un contexte humanitaire. Pour commencer, une formation avant la mission aidera la personne à se préparer psychologiquement aux événements qu'elle peut être portée à confronter. Celle-ci pourrait consister en des discussions autour d'expériences vécues, directes ou indirectes, lors de missions antérieures ou dans la vie privée. Cette préparation renforcera l'adaptation, tant au niveau du concept de soi qu'au niveau de la fonction des rôles. Ensuite, une fois sur place, un suivi accompagné d'un soutien psychologique ne peut qu'être bénéfique pour le secouriste. Cela lui permettra d'échanger avec un professionnel autour de sujets traumatisants, d'événements marquants, démotions ressenties, ou de tout autres points importants qui pourront diminuer les facteurs de risque du SSPT.

Cette formation pourrait également avoir un impact sur le taux de SSPT probable dû aux différents traumatismes vécus. Les résultats de Connerton et al. (2012) mettent en évidence le fait que des situations effrayantes, les menaces, la séparation

avec la famille, les bombardements et l'hostilité de la population locale sont les cinq plus grands traumatismes connus par les travailleurs humanitaires. Nous effectuons alors un lien avec les modes de Callista Roy. Le fait d'être séparé de sa famille et de ressentir une réticence venant des personnes que l'on est venu aider influence le mode concept de soi. Les relations interpersonnelles et le milieu social se modifient, menaçant l'équilibre de l'individu dans son soi personnel. Le mode fonction selon les rôles est également touché car il devient compliqué de savoir quel rôle et quels comportements sont attendus de la part de l'humanitaire dans la société où l'infirmière arrive. L'environnement fait également parti des traumatismes si l'on se tient aux catégories de stimulus nommées. Le focal se centre sur les stimulus auquel la personne fait directement face. Cela survient lors des situations effrayantes, de menaces, de bombardements (Connorton et al., 2012), lors de la collecte de cadavres d'enfants ou de réfugiés (Chatzea et al., 2018 ; Sifaki-Pistolla et al, 2017) ou encore lors de la mise en danger direct des familles des aides nationaux (Thormar et al., 2013). C'est pour cela que nous estimons que la préparation aux évènements qui risquent de se présenter au travailleur humanitaire doit être un élément crucial dans tout le processus des missions. Toutefois, étant donné l'impossibilité de prévenir tous les chocs probables, un suivi détaillé est indispensable afin de diminuer le risque de développement du SSPT. Surtout au regard des résultats de Lopes Cardozo et al. (2012), révélant que vivre un traumatisme à l'âge adulte accentuerait les risques de SSPT.

### **Préparation et suivi de mission du travailleur humanitaire**

Des progrès sont encore à envisager dans la préparation des personnes voulant partir en mission humanitaire. D'après les résultats obtenus, le soutien social est l'élément qui est le plus souvent positivement corrélé avec un autre. Autrement dit, si

le soutien social est présent et efficace, le travailleur humanitaire surmontera plus facilement les symptômes négatifs pouvant mener à une maladie mentale. En lien avec le mode du concept de soi de Callista Roy, nous remarquons que le fait d'être entouré peut créer un environnement plus confortable. Ceci améliore le milieu social et les relations interpersonnelles conduisant à une meilleure perception du soi personnel. Tous ces éléments permettront d'améliorer la mission humanitaire dans son ensemble.

De ces études, il en ressort également que plus les symptômes sont pris en charge tardivement, plus ils vont s'intensifier et de ce fait la convalescence sera plus longue. Nous avons constaté que le SSPT se manifeste à la suite d'une mauvaise adaptation ou de stratégies de coping inefficaces. Pour exemple, si une personne s'appuie sur l'approche émotionnelle pour trouver une solution, elle risquerait de minimiser la menace se persuadant que le problème n'est pas conséquent. Ou encore, l'individu pourrait choisir l'évitement-fuite en consommant des substances psychoactives permettant d'oublier momentanément la situation. La durée de l'utilisation des stratégies inadéquates détiendra une incidence sur l'aggravation du SSPT.

Selon Thormar et al. (2013), l'inquiétude augmente fortement l'anxiété, en raison du manque d'informations reçues quant à la situation sur terrain et du sentiment que les mesures de sécurité en place n'étaient pas suffisantes au début de la mission. Un fort besoin d'appui général au bout de 6 mois et un faible soutien des chefs d'équipe pendant la mission ont entraîné une anxiété accrue. Le fort besoin de soutien versus l'absence de soutien de la part de l'organisation a été le principal contributeur à la dépression. Vivant dans un environnement nouveau, les stimulus focaux plus ou moins traumatisants ont un grand impact sur les travailleurs humanitaires. Cela touche en même temps les stimulus résiduels remettant en question leurs croyances, leurs attitudes et leurs expériences. Ces points démontrent qu'il est essentiel

d'assurer une préparation complète et sérieuse afin de prévenir tout désordre psychologique. Au regard de ces éléments, les stratégies de coping déjà pensées par les travailleurs humanitaires, comme la recherche de soutien émotionnel, peuvent être mises en place. Toutefois, pour qu'ils puissent les mettre en pratique ils ont besoin de l'aide des organisations qui les recrutent pour les différentes missions ainsi que de l'implication des chefs d'équipes auprès de ses coéquipiers.

Si ces travailleurs humanitaires ne bénéficient pas de préparation ou de soutien adéquats, ils subiront des conséquences négatives. Leurs expériences vécues révèlent un thème commun : les systèmes de formation n'ont pas été conçus pour répondre adéquatement au bien-être des travailleurs, et ils manquent de sensibilité à leurs besoins psychologiques (Ren et al., 2017).

Pour permettre une bonne adaptation au pays d'accueil, les travailleurs ont besoin d'une certaine stabilité au niveau psychologique et physique. Si l'un des deux est atteint négativement, cela crée un déséquilibre qui peut susciter un obstacle à l'intégration.

### **Les recommandations pour la recherche et la pratique**

#### **Pour la recherche**

De futures études devraient s'intéresser aux besoins et attentes des travailleurs humanitaires, et mettre en œuvre des programmes de soutien en santé mentale en leur faveur (Chatzea et al., 2018 ; Ren et al., 2017). D'autres recherches devraient se concentrer sur les effets à long terme de l'épuisement professionnel et explorer les stratégies efficaces afin de prévenir le SSPT (Sifaki-Pistolla et al., 2017). Les auteurs Thormar et al. (2013) recommandent des recherches supplémentaires afin d'éclaircir

tous les facteurs contribuant à des symptômes de pathologie mentale. Ren et al. (2017) proposent d'aborder les questions concernant l'efficacité du contenu des formations de préparation au déploiement déjà en place ainsi que les rôles et responsabilités des différentes professions dans un milieu humanitaire.

Les auteures de cette revue de littérature proposent d'évaluer les stratégies mises en place par les travailleurs humanitaire ou les ONG afin de prévenir le syndrome de stress post-traumatique et évaluer leur efficacité.

### **Pour la pratique**

Dans l'article de Lopes Cardozo et al. (2012), les auteurs abordent des recommandations pour réduire le risque de développer un désordre psychologique ou un épuisement professionnel. Avant le déploiement, ils conseillent les organisations non-gouvernementales de filtrer leurs candidats de façon à exclure les personnes à risques, c'est-à-dire celles ayant souffert auparavant de maladie mentale ou ayant des facteurs de risque familiaux. Ce dépistage permet aux ONG d'alerter les travailleurs des potentielles conséquences d'une mission sur leur santé. A la suite des résultats ressortis dans les études de Lopes Cardozo et al. (2012) et Sifaki-Pistolla et al. (2017), les auteures de cette revue systématique suggèrent d'établir un test psychologique avant l'engagement des volontaires. Ceci peut définir les personnes à risque de développement du SSPT. Des discussions avec les travailleurs, afin de connaître leurs motivations, peuvent permettre de reconnaître un état d'esprit résistant.

Elles recommandent aussi d'envoyer une équipe constituée d'un nombre suffisant de personnels afin de créer des groupes se relayant les journées de travail. Grâce à cette organisation, les travailleurs bénéficient d'une augmentation d'heures de

sommeil et de repos. De plus, ils font face à un nombre plus faible d'événements traumatisques ce qui diminuent le risque de développement du SSPT. Il est fortement recommandé qu'un soutien psychologique soit présent avant, pendant et après le déploiement, pour toutes les personnes s'étant engagées dans l'humanitaire. Le contexte et les circonstances où sont envoyés les expatriés demandent une préparation face aux possibles traumatismes et au stress sur le terrain (Connorton et al., 2012)

Au niveau de l'environnement professionnel, ils préconisent un espace de travail et des moyens de transports fiables, une charge de travail raisonnable dans la mesure du possible, l'encouragement et un soutien social. Quant à l'environnement naturel, les auteurs demandent de mettre à leur disposition les meilleurs logements, de payer les frais d'utilisation du téléphone portable ainsi qu'internet qui contribuent à renforcer les réseaux de soutien de la personne (Lopes Cardozo et al., 2012). Différentes technologies peuvent alors être mises à disposition des travailleurs dans le but de pouvoir contacter leurs proches ou une aide psychologique externe, comme par exemple Skype, FaceTime ou encore l'échange d'e-mails.

Une autre recommandation des auteures de ce travail se concentre sur le modèle exploratoire du processus d'éducation en santé mentale en cas de catastrophe mis en place par Ren et al. (2017). C'est un outil intéressant pour la population cible de notre problématique. Il peut être utilisé afin de former une antenne sur place, composée de professionnels en psychologie, qui serait disponible uniquement pour les travailleurs en mission humanitaire. Ceci dans le but de réduire le risque que les humanitaires développent un SSPT suite à leur vécu durant le service et favoriser le soutien social. Un débriefing pendant et après la mission serait bénéfique afin de partager leurs expériences. Ou alors, une analyse de pratique permettrait de trouver des solutions dans le but de confronter une situation semblable à celle qui a posée

problème. Cette méthode pourrait leur apporter une motivation pour retourner sur le terrain.

Les auteures recommandent également de se pencher sur les proches des travailleurs humanitaires. Le fait de pouvoir leur fournir une préparation à la mission leur permettrait d'avoir plus de compréhension du vécu des sauveteurs. De cette manière, les proches seraient mieux outillés pour aider ces professionnels à vivre leur expérience et accomplir efficacement leur mission. Ils seraient également capables d'identifier les possibles changements comportementaux. De façon à permettre aux proches d'agir immédiatement en les aiguillant vers une prise en charge spécialisée (débriefing, suivi psychologique individuel, groupe de parole, etc...) pour les travailleurs humanitaires.

### **Forces et limites de la revue de littérature**

Cette revue de littérature est composée d'article récents datant entre 2011-2018, apportant ainsi des réponses d'actualité à notre problématique. L'ensemble des résultats des six articles sélectionnés, de par leurs domaines d'expertise, nous permettent de répondre à notre question de recherche.

Une des limites a été les langues sélectionnées : Français, Anglais. Ceci excluant des articles dans d'autres langues pouvant apporter des éléments supplémentaires. De plus, il a été plus compliqué de trouver des articles concernant les recommandations en lien avec le suivi, car peu d'études se sont intéressées à ce sujet. Finalement, comme nous n'avons pu travailler que sur des échantillons et contextes différents, nous avons eu une difficulté supplémentaire de pouvoir comparer les résultats.

## **Conclusion**

Le monde du travail humanitaire demande une grande capacité d'adaptation à l'environnement aussi bien professionnel que naturel. Lorsque des difficultés s'installent dans l'un de ces environnements, cela peut aller jusqu'à provoquer des traumatismes, amenant des conséquences sur le psychique de la personne. De toutes les maladies mentales développées pendant ou après une mission humanitaire, nous nous sommes concentrées sur le syndrome de stress post-traumatique pour cette revue de littérature. Bien que ce soit un sujet important et d'actualité, il est peu exploité dans la littérature, particulièrement dans le vécu des missions par les infirmières.

Malgré la faible documentation, nous avons décelé des réponses pertinentes liées à la question de recherche. Les facteurs de risque du développement d'un syndrome de stress post-traumatique ont pu être identifiés à l'aide de plusieurs articles. Nous les relevons ici : le fait d'avoir participé à moins de quatre missions, des antécédents de maladie mentale, un manque de soutien social, une charge et un nombre d'heures élevé de travail comme étant des facteurs à risque.

Le suivi est primordial dans la diminution du SSPT. Pourtant, il existe peu d'études à ce sujet. La préparation aux différents traumatismes possibles ou à la confrontation de la réalité du terrain et le vécu de stress au travail est un facteur protecteur contre le développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Car elle pourra apporter des stratégies de coping aidant les travailleurs humanitaires à affronter ces situations. Est-ce qu'une préparation au départ et un bon suivi pendant et après la mission sont suffisants pour réduire le risque de SSPT ? Les auteures de cette revue de littérature proposent que des recherches soient réalisées afin d'évaluer les interventions déjà en place et en dégager d'autres afin de compléter les lacunes, et ainsi apporter une réponse plus circonstanciée à la question.

## Références

- Aebischer Perone, S., van Beerendonk, H., Avril, J., Bise, G., & Loutan, L. (2008). Stress et santé mentale chez les expatriés. *Revue Médicale Suisse*, (4), 1206-11.
- AFS, A. fédérales suisses. (n.d.). La bataille de Solferino du 24 juin 1859 et Henry Dunant. Repéré à <https://www.bar.admin.ch/bar/fr/home/service--publikationen/publikationen/geschichte-aktuell/die-schlacht-von-solferino-vom-24-juni-1859-und-henry-dunant.html>
- Braconnier, A. (2010). *Protéger son soi : Pour vivre pleinement* (Odile Jacob). Paris : Odile Jacob.
- Bridge, Institute of Development Studies. (2008). *Genre & Aide humanitaire*. Berne. Repéré à [https://www.eda.admin.ch/dam/deza/fr/documents/themen/gender/Gender-Humanitarian-Aid\\_FR.pdf](https://www.eda.admin.ch/dam/deza/fr/documents/themen/gender/Gender-Humanitarian-Aid_FR.pdf)
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, 67, 16. Repéré à [http://www.irepspdl.org/\\_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf](http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf)
- Brunet, A. (2013, 10 juillet). Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : causes, symptômes et traitements. *The Douglas Research Centre*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-stress-post-traumatique>
- Cahill, K. M. (2006a). *Au fondement de l'action humanitaire* (Nil Edition). Paris : Nil.
- Cahill, K. M. (2006b). *Le secours humanitaire* (Nil Edition). Paris : Nil.
- Chatzea, V.-E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. *Psychiatry Research*, 262, 446-451. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022>
- Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., & Miller, M. (2012). Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 145-155. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026>
- Dawson, S., Elliott, D., & Jackson, D. (2017). Nurses' contribution to short-term humanitarian care in low- to middle-income countries: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3950-3961. <https://doi.org/10.1111/jocn.13816>
- Dufour, D. (2016). *J'ai failli y laisser mon âme*. (S.I.) : de l'Homme.

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *La base conceptuelle des soins infirmiers*. (S.I.) : Association de recherche en soins infirmiers. Repéré à [https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-39.htm?xd\\_co\\_f=MjIiMjc1OTA1Yy00YjYwLWFiZTMtZA0MTQ2ZmZkYjI5](https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-39.htm?xd_co_f=MjIiMjc1OTA1Yy00YjYwLWFiZTMtZA0MTQ2ZmZkYjI5)
- Greist, J. H. (2016, janvier). Trouble de stress post-traumatique (TSPT) - Troubles mentaux. *Le manuel MSD pour le grand public*. Repéré à <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt>
- Haute Autorité de Santé. (2013, avril). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Repéré à [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_premiere\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_premiere_gradation.pdf)
- Histoire du CICR. (2019, 12 mars). *Comité international de la Croix-Rouge*. [Page]. Repéré à <https://www.icrc.org/fr/histoire-du-cicr>
- Juillet, P. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie français-anglais*. Paris : CILF. Repéré à <https://www.amazon.fr/Dictionnaire-psychiatrie-fran%C3%A7ais-anglais-P-Juillet/dp/2853192792>
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e édition). Montréal : Chenelière Education.
- Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., ... Simon, W. (2012). Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 7(9), e44948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>
- Merlin, M., & Chevalier, P. (2002). L'humanitaire : ses exigences, ses enjeux. *Médecine Tropicale*, (62), 349-354. Repéré à [https://www.jle.com/fr/MedSanteTrop/2002/62.4/349-354%20L%27humanitaire%20ses%20exigences,%20ses%20enjeux%20\(Merlin\).pdf](https://www.jle.com/fr/MedSanteTrop/2002/62.4/349-354%20L%27humanitaire%20ses%20exigences,%20ses%20enjeux%20(Merlin).pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2013, 6 août). L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme. WHO. Repéré à [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma\\_mental\\_health\\_20130806/fr/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/)
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'Année psychologique*, 92(4), 545-557. <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>

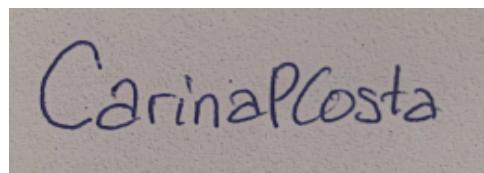
- Ren, Z., Wang, H., & Zhang, W. (2017). Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 35-42. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097>
- Roy, C. (1983). *Introduction aux soins infirmiers : Le modèle de l'adaptation*. Genève : École genevoise de soins infirmiers Le Bon Secours.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd edition). New Jersey : Upper Saddle River : Pearson education.
- Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.-E., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 45-54. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8>
- Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., & Olff, M. (2013). Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26(6), 624-642. <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021>
- Zinsli, G., & Smythe, E. A. (2009). International humanitarian nursing work: Facing difference and embracing sameness. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 20(2), 234-241. <https://doi.org/10.1177/1043659608330351>

## **Appendices A**

Déclaration d'authenticité

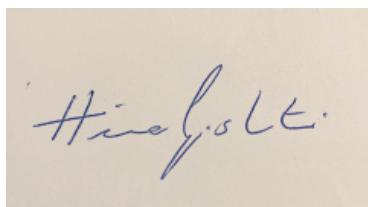
Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute École de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Fribourg, 9 Juillet 2019, Carina Pereira Da Costa



CarinaPCosta

Fribourg, 9 Juillet 2019, Vanessa Niyonzeze



Hinjole

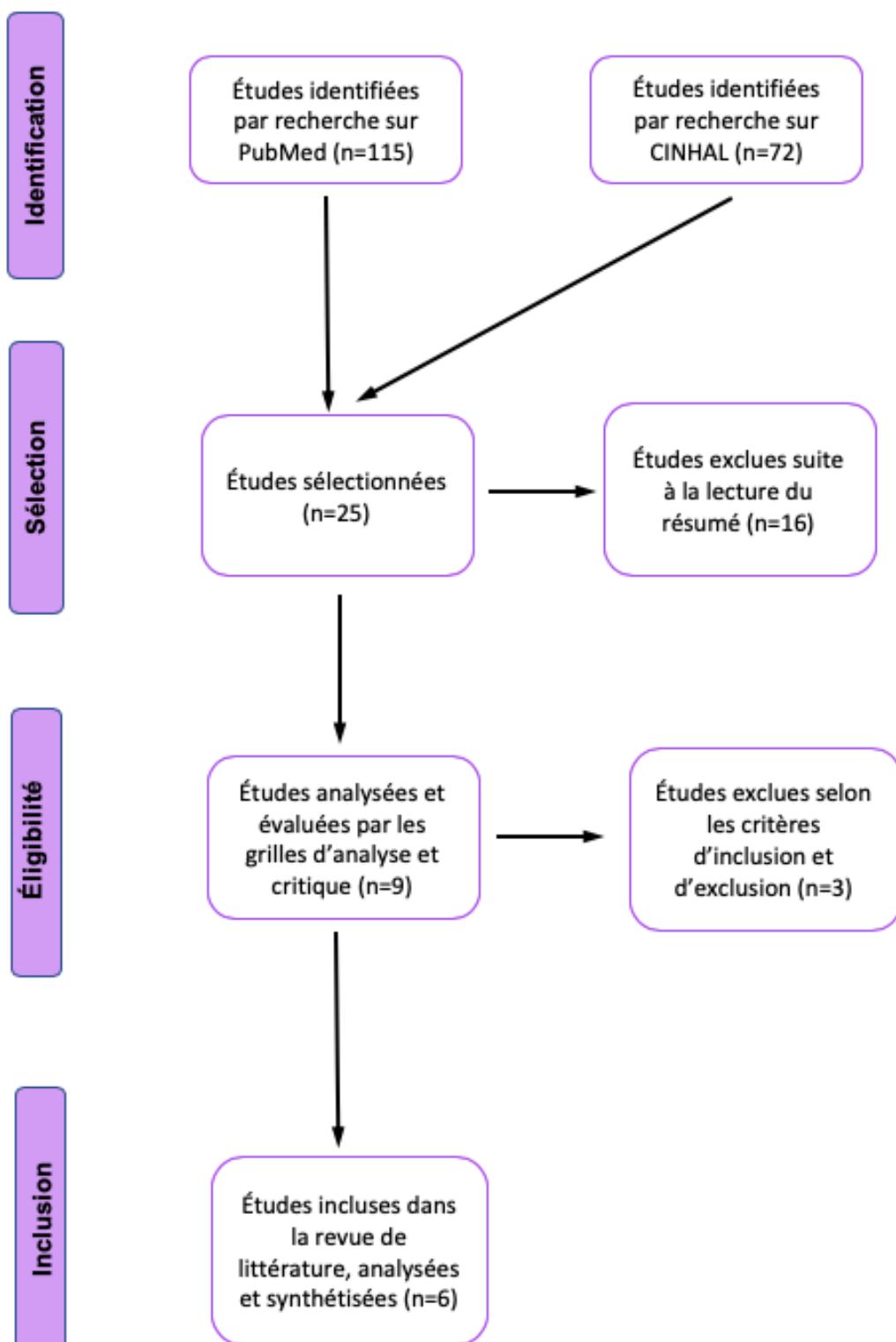
**Appendice B**

MeSH et Mot-clés

Concept	Mot clés	Descripteurs CINHAL	Descripteurs PUBMED
Travailleurs humanitaires	Aid workers	Rescue workers	X
Soins humanitaires	Humanitarian aid; Humanitarian assistance; Humanitarian intervention; Humanitarian mission; Relief work; Aid organization; Humanitarianism	Humanitarian aid	Relief works ; rescue work
Stress post-traumatique	Posttraumatic stress disorder	Stress Disorders, Post-traumatic	Stress disorder; Posttraumatic
Anxiété / Stress	Anxiety; Stress	Anxiety; Stress	Anxiety; Stress disorders
Santé mentale	Mental health; Sanity; Mental wellness; Mental condition; Mental balance	Mental Health	Mental Health
Soutien social	Social support; Social network	Social support	Social support; Social network
Épuisement professionnel	Burnout, professional; Job burnout; Staff burnout; Career burnout; Professional burnout	Burnout, professional; Burnout in nursing; Burnout syndrome	Burnout, professional; Professional burnout
Catastrophe	Disaster; Natural disaster	Disaster; Disaster relief	Disasters; Natural disaster; Disaster, natural

## Appendice C

Diagramme de flux



**Appendice D**

Tableaux des stratégies de recherche

*1<sup>ère</sup> stratégie de recherche d'articles*

Équation et filtres	Base de données	Résultats	Articles retenus pour lecture	Raisons des exclusions
« relief works” [MeSH Terms] “OR” “rescue work” [MeSH Terms] “AND” “stress disorder, posttraumatic” [MeSH Terms]	PubMed	107 articles	16 articles	Ne concerne pas notre population cible, santé mentale en générale, contexte autre que l'humanitaire, maladie chronique, revue de littérature (sélectionné uniquement la plus pertinente)
<b>Articles retenus pour analyse</b>				
<p>Chatzea, V.-E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., &amp; Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. <i>Psychiatry Research</i>, 262, 446-451. <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022</a></p> <p>Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., &amp; Miller, M. (2012). Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness. <i>Epidemiologic Reviews</i>, 34(1), 145-155. <a href="https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026">https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026</a></p> <p>Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., &amp; Olff, M. (2013). Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. <i>Anxiety, Stress &amp; Coping</i>, 26(6), 624-642. <a href="https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021">https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021</a></p>				

### 2ème stratégie de recherche d'articles

<b>Équation et filtres</b>	<b>Base de données</b>	<b>Résultats</b>	<b>Articles retenus pour lecture</b>	<b>Raisons des exclusions</b>
“anxiety” [MeSH Terms] “AND” “social support” [MeSH Terms] “AND” “burnout, professional” [MeSH Terms]	PubMed	8 articles	2 articles	L'article se trouve dans la revue de littérature que nous avons décidé de garder pour l'analyse.
<b>Articles retenus pour analyse</b>				
<p>Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olaf, M., Rijnen, B., Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. PloS One, 7(9), e44948. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948</a></p>				

### 3ème stratégie de recherche d'articles

<b>Équation et filtres</b>	<b>Base de données</b>	<b>Résultats</b>	<b>Articles retenus pour lecture</b>	<b>Raisons des exclusions</b>
“Rescue workers” [MW] “or” “humanitarian aid” [MW] “and” “mental health” [MW] “and” “disaster” [MW]	CINHAL Complete	72 articles	7 articles	Le type de publication n'est pas en corrélation avec notre travail, la population ne correspond pas à la nôtre, sujets trop vagues.
<b>Articles retenus pour analyse</b>				
<p>Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.-E., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., &amp; Pistolla, G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52(1), 45-54. <a href="https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8">https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8</a></p> <p>Ren, Z., Wang, H., &amp; Zhang, W. (2017). Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. Journal of Interprofessional Care, 31(1), 35-42. <a href="https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097">https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097</a></p>				

**Appendice E**

Grille d'analyse des articles

## Grille de résumé d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Chatzea, V.-E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.-A., Melidoniots, E., & Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. <i>Psychiatry Research</i> , 262, 446-451. <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Dans cet article, les différents auteurs cherchent à comprendre quel est l'impact de la crise des réfugiés européens sur les sauveteurs. En abordant différentes thématiques telles que : le syndrome de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel ou encore le bien-être de ces secouristes.
Recension des écrits	<p>L'île de Lesbos est un point stratégique comme centre de transit ou comme lieu d'accueil. Dans cette période de crises des réfugiés en 2015, l'impact social et économique est significatif, néanmoins les systèmes de soins de santé sont les plus importants, car ils sont confrontés à des défis énormes et sans précédents.</p> <p>Cinq fondations de sauveteurs différents agissent sur cette île : l'OXFAM America, la Boat Refugee Foundation, la Croix-Rouge, l'équipe de sauvetage grecque et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Quelle que soit leur affiliation, tous les sauveteurs partagent un objectif commun : assurer des services de recherche et de sauvetage en cas de naufrage, ainsi qu'aider les nouveaux réfugiés arrivés en leur fournissant les premiers soins (réanimation des victimes de noyade, mettre une attelle autour des parties du corps blessées, faire un pansement de plaies, etc...). En plus des événements stressants dans le cadre de leurs activités quotidiennes, les secouristes opérant en Grèce sont également confrontés à des obstacles liés à l'austérité de la population tel que le manque de financement, le manque de personnel et le manque d'installations ; difficultés fréquemment observées dans les services de santé.</p> <p>Au cours des dix dernières 10 années, la littérature a souligné l'impact significatif de l'émotion sur la sécurité au travail, chez les secouristes. L'intérêt des chercheurs s'est centré sur la gestion du stress des sauveteurs, l'expression des émotions négatives, ainsi que la possibilité de crises psychologiques et de reconstruction. Les secouristes courent un risque plus élevé de développer des problèmes émotionnels liés à une catastrophe en raison de leur exposition fréquente à des événements stressants ou traumatiques. Des études antérieures ont montré que la mort et la destruction sont des événements traumatisants très présents. La qualité de vie du secouriste est souvent caractérisée par des symptômes du stress post-traumatique, la fatigue et le syndrome de surmenage. Des études ont montré que 75.5% des secouristes présentent des symptômes légers de traumatismes psychologique post-catastrophe. Les opérations de sauvetages qui impliquent des enfants sont considérées comme l'une des expériences les plus stressantes pour les sauveteurs.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Dans cette étude, nous n'avons pas trouvé de cadre théorique ou conceptuel.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Questions de recherches : Quels facteurs contribuent aux niveaux élevés du syndrome de stress post-traumatique ? Quel est le fardeau de l'épuisement perçu et du bien-être des secouristes pendant la crise des réfugiés ? Quels sont les prédicteurs du syndrome de stress post-traumatique autoévalués, de l'épuisement perçu et du bien-être ?</p> <p>But : L'étude visait à évaluer la prévalence des facteurs associés à l'auto-évaluation du syndrome du stress post-traumatique, au bien-être perçu et à l'épuisement professionnel chez les secouristes travaillant à Lesbos pendant la crise des réfugiés européens. Les auteurs soulignent l'importance de mettre en œuvre des interventions effectives axées sur les déterminants identifiés qui renforce le fardeau psychologique des sauveteurs au travail.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>C'est une étude transversale, mixte.</p> <p>Les auteurs ont utilisé trois modèles de régression logistique multi variables afin d'évaluer le risque du syndrome de stress post-traumatique autoévalué par les participants, l'épuisement professionnel et le bien-être perçu.</p>
Population, échantillon et contexte	<p>Population : Travailleurs lors de mission humanitaires</p> <p>N = 217 participants, qui ont été regroupés en trois catégories en fonction de leur affiliation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sauveteurs professionnels grecs ; Sauveteurs professionnels internationaux ; Sauveteurs bénévoles</li> </ul> <p>Contexte : Cette étude se déroule à Lesbos, en Grèce. Elle a duré du 20 février au 20 avril 2016, afin d'évaluer 3 résultats (auto-évaluation du syndrome post-traumatique, épuisement perçu et bien-être).</p> <p><i>Critères d'inclusion</i> : Sauveteurs professionnels ou bénévoles opérant à Lesbos pendant la période de l'étude ; Les personnes ayant travaillé sur l'île pendant au moins 4 semaines avant l'enquête ; Les personnes étant membre officiel d'une fondation ou comité de sauveteurs grec ou internationaux ; Personnes offrant des services de recherche et de sauvetage aux réfugiés nautiques qui arrivent à terre et/ou des services de premiers soins aux personnes secourues et qui peuvent avoir un besoin urgent (par ex. : trauma, déshydraté) ou aider les groupes vulnérables (par ex. : handicaps physique, enfants)</p> <p><i>Critère d'exclusion</i> : Offre d'autres types de services, tels que la fourniture de nourriture ou de vêtements.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les paramètres d'intérêt (auto-évaluation du syndrome stress post-traumatique, épuisement et bien-être perçu) ont été évalué à l'aide de trois questionnaires d'auto-évaluation validés en grec et en anglais, en fonction du site d'affiliation des sauveteurs (grec ou international). L'adaptation et la validation des questionnaires ont été réalisé par les développeurs originaux. Les sauveteurs ont rempli les questionnaires après leurs heures de travail et après avoir prévu une réunion dans leur bureau.</p> <p>Le syndrome du stress post-traumatique autoévalué a été mesuré à l'aide de la liste de contrôle du syndrome de stress post-traumatique version PCL-C (PTSD Checklist-Civilian Version). C'est un outil à 17 éléments avec une échelle de Likert à 5 points : 1 Pas du tout ; 2 Un peu ; 3 Modérément ; 4 Beaucoup ; 5 Extrêmement</p> <p>Les scores varient entre 17 et 85 points, ainsi les participants avec un score de 50 ou plus sont classés comme ayant un syndrome de stress post-traumatique probable.</p> <p>Le niveau d'épuisement perçu a été évalué à l'aide de l'inventaire de Maslach Burnout Inventory (MBI) qui détermine le risque d'épuisement en explorant 3 composantes : Épuisement (Section A) ; Dépersonnalisation (Section B) ; Réussite personnelle (Section C)</p>

	<p>Il mesure la fatigue due à l'environnement de travail, alors qu'il pourrait s'agir de fatigue chronique, de troubles du sommeil et d'autres problèmes physiques.</p> <p>Le MBI utilise une échelle de Likert de 7 points : 0 : Jamais ; 1 : Quelques fois par année ; 2 : Une fois par mois ; 3 : Quelques fois par mois ; 4 : Une fois par semaine ; 5 : Quelques fois par semaine ; 6 : Chaque jour</p> <p>Les résultats par points obtenus sont les suivants :</p> <p>Section A : &lt; 17 : Épuisement de bas niveau ; 18-29 : Épuisement modéré ; &gt;30 : Épuisement de haut niveau</p> <p>Section B : &lt;5 : Épuisement minimum ; 6-11 : Épuisement modéré ; &gt;12 : Épuisement maximum</p> <p>Section C : &lt;33 : Épuisement à haut niveau ; 34-39 : Épuisement modéré ; &gt;40 : Épuisement de bas niveau</p> <p>Le bien-être a été mesuré à l'aide de l'indice de bien-être de l'OMS : Well-being Index (WBI-5). Il mesure 5 éléments formulés de façon positive, liés à l'humeur positive (bonne humeur, détente), à la vitalité (être actif et se réveiller frais et reposé), et aux intérêts généraux (s'intéresser aux choses). Il est considéré comme une mesure fiable du fonctionnement émotionnel et un bon outil de dépistage de la dépression. Cet outil n'utilise que des questions formulées de façon positive sous forme d'une échelle de Likert à 6 points : 0 : À aucun moment ; 1 : Une partie du temps ; 2 : Moins de la moitié du temps ; 3 : Plus de la moitié du temps ; 4 : Plupart du temps ; 5 : Tout le temps.</p> <p>Le score varie de 0 à 100, en sachant qu'un score supérieur à 50 indique des niveaux élevés de bien-être.</p> <p>En complément des échelles ci-dessus, une feuille de couverture biographique a été fournie aux participants pour recueillir des renseignements sur leur profil démographique et professionnel et sur d'autres facteurs de risque potentiels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données démographiques : âge, sexe, nationalité, situation de famille, rôle parental et le niveau d'instruction.</li> <li>- Paramètres professionnels : profession/affiliations à un volontaire, expériences antérieures d'interventions de sauvetage lors d'événements émergents, période d'opération à Lesvos, durée des gardes de travail, participation à la recherche de réfugiés et d'enfants morts en mer et fourniture d'un soutien psychologique.</li> <li>- Facteurs comportementaux : tabagisme, consommation d'alcool.</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Pour commencer, toutes les approbations éthiques ont été reçues et les lettres d'informations concernant l'étude ont été envoyées. Puis les participants ont individuellement signé un formulaire de consentement avant l'étude.</p> <p>Cette étude se déroule à Lesvos, en Grèce. Elle a duré du 20 février au 20 avril 2016, afin d'évaluer 3 résultats (auto-évaluation du syndrome post-traumatique, épuisement perçu et bien-être).</p> <p>Au total, 217 travailleurs humanitaires ont répondu aux différentes questions de recherches à l'aide de questionnaires. Ceux-ci étaient remplis après les gardes de travail et suite à une réunion dans leur bureau. Les auteurs ont utilisé trois modèles de régression logistique multi variables afin d'évaluer le risque du syndrome de stress post-traumatique autoévalué par les participants, l'épuisement professionnel et le bien-être perçu.</p>

Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par l'organisme officiel chargé de prouver l'approbation éthique des études menées dans la région sanitaire de Lesbos (Le Conseil d'administration de la 2e région sanitaire du Pirée et des îles Égéennes). De plus, l'approbation des comités scientifiques de l'équipe de sauvetage grecque a été obtenue. Des lettres d'informations ont été envoyées à toutes les fondations participantes. Après avoir reçu leur approbation, les participants ont été informé du but de l'étude et ont signé un formulaire de consentement de façon individuelle.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	« The Kolmogorov-Smirnov normalization test » a été effectué afin de tester la norme des données (valeur $p < 0.05$ pour toutes les variables). Les statistiques descriptives sont des données explicites et quantitatives. Au contraire, le nombre total de travailleurs humanitaires s'étant autoévalué atteint d'un syndrome post-traumatique, un haut niveau d'épuisement professionnel et un bas niveau de bien-être perçu a été estimé, car les valeurs sont qualitatives. « Spearman r correlation coefficient » et « Kruskal-Wallis and Mann Whitney tests » ont été utilisé pour obtenir toutes les associations entre les outils utilisés pour le recueil de données (y compris la feuille de couverture biographique). De plus, Les auteurs ont utilisé trois modèles de régression logistique multi variables afin d'évaluer le risque du syndrome de stress post-traumatique autoévalué par les participants, l'épuisement professionnel et le bien-être perçu. En analysant les variables unies variable et multi variable ( $a <0,05$ ), le modèle a également ajouté l'épuisement professionnel et le bien-être perçus comme covariables dans le modèle du syndrome de stress post-traumatique, en raison de leur corrélation significative avec le syndrome de stress post-traumatique autoévalué et les effets de risque observés. A l'inverse, le syndrome de stress post-traumatique n'était pas inclus en tant que covariable dans le modèle de l'épuisement et le bien-être perçu, car il n'y a pas de preuve qu'il augmente les causes déjà présentes. L'analyse a été réalisée dans le SPSS 21, alors que tous les tests étaient bilatéraux et réalisé à un niveau de confiance de 95%.
Présentation des résultats	La prévalence du syndrome du stress post-traumatique autoévalué présentée était de 17,1%, tandis que les niveaux modérés de ce syndrome ont été relevés dans l'échantillon total de sauveteurs (médiane = 39.1). Les niveaux d'épuisement perçu variaient considérablement d'une section à l'autre (Section A-burnout, médiane : 32,6 / Section B-dépersonnalisation, médiane : 8,7 / Section C-réussite personnel, médiane : 35,2). Dans l'ensemble, 57% des secouristes présentaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel, alors que 18,9% présentaient des niveaux élevés de dépersonnalisation et 9,3% ont obtenu d'excellents résultats de réussites personnelles. Le score du bien-être perçu s'élève à 39,4 et 72.8% des sauveteurs se sont autoévalué avec un niveau faible de bien-être perçu. En ce qui concerne les résultats ci-dessus, ils étaient fortement corrélés (interdépendant) avec une valeur $P <0.05$ . Par exemple, l'auto-évaluation du syndrome de stress post-traumatique était positivement corrélé à l'épuisement perçu ( $r = 0.86$ ), c'est-à-dire que les deux sont dépendants l'un de l'autre. À l'inverse, le syndrome de stress post-traumatique est en corrélation inverse avec le bien-être perçu ( $r = -0.82$ ), c'est-à-dire que chacun est indépendant et leur variation ne va pas influencer l'autre. L'épuisement perçu était également en corrélation inverse avec le bien-être perçu ( $r = -0.89$ ). Les chercheurs ont tenu compte de paramètres importantes afin d'évaluer le syndrome de stress post-traumatique autoévalué, l'épuisement et le bien-être perçu, comme : La période d'activité à Lesbos ; Durée des gardes de travail (longue) ; Charge de travail ; Récupérer des cadavres d'adultes ; Récupérer des cadavres d'enfants

<b>Discussion</b>	
Interprétation des résultats	<p>L'objectif de cette étude, étant d'évaluer trois résultats majeurs (auto-évaluation du syndrome de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel perçu et le bien-être perçu) en lien avec la santé mentale, a été atteint. Les principales conclusions sont le haut niveau d'épuisement perçu et les prédicteurs identifiés des trois résultats étudiés.</p> <p>Selon les résultats, les travailleurs sont continuellement exposés à un risque pour la santé mentale, car leur environnement professionnel est extrêmement dur et stressant. Il est démontré que le développement du syndrome de stress post-traumatique autoévalué est clairement associé à l'augmentation des niveaux d'épuisement professionnel et le statut de bien-être perçu comme en baisse, selon les travailleurs. Les recherches ont aussi indiqué que la proximité, la durée et l'intensité d'exposition à des événements traumatisants étaient des prédicteurs significatifs du statut de la santé mentale et du niveau de bien-être des travailleurs humanitaires.</p> <p>Les niveaux identifiés de syndrome de stress post-traumatique autoévalué pourraient amener à l'augmentation du niveau de stress chez les travailleurs humanitaires, ce qui les affecteraient ainsi que l'efficacité des opérations de sauvetages et de récupération. Il est aussi important de parler des facteurs qui ont un impact sur les conditions émotionnelles des travailleurs humanitaires et l'amélioration des conditions de travail en augmentant la prévention des désastres reliés au travail. Plusieurs études ont montré que l'auto-efficacité est un facteur important dans la diminution de niveau de détresse, lorsqu'il est associé à un niveau plus bas de symptômes de stress traumatique et dépression.</p> <p>La formation et la préparation au sauvetage avant de partir en mission peuvent réduire le nombre d'incident dérivés et le risque d'exposition professionnelle. Cette formation devrait se concentrer sur trois étapes : l'avant, pendant et l'après catastrophes. La mise en place d'un système de secours médical en cas de catastrophe, un programme de formation complet visant à promouvoir la cohérence des équipes des sauveteurs et des mécanismes pour renforcer la prévention des maladies et fournir une assistance psychologique sont un besoin essentiel. Ces derniers sont soulignés dans certaines études ainsi que dans les réponses des participants à cette étude.</p> <p>Il est important de garder à l'esprit que la qualité de vie des travailleurs humanitaires a des dimensions à la fois négative (fatigue, traumatismes secondaires et épuisement professionnel) et positive (satisfaction) qui sont affectés selon les différents niveaux de perception perçu.</p> <p>Des facteurs individuels de chaque sauveteur comme l'expérience de vie et les traits de personnalité peuvent avoir un impact sur la perception émotionnelle. Améliorer les connaissances professionnelles et la formation professionnelle des travailleurs humanitaires peut éliminer ou atténuer les effets psychologiques négatifs potentiels en protégeant la sécurité physique et psychologique.</p> <p>En conclusion, les recherches mettent en évidence le besoin urgent de mettre en place des interventions efficaces qui se focaliseront sur l'aspect psychologique et l'augmentation des fardeaux psychologique professionnel des sauveteurs pendant la crise des réfugiés en Europe.</p>
Forces et limites	<p>Forces :</p> <p>Le taux de réponse élevé (89,2%) confirme la fiabilité des principaux résultats, qui sont conformes à la documentation. L'approche méthodologique et l'implication d'un sociologue spécialisé dans l'enquête ont ajouté de la valeur et maintenu la haute qualité des</p>

	<p>données recueillies. Les instruments utilisés dans la présente étude offrent une source d'information fiable. Les auteurs s'attendent à observer des tendances similaires dans d'autres pays/régions où des réfugiés s'y trouvent, car divers types de sauveteurs (locaux et internationaux, professionnel et bénévoles) ont participé à la crise. Aucune analyse de puissance n'a été effectué, ce qui a permis d'assurer une limite possible dans l'étude qui a été géré par l'inscription des 82.2% des sauveteurs opérant dans le milieu choisi pendant la période de l'étude. Par conséquent, cet échantillon devrait représenter suffisamment ce groupe de population. Aucun conflit d'intérêts.</p> <p><b>Limites :</b> De légères surestimations des résultats ont pu se produire, en raison du fait que les instruments choisis sont des outils auto-déclarés qui n'utilisent pas d'échelles cliniques. La prévalence estimée du syndrome de stress post-traumatique autoévalué, de l'épuisement perçu et du bien-être peut ne pas être représentative de tous les types de sauveteurs et scénarios de catastrophe. Cela est dû au fait que la présente étude est axée sur un événement extrêmement intense et de longue durée observée dans une région précise, Lesvos. La mesure dans laquelle ces résultats peuvent être attribués à la crise actuelle des réfugiés doit être explorée davantage, étant donné qu'aucune comparaison n'a été faite entre l'avant et l'après crise.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Un système de sauvetage compréhensif devrait se focaliser sur l'entraînement des travailleurs humanitaires sur trois niveaux : avant, pendant et après la catastrophe. Il est aussi important d'établir un système de sauvetage médical lors de désastre, un programme d'entraînement compréhensif promouvant la cohérence de l'équipe de sauveteurs. Cela améliorerait la prévention des maladies et fournirait une assistance psychologique.</p> <p>De prochaines études devraient se concentrer sur l'établissement d'un plan des besoins des travailleurs et leurs attentes. De futures études devraient porter sur la cartographie des besoins et attentes des travailleurs humanitaires, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de soutien en santé mentale adaptés aux sauveteurs offrant des services aux réfugiés, ainsi que l'évaluation de leur efficacité par la mesure de l'auto-évaluation du syndrome de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel perçu et le bien-être perçu avant et après les interventions.</p>
Commentaires	

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Chatzea, V.-E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. <i>Psychiatry Research</i> , 262, 446-451. <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.022</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre nous indique le problème de recherche ainsi que la population qui est visé dans cet article. Il précise également les thématiques qui seront évalué chez chaque participant.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			L'abstract au début de l'article aborde les principaux sujets de la recherche. Il explique clairement le but de l'étude, les moyens qui ont permis d'analyser les résultats ainsi que quelques données sous forme de pourcentage pour nous aiguiller dans les résultats finaux. La dernière phrase souligne l'importance d'une recommandation pour une prochaine étude.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème d'étude est cité dans le paragraphe qui synthétise l'article, puis il est abordé de façon plus précise dans le chapitre de l'introduction.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs études ont été mentionné en lien avec les thématiques qui se trouvent également dans cet article. Nous avons aussi des informations plus générales sur la crise européenne des réfugiés, les sauveteurs et les diverses fondations auxquelles ils appartiennent ainsi que leur but de mission. Ils abordent aussi la notion d'obstacle reliés à l'austérité selon les pays où ils se trouvent.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Cet article ne contient pas de cadre théorique ou conceptuel.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Dans un paragraphe, nous trouvons les questions de recherches utilisées pour construire cette étude. Elles sont clairement formulées. Le but de l'étude est déjà abordé dans le paragraphe de synthèse. On trouve également le but des différentes fondations qui ont participé à cette étude.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Le devis n'est pas explicité. Vus les statistiques et les instruments de mesure utilisés, nous pouvons nous pencher sur le devis quantitatif.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?		X		La population en soi n'est pas identifiée. Il nous manque des informations quant au sexe, l'âge, personnes à risque/avec antécédents ou non. Ils nous donnent les critères d'insertion qui sont plutôt en lien avec la mission humanitaire.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Nous avons uniquement le nombre de l'échantillon au complet, qui est de 217 participants.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Aucune analyse de puissance n'a été effectuée, insérant une limite possible dans l'étude qui a été gérée par l'inscription des 89,2 % des sauveteurs opérant dans le milieu choisi pendant la période de l'étude. Par conséquent, on s'attend à ce que cet échantillon représente suffisamment ce groupe de la population.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Tous les questionnaires utilisés sont expliqués : leurs buts, les échelles de Likert précisée, les variables de score avec leurs significations.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les questionnaires choisis sont en lien avec les trois thématiques analysées dans cette étude.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Tous les éléments sont présents tout au long du récit. L'absence d'un paragraphe précis fait que nous devons nous-même réunir les informations. Ceci provoque un risque d'oubli ou d'éléments qui passent inaperçu.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Différentes étapes ont été mise en place afin d'être dans les normes de l'éthique. Que ce soit auprès des organisations comme des participants.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Ils ont utilisé le test de « Kolmogorov-Smirnov normalization » déterminant la valeur $p < 0.05$ . « Spearman r correlation coefficient » et « Kruskal-Wallis and Mann Whitney tests » ont été utilisé afin d'obtenir toutes les associations entre les outils utilisés pour le recueil de données. Pour les résultats qui nous intéresse le plus, ils ont utilisé trois modèles de régression logistique multi variables afin d'évaluer le risque du syndrome de stress post-traumatique autoévalué, l'épuisement professionnel et le bien-être perçu.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de tableau. Puis, à côté, nous avons le texte qui explique de façon clair les diverses classes de résultats et les comparaisons entre eux.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Non, car dans cet article nous n'avons pas de cadre théorique ou conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Dans le paragraphe concernant la discussion, nous avons plusieurs comparaisons avec d'autres études qui sont cités en référence.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un paragraphe est rédigé quant aux forces et limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Dans le chapitre discussion les études sont énoncées avec leurs résultats mais rien de plus n'est abordé. Nous n'avons pas une citation directe venue du chercheur lui-même.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils traitent d'une seule conséquence qui est : Les conclusions confirment la nécessité urgente de mettre en œuvre des interventions efficaces qui se concentreront sur les aspects psychologiques et le renforcement de la charge psychologique professionnelle des secouristes pendant la crise européenne des réfugiés.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les chercheurs abordent les recommandations pour des recherches futur afin de compléter leurs résultats obtenus.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article correspond à nos attentes et est compréhensif, détaillé et approprié à une analyse critique.

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille résumée pour l'analyse des revues systématiques

<b>Titre de la revue</b>	Titre : Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness Référence : Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., & Miller, M. (2012). Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness. <i>Epidemiologic Reviews</i> , 34(1), 145-155. <a href="https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026">https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026</a>
Contexte	Cette revue de littérature met en commun plusieurs recherches scientifiques sur les travailleurs humanitaires qui ont servi pendant ou après une situation d'urgence complexe, en dehors des États-Unis, afin de déterminer s'ils sont à plus grands risques de générer une maladie mentale liée aux traumatismes.
Objectifs (PICO)	P : Les travailleurs humanitaires I : prévalence du développement d'une maladie mentale chez les travailleurs humanitaires reliée aux traumatismes vécus C : Prévalence du développement d'une maladie mentale chez la population en générale O : Comparer le taux de prévalence de chaque catégorie et vérifier si les travailleurs humanitaires ont un risque plus accru
Sources (bases) des données	Ils ont utilisé trois bases de données pour leurs recherches : MedLine (accès donné par La bibliothèque en médecine de la nation des États-Unis), Psycinfo (accès donné par l'association psychologique Américaine) et Google scholar (libre accès). MeSh termes utilisés pour les recherches : <ul style="list-style-type: none"><li>• Travailleurs humanitaires ; Relief workers ; Humanitarian workers ; Aid workers</li></ul> Maladies mentales : <ul style="list-style-type: none"><li>• Mental illness ; Mental health ; Depression ; Posttraumatic stress disorder ; Anxiety disorder ; Substance use disorder ; Suicide</li></ul>
Critères d'éligibilité ou caractéristiques des études (durée, années, langues,)	Les recherches des littératures ont été finalisé en Août 2010. Pour chacune des bases de données utilisées, une recherche a été conduite en utilisant trois termes pour décrire le travailleur humanitaire et association avec d'autres termes nommant les différentes maladies mentales. L'article sectionnée doit inclure un des 6 domaines suivants : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Troubles de la dépression chez les travailleurs humanitaires</li><li>2. Syndrome du stress post-traumatique chez les travailleurs humanitaires</li><li>3. Trouble de l'anxiété chez les travailleurs humanitaires</li><li>4. Trouble de la consommation d'alcool ou de substance illicite chez les travailleurs humanitaires</li><li>5. Comportements suicidaires chez les travailleurs humanitaires</li><li>6. Pratiques personnelles des organismes qui emploient des travailleurs humanitaires</li></ol> L'article doit inclure des recherches associées au travailleurs humanitaires ayant servi lors de situation d'urgences.

	Publication entre 1999-2010, en anglais, article de journal.
Participants	La population cible est les travailleurs humanitaires. L'échantillonnage des 12 études confondues est de n=1842 personnes. Presque la moitié des sujets se trouvaient dans une seule étude, et seulement 4 études présentaient plus de 100 participants. Dans les études qui identifiaient le genre, le genre masculin occupait deux tiers du nombre total des sujets. La population des études avait plusieurs nationalités.
Interventions	Suites à la sélection des 17 articles les plus pertinents en lien avec la problématique initiale, les auteurs ont analysé les différents résultats. Cette analyse leurs a permis de répondre à leur PICO et de donner des pistes d'actions pour diminuer le risque de développer une maladie mentale.
Méthodes d'évaluation et synthèse des études	Les informations trouvées dans les 17 études analysées pour cet article ont été résumées dans un format normalisé, dont 12 liées aux travailleurs humanitaires et 5 aux organisations qui emploient ces travailleurs. Dans leurs recherches, ils analysent les résultats en lien avec l'exposition aux traumatismes, les prévalences et les facteurs de risque pour la maladie mentale, chez les travailleurs humanitaires. Les catégories d'abstraction comprenaient : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pays d'origine</li> <li>2. Méthode de collecte des données</li> <li>3. Population de l'étude</li> <li>4. Résultats</li> </ol> Puis les caractéristiques de l'étude examinée comprenaient : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratégie d'échantillonnage</li> <li>2. Taille de l'échantillon</li> <li>3. Taux de réponse</li> </ol> Les auteurs ont ensuite comparé les estimations du syndrome de stress post-traumatique et d'autres maladies mentales liées à un traumatisme avec celle de la population générale. Il n'existe pas d'estimations internationales des maladies mentales, donc ils ont utilisé les estimations relatives aux travailleurs humanitaires et les estimations de la prévalence au cours de la vie d'un adulte des États-Unis et d'Europe Occidental pour les comparer.
Résultats	Les résultats de 3 études concernant des traumatismes significatifs, en lien avec les expériences des travailleurs humanitaires, ont révélé que les cinq traumas primaires les plus fréquents sont : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situation effrayante 55-78%</li> <li>2. Les menaces, être chasser 16-47%</li> <li>3. Séparation forcée de la famille 40%</li> <li>4. Bombardement bureau/domicile 13-43%</li> <li>5. Hostilité de la population local 10-37%</li> </ol> Des études ont démontré que les travailleurs ont également expérimenté des traumas secondaires en étant témoin ou en ayant entendu des expériences de traumas de la population locale et des collègues.

	<p>Dans les différentes études, le taux de syndrome de stress post traumatisant diagnostiqué et les symptômes du syndrome de stress post traumatisant se trouvent entre 8% et 43%. Cinq études ont estimé les taux de symptômes du stress post-traumatique entre 1-30%.</p> <p>Une étude a examiné les prédicteurs des symptômes du stress post-traumatique.</p> <p>Cinq études portaient sur les pratiques organisationnelles des organisations non gouvernementales d'aide / de secours, en mettant l'accent sur la manière dont les organisations recrutent, forment et soutiennent les travailleurs humanitaires. Ces études ont montré que la préparation avant le déploiement pour prévenir le stress psychologique sur le terrain est limité. La pratique de la gestion du stress sur le terrain était très variée et les ressources pour le soutien du personnel étaient sous développées.</p> <p>Trois études se sont penchées sur les maladies mentales des travailleurs humanitaires expatriés et les travailleurs nationaux, mais une seule a différencié les résultats. Cela a prouvé que les travailleurs nationaux ont une plus grande exposition aux traumatismes et un taux plus élevé de maladies mentales. Il est aussi reporté qu'il y avait un taux plus élevé de violence sur les travailleurs humanitaires nationaux, car leurs familles pourraient toujours se trouver en danger dans le pays alors que ceux des travailleurs expatriés sont en sécurité à domicile.</p> <p>Trois thèmes principaux ressortent de cet article, premièrement, la nature et les circonstances du travail humanitaire demandent une préparation des travailleurs aux traumatismes et au stress sur le terrain à l'aide de soutien psychologique pendant le service. Deuxièmement, la recherche sur les travailleurs humanitaires devrait se pencher plus largement sur la santé mentale et les résultats liés aux traumatismes. Et troisièmement, il y a un besoin de consensus sur la méthodologie et les mesures utilisées pour évaluer le syndrome de stress post traumatisant et autres maladies mentales liées à un traumatisme.</p>
Limites	<p>Voici les limites exprimées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les études ont mis en commun des sujets de pays différents, ce qui a rendu difficile de comparer les résultats de différentes cultures.</li> <li>• La méthodologie a aussi pu contribuer à des estimations de différentes prévalences, car certaines ont été évaluées pendant le service et d'autres ont été faite par après. Différents outils d'évaluations ont été utilisés afin de mesurer le syndrome de stress post traumatisant ou les symptômes reliés à cela ou aux autres maladies mentales. Cela reflète un manque de consensus ou de standards pour mesurer les maladies mentales.</li> <li>• Le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » et l'« International Classification of Diseases » sont en ce moment utilisés dans les différentes cultures à travers le « World Mental Health Survey ». Mais leur validité pourrait être limité.</li> <li>• Le soutien organisationnel des travailleurs humanitaires mérite plus de recherches systématiques et minutieuses.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les 5 études organisationnels comprennent une très petite taille d'échantillon, des sélections non-randomisées et un petit taux de réponses.</li> <li>Les recherches sur les effets psychologiques des travailleurs humanitaires sont limitées et devraient se pencher plus profondément sur les maladies mentales liés aux traumatismes.</li> </ul>
Impacts des résultats	Comparé à la population adulte générale, il a été exposé que les travailleurs humanitaires avaient un plus haut taux de stress post-traumatique diagnostiqué dû aux traumas auxquels ils ont été exposés. Malgré cela, la plupart des études ont évalué les symptômes du stress post traumatisant et non pas les diagnostiques. Cela entraîne une difficulté à comparer les résultats par une méta-analyse, car il y a beaucoup de variations dans les mesures prises en compte afin de savoir si ce sont les symptômes d'un stress post traumatisant ou d'une autre maladie mentale. En ce qui concerne la préparation des travailleurs humanitaires à l'aide de soutien psychologique, il n'y a aucune preuve par rapport à la façon de préparer un travailleur humanitaire aux traumatismes et au stress. Même si le rapport de taux élevés de traumatismes indique un besoin de soutien et d'entraînement avant de partir en service, les méthodes des études analysées ne permettent pas de donner des suggestions concrètes par rapport à un entraînement ou un soutien spécifique. Il faudrait réaliser plus de recherches afin de déterminer quels soutiens et entraînements aideraient à préparer les travailleurs humanitaires aux traumatismes. Une des approches qui pourrait être évaluée serait dérivée des militaires des États-Unis, car leurs membres sont soumis à un dépistage de maladies mentales avant de partir en mission afin d'avoir un plan de soutien durant leur service. Cela a démontré une diminution de maladie mentale liée aux traumatismes. Il est suggéré qu'avant la mission, les travailleurs, expatriés ou locaux, devraient être informé des risques d'exposition potentielle aux traumatismes et aux effet psychologiques liés à ceux-ci.
Conclusion	La demande de secours humanitaires continue de croître, donc l'exposition aux traumatismes et a des implications importantes pour la santé mentale au travail également. La recherche sur les effets psychologiques du travail de secours est limitée et devrait porter plus sur les conséquences pour la santé mentale liée aux traumatismes, notamment la dépression, l'anxiété et la consommation d'alcool, en plus du syndrome de stress post-traumatique. Les résultats concernant les taux de maladies mentales varient, ce qui reflètent les différentes méthodologies utilisées. Pour les uniformisé au mieux, il est nécessaire de parvenir à un consensus entre la méthodologie et les mesures permettant d'évaluer le syndrome de stress post-traumatique, ainsi que les autres maladies mentales liées à un traumatisme. Le choix de réaliser une étude longitudinale peut donner plus d'informations sur l'état de santé mentale après le déploiement. Cependant, les recherches concernant les organisations qui emploient les travailleurs humanitaires sont encore plus limité. Il serait intéressant d'investiguer si les travailleurs sont préparés de façon adéquate aux différentes expositions professionnelles possibles lors de leur mission.
Implication pour le projet	Les différents résultats révèlent que le syndrome de stress post-traumatique touche une grande partie de la population partie en mission humanitaire. Nous prenons connaissances des taux de prévalence et les traumas les plus fréquents lors des missions. Ce sujet n'est pas anodin, ce qui accroît notre implication à en découvrir

davantage. Cette revue de littérature donne également quelques pistes d'actions, en lien avec les types de préparation. Tous ces éléments réunis répondent en partie à notre question de recherche.

**Références :**

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15 (157), 39-44. doi : <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

Adaptée par ESP/octobre 2017/semestre5/Bachelor2016/

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olaf, M., Rijken, B., Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. <i>PloS One</i> , 7(9), e44948. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Une détresse extrême, due à la surexposition des travailleurs humanitaires à la violence, au terrorisme et aux attaques directes, peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale. Ceci peut également affecter négativement le fonctionnement et la productivité des organisations humanitaires. D'autres facteurs de stress tels que l'insécurité de l'emploi, les opportunités de développement de carrière limitées, les bas salaires ou les conditions de vie dangereuses, conduisent à l'épuisement professionnel et à d'autres effets néfastes sur la santé mentale.
Recension des écrits	Des organisations d'aide humanitaire commencent à identifier le besoin d'une politique organisationnelle et d'une réponse aux conséquences psychologiques du travail humanitaire. Les agences et les particuliers proposent des programmes se centrant plus spécifiquement sur la sélection du personnel mais aussi sur sa formation et le soutien qui lui est fourni. Cependant, il manque un grand nombre de connaissances scientifiques aux organisations afin d'améliorer la gestion du personnel, le soutien du personnel et la productivité des travailleurs. Les organisations et les particuliers ont proposé des programmes axés sur la sélection, la formation et le soutien du personnel. Cependant, un manque sérieux de connaissances scientifiques entrave la gestion et le soutien du personnel et dans l'amélioration de la productivité des travailleurs.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel dans cet article.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Les auteurs ont émis l'hypothèse que les résultats concernant la santé mentale et l'épuisement professionnel soient liés aux facteurs de risque tels que l'exposition à des traumatismes et des facteurs de stress chronique ainsi qu'aux facteurs de protection, comme le soutien social, un mode de vie sain et des stratégies d'adaptation saines.</p> <p>L'objectif était d'établir des associations prédictives entre les facteurs de stress personnels, organisationnels et liés au travail, ainsi que les résultats négatifs pour la santé mentale, l'épuisement professionnel et la satisfaction de la vie. L'objectif secondaire était d'identifier la prévalence de l'anxiété, de la dépression et de l'épuisement professionnel dans cet échantillon.</p> <p>Le but de l'étude était de fournir des preuves que le travail et les facteurs de stress liés au travail sont associés à la détresse mentale et à l'épuisement professionnel, et que les facteurs de risque et d'atténuation atténuent l'impact de ces facteurs de stress sur les travailleurs expatriés. Suite à quoi, fournir des recommandations pour la sélection, la formation et la gestion des travailleurs pourront réduire ces facteurs de stress.</p>

<b>Méthodes</b>	Le devis de cet article est mixte. Dans le questionnaire envoyé aux expatriés nous avons plusieurs types de questions qui varient entre le qualitatif et le quantitatif.
Devis de recherche Population, échantillon et contexte	<p>Population : Les participants à l'étude de 19 organisations non-gouvernementales internationales dispensant des soins en situation d'urgence, soumis à de nombreux facteurs de stress chroniques et traumatiques. Afin de déterminer la taille d'échantillon requise, ils ont supposé une corrélation relativement grande entre les réponses au sondage dans le temps (corr.= 0,8). Ainsi, en supposant une prévalence réelle de 10% des problèmes de santé mentale ou des problèmes de fonctionnement professionnel ou social, un échantillon minimal de 250 personnes serait requis si le rapport de risque à détecter est de 2, avec un niveau de confiance de 95% et une puissance de 80%.</p> <p>N= 250 participants</p> <p>Contexte : La population a été évalué à trois moments différents : 212 participants avant le déploiement (temps 1) ; 169 (80%) après le déploiement (temps 2) ; et 154 (73%) dans les 3 à 6 mois suivant le déploiement (temps 3).</p> <p>Critères d'inclusions pour les agences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être existantes depuis plus de 5 ans ; Avoir un historique établi de financement international ; Fonctionner avec un impératif humanitaire (aide d'urgence et développement) ; Bilan des opérations dans les pays exposés à une violence généralisée ; Déployer au minimum 20 expatriés sur le terrain par an ; Durée de déploiement des participants au minimum 3 mois et maximum 12 mois</li> </ul>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les chercheurs ont sélectionné des facteurs de stress identifiables au cours du déploiement (événements traumatiques ou expériences liées au devoir) pour prédire des résultats négatifs pour la santé mentale et examiné l'influence des variables modératrices identifiables (expérience antérieure en traumatologie, soutien social, culture organisationnelle et condition de vie)</p> <p>Cette étude comprenait des intervalles de mesure réguliers : Temps 1 qui est avant le déploiement, Temps 2 qui est après le déploiement et Temps 3 qui se trouve entre 3 et 6 mois après le déploiement.</p> <p>Au début du recrutement (décembre 2005), 415 paquets ont été distribués aux agences, puis les personnes de contact les ont redistribués aux participants. 172 paquets supplémentaires ont été fournis à 12 agences qui avaient distribué tous les paquets originaux pour permettre à davantage de sujets de participer avant la date de fin décembre 2007.</p> <p><b>Instrument de mesure</b></p> <p>Le questionnaire était organisé selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) les facteurs prédictifs avant le déploiement: données démographiques, préparation avant le déploiement, conditions de vie quotidiennes (qualité du logement, sources de nourriture, services d'hygiène et atmosphère politique et sociale dans le pays d'accueil), options de loisir, facteurs de motivation, communication avec la famille et les amis, climat organisationnel, expérience et évaluation professionnelles, évaluation des antécédents psychiatriques (y compris traumatismes précoces, médicaments antérieurs et interventions thérapeutiques), nombre de missions, durée des missions, et affectations difficiles.</li> <li>B) Modérateurs pendant le déploiement : facteurs de stress chroniques, expériences traumatiques (missions actuelles et précédentes), soutien social, stratégies d'adaptation, habitudes de santé, cohésion de l'équipe pendant le déploiement et disponibilité de services d'appui psychologique (offerts par l'organisation ou consultés de manière informelle dans le pays hôte) pendant et après l'affectation.</li> </ul>

	<p>C) Les résultats de l'étude comprenaient des mesures de santé mentale : (anxiété, dépression et détresse psychologique, épuisement professionnel et sous-échelles d'épuisement émotionnel [EE], dépersonnalisation [DP], accomplissement personnel [PA], consommation d'alcool / de drogue, satisfaction dans la vie et satisfaction au travail.</p> <p>Le tableau S1 du contenu en ligne présente un aperçu de tous les instruments. Toutes les réponses ont été auto-déclarées. Des questions sur les expériences traumatiques passées sont posées afin de déterminer le niveau d'exposition au stress avant déploiement et différencier l'impact du stress causé par l'expérience du terrain. Les antécédents personnels (violence physique ou sexuelle durant l'enfance) et les facteurs de risques liés à la famille d'origine (exposition à de la violence domestique de la part d'un parent ou partenaire) font aussi partie des questions. Le fait d'avoir vécu une maladie mettant la vie en danger, d'avoir été victime d'un grave accident de voiture ou d'avoir été agressé comptent parmi les autres questions relatives aux facteurs de stress extraordinaires avant le déploiement.</p> <p>En ce qui concerne les questions par rapport à l'expérience du travail des ONG, elles se concentrent sur les politiques des ONG et leur mise en œuvre. Un ensemble de questions distinctes concernant un sens clair de la mission, les processus de prise de décision, la communication organisationnelle et l'évaluation des activités, sont posées afin d'évaluer les ONG.</p> <p>Cet instrument de mesure a été réadapté d'après un instrument similaire développé par les co-auteurs lors d'une étude antérieure, auprès du même type de population.</p> <p>Au niveau des facteurs de stress chroniques, les questions concernaient les conditions de vie (logement et vie privée, disponibilité/fiabilité de l'eau et de l'électricité), les problèmes de sécurités (point de contrôle menaçants, hostilité du pays d'hôtes ou des bénéficiaires), la lourde charge de travail et le manque de reconnaissance des réalisations des ONG et le manque de communication. Cet instrument fut aussi modifié à partir d'un instrument dans le cadre d'une étude antérieure.</p> <p>Les traumatismes incluent l'exposition à de graves évènements menaçant (contact sexuel non désirés, menaces de blessures physiques, enlèvement, meurtre collègue ou membre de la famille...). Cet instrument a aussi été adapté d'après un instrument similaire afin de mieux correspondre au contexte spécifique des travailleurs humanitaires internationaux.</p> <p>Le score de l'indice des habitudes de santé est construit à partir d'un algorithme des habitudes de santé qui comprend des questions sur l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool, de drogue et de caféine, les habitudes de sommeil et l'exercice.</p> <p>Et l'instrument de cohésion d'équipe, les questions abordent les expériences avec les responsables de l'administration centrale, des responsables sur le terrain et avec les membres de l'équipe uniquement au moment 2, car le post-déploiement était le meilleur moment pour que les participants puissent réfléchir à leurs expériences vécues. Cette mesure a été adaptée par la Team Cohesion Scale.</p> <p>Un instrument a été adapté selon l'indicateur de stratégie d'adaptation pour que les participants se rendent compte de la manière dont ils gèrent les problèmes de leur vie. Celui-ci comporte trois sous-échelles de stratégies d'adaptation : résolution des problèmes, prévention des problèmes ou recherche de soutien social. Les scores moyens des items pour chacune des trois sous-échelles CSI ont été utilisés dans les analyses.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'étude et son protocole ont été validés par le Comité d'examen institutionnel du Département américain de la santé et des services sociaux (Centres de contrôle et de prévention des maladies).</p> <p>Les organisations non-gouvernementales (ONG) ont été recrutées à partir d'une liste d'agences répondant aux critères d'inclusion, en partie sur la base de l'archive Relief Web. Initialement 88 ONG ont été sélectionnées à partir des descripteurs disponibles dans les archives.</p>

	<p>de la base. Les chercheurs les ont alors contactés afin de vérifier leur compatibilité avec l'étude et si elles étaient disposées à y participer. Au total, 18 n'ont pas répondu aux questions, 22 n'ont pas fourni d'informations permettant de déterminer si elles pouvaient ou non être incluses et 8 ont été identifiés comme ne répondant pas aux critères d'inclusion. Sur les 40 agences restantes, répondant aux critères, 21 ont décliné l'invitation. Au final, 19 agences ont participé à l'étude.</p> <p>Par la suite, le coordinateur a envoyé à chaque personne de contact de l'agence le nombre exact de questionnaires à remplir, proportionnellement à la taille de l'ONG. Ces personnes de contacts ont été formées par un atelier d'une journée sur l'éthique des sujets humains, les méthodes d'étude et la manière dont ces correspondants d'organisation fourniraient aux participants, répondant aux critères d'inclusions, les lettres d'invitation et les questionnaires de pré-déploiement. Le processus d'inscription comprenait une introduction orale par la personne de référence, entre décembre 2005 et décembre 2009. Chaque responsable a gardé le contact des participants afin de lui envoyer les évaluations restantes aux périodes 2 et 3.</p>
Considérations éthiques	<p>Le protocole de l'étude a été examiné et approuvé par le Comité d'examen institutionnel du Département américain de la santé et des services sociaux (Centres de contrôle et de prévention des maladies). L'approbation du protocole d'étude a été donnée par la CDI à Toutes les organisations et institutions participantes ont différé l'approbation du protocole d'étude par la CDI, à l'exception de l'Université de Tulane, qui a mené sa propre évaluation éthique et approuvé le protocole. Tous les participants à l'étude ont remis un consentement écrit.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les données ont été entrées dans Epi Info™ 2002 (CDC, Atlanta, Géorgie). Les analyses de données ont été effectuées à l'aide de SPSS 17 · 0 (IBM Corporation, Somers, New York) et de SAS 9 · 1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord). Des analyses unies variées et bi variés utilisant des tests du chi-carré ont permis d'évaluer les différences et tendances des variables.</p> <p>Des analyses comparables basées sur « Student's t-test » sont utilisés pour évaluer les variables continues. Et une analyse de régression multivariée est utilisée pour ajuster les facteurs de risque multiples et les facteurs de confusion potentiels.</p> <p>Les auteurs ont effectué des analyses de régression bi variées sur toutes les variables et les résultats des sous-échelles de dépression, d'anxiété et d'épuisement professionnel afin de déterminer les principaux facteurs de résultats négatifs pour la santé mentale et d'épuisement professionnel après le déploiement et le suivi.</p> <p>Des modèles longitudinaux d'équations d'estimations généralisées ont été adapté pour les résultats de l'anxiété, de la dépression, de l'épuisement professionnel (épuisement personnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel) et de la satisfaction à l'égard de la vie. Ils ont mené des tests de dépistage afin de déterminer si les associations entre les résultats et les facteurs prédictifs évoluaient avec le temps.</p> <p>Module de base utilisée pour chaque test de dépistage : Résultat = Variables démographiques + prédicteur + prédicteur x temps.</p>
Présentation des résultats	<p>Nous avons sélectionné les résultats en lien avec notre thématique pour permettre une utilisation des données plus pertinentes.</p> <p><b>Au pré-déploiement :</b> Les populations n'ayant pas de maladie mentale présentaient aussi de manière significative moins de dépression (<math>p=0,002</math>) et d'anxiété (<math>p=0,045</math>). Le soutien social était corrélé de manière significative avec moins de dépression (<math>p=0,015</math>) et des niveaux plus faibles d'épuisement professionnel (<math>p=0,002</math>). Des niveaux plus élevés de dépressions (<math>p=0,050</math>) et d'anxiété (<math>p=0,057</math>) étaient associés à des antécédents de traumatisme infantile. Le fait d'avoir connu des facteurs de stress extraordinaires avant le déploiement étaient liés à des niveaux plus élevés de dépression (<math>p=0,003</math>), d'anxiété (<math>p=0,08</math>) et de dépersonnalisation au niveau d'épuisement professionnel (<math>p=0,05</math>).</p>

	<p><b>Au moment du déploiement :</b> Le risque de dépression (<math>p=0,026</math>) et d'anxiété (<math>p=0,013</math>) était plus faible pour les populations sans antécédents de maladie mentale. Le soutien social était significativement corrélé à un risque de dépression plus faible (<math>p=0,001</math>). Les facteurs de stress chroniques au cours du déploiement étaient corrélés à des niveaux plus élevés de dépression (<math>p=0,01</math>), d'anxiété (<math>p=0,038</math>). Des niveaux plus élevés de traumatisme expérimentés au cours du déploiement ont été corrélés à un risque plus élevé d'épuisement professionnel (<math>p=0,05</math>).</p> <p><b>Suite au déploiement :</b> Un risque réduit d'anxiété (<math>p=0,005</math>) étaient significativement en concordance avec l'absence de maladie mentale. Le soutien social était corrélé de manière significative avec un risque plus faible de dépression (<math>p=0,03</math>). Un changement considérable sur la dépression entre les trois temps est remarqué à cause de l'effet du stress chronique lié au déploiement (<math>p=0,05</math>) et de l'exposition extraordinaire au stress (<math>p=0,01</math>), lors de la période précédant le déploiement. Le risque de dépression augmentait avec les scores élevés d'exposition au stress chronique lié au déploiement (charge de travail excessive, conflit avec des collègues, manque de reconnaissance, etc.) à la fois après le déploiement (<math>AOR = 1,11</math> ; [IC] 1,02–1,20) et suivi (<math>AOR = 1,03</math> ; [IC] 0,93 à 1,14). Si l'on compare ces résultats au score de stress chronique, le risque de dépression est plus élevé après le retour des travailleurs humanitaires. Une différence significative est indiquée entre l'effet du prédicteur, donc le stress, sur la dépression au fil du temps (dans les 3 temps). L'association entre la dépression et l'exposition traumatique change également avec le temps (<math>p=0,055</math>). Les rapports de cotes sont plus élevés en post-déploiement que lors du suivi. Ce qui montre que les effets des traumatismes sur la dépression sont nettement plus importants directement après le déploiement mais ont tendance à diminuer trois à six mois après le déploiement.</p> <p>Un risque de détresse psychologique plus faible est associé au fait de ne pas être marié et d'avoir un soutien social. Avoir vécu un traumatisme à l'âge adulte est associé de manière significative à un risque plus élevé de détresse psychologique. Les participants ayant plus de soutien social ont des niveaux de satisfaction de la vie significativement plus élevés (<math>p=0,01</math>). La satisfaction au travail n'a été mesuré qu'après le déploiement. Una analyse de régression après le déploiement a révélé que les participants ayant fourni une évaluation plus positive de leur ONG détenaient une satisfaction au travail nettement plus élevée après le déploiement (<math>p=0,001</math>).</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Cette étude indique que les travailleurs humanitaires courent un risque accru de dépression et d'épuisement professionnel après le retour de déploiement et que le risque n'a pas diminué entre 3 et 6 mois après la fin de mission. Les facteurs susceptibles d'augmenter le risque de maladie mentale, d'épuisement professionnel et de réduire la satisfaction à l'égard de la vie sont identifiés. Les facteurs protecteurs de ces risques sont également déterminés. Les auteurs remarquent que ces derniers facteurs ont entraîné des niveaux plus élevés de vie et de satisfaction au travail.</p> <p>Les personnes ayant des antécédents de maladie mentale pourraient avoir besoin de conseils et d'un soutien particulier lorsque les organisations non-gouvernementales envisagent leur déploiement. Car ces candidats pourraient présenter un risque accru de souffrir d'anxiété, dépression ou d'épuisement professionnel, suite à leur mission. Les personnes ayant connu des facteurs de stress avant leur déploiement sont plus vulnérables.</p> <p>Les participants disposant de solides réseaux de soutien social étaient moins susceptibles de subir des conséquences négatives pour leur santé mentale et ils étaient plus satisfaits de leur vie tout au long de leur mission. Ces conclusions apportent un soutien scientifique aux</p>

	<p>recommandations selon lesquelles les réseaux de soutien par les pairs sont bénéfiques pour les travailleurs humanitaires pendant ou après leur déploiement. Ainsi que le soutien des organisations non-gouvernementales.</p> <p>Les travailleurs plus motivés étaient moins susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel.</p> <p>Les auteurs nous disent que les facteurs de stress peuvent être atténués en améliorant autant que possible les installations d'hébergement, en facilitant au maximum l'accès à la communication avec le domicile, en régulant la charge de travail du personnel, en améliorant les directives de gestion des équipes et en reconnaissant à l'organisation des performances de travail optimales.</p>
Forces et limites	<p>Une des limites est associée à l'échantillonnage des agences. La majorité des agences contactées figurant sur la liste initiale des organisations possibles ont décliné leur participation ou n'ont pas répondu à l'enquête. Cela peut indiquer que les agences choisissent de participer à cette étude disposent de ressources suffisantes et/ou qui s'intéressent au sujet de recherche. Ensuite, un biais de sélection peut exister, car les auteurs ne peuvent pas avoir la certitude si les personnes de contact de l'organisation ont remis les questionnaires à tous les travailleurs répondant aux critères d'inclusion préalables au déploiement.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les diverses conclusions de cet article ont d'importantes conséquences sur ce que les organisations non-gouvernementales peuvent faire pour réduire le risque de souffrir de maladie mentale ou d'épuisement professionnel au cours de leur déploiement, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Filtrez les candidats ayant des antécédents de maladie mentale et facteurs de risques familiaux avant le déploiement. Ce dépistage peut paraître stigmatisant, mais il permet aux organisations d'alerter les candidats des risques associés au déploiement et d'envisager des moyens de gérer et soutenir ces travailleurs pendant et après leur mission. Fournir un soutien psychologique aux employés expatriés pendant et après leur mission.</li> <li>- Les personnes doivent être informées du fait que les antécédents de maladie mentale et de facteurs de risque familiaux peuvent accroître le risque de détresse psychologique pendant le déploiement.</li> <li>- Fournir les meilleures logements, espaces de travail et moyens de transports fiables.</li> <li>- Assurer, dans la mesure du possible, une charge de travail raisonnable, une gestion adéquate et la reconnaissance des réalisations.</li> <li>- Encourager la participation au soutien social et aux réseaux de pairs.</li> <li>- Les politiques libérales de l'Institut en matière d'utilisation du téléphone et d'internet, payées par l'organisation, contribueront à renforcer les réseaux de soutien social du travailleur expatrié.</li> </ul>
Commentaires	

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olaf, M., Rijken, B., Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. <i>PLoS One</i> , 7(9), e44948. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			En lisant le titre, nous connaissons la population cible qui est les travailleurs internationaux de l'aide humanitaire. Il est mentionné que la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel font partie de l'étude.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé de cette étude est réparti en 5 sous-points, qui sont : contexte, objectifs, méthodologie, résultats et conclusion. Ces paragraphes nous donnent une vue d'ensemble du contenu et nous permettent de déterminer son utilité pour notre travail de Bachelor.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, il est d'abord cité dans le résumé de l'article puis repris dans un autre chapitre de façon plus détaillée.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les résultats d'études antérieures sont utilisés afin d'étoffer l'introduction de cet article. Ils décrivent les facteurs influençant les maladies mentales et les actions entreprises par les organisations non-gouvernementales afin d'y remédier.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'a été ressorti de notre part.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Un chapitre nous fait par des différentes hypothèses posées par les auteurs, les buts de l'étude ainsi que les objectifs définis.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Le devis n'est pas explicité. Cependant, lorsqu'on prend connaissance des méthodes utilisées pour le recueil de données, nous pouvons affirmer que c'est un devis mixte.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Ils ont déterminé l'échantillon à l'aide d'une corrélation relativement grande entre les réponses au sondage dans le temps. En supposant une prévalence réelle de 10%, l'échantillon minimal est de 250 personnes. (N= 250 participants)	
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Les seules informations données sont le nombre de participants, taux par sexe, état matrimonial et le niveau d'études.	
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Dans l'introduction, les auteurs citent que l'échantillon de cette étude longitudinale est représentatif d'organisations non gouvernementales. Puis, ils expliquent leur calcul dans le chapitre « conception de l'étude et participation ».	
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>	
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Pour chaque type de questions l'outil de récolte est clairement expliqué. Les auteurs nous donnent des exemples de thématiques abordés pour les sujets plus généraux, ce qui nous permet de mieux interpréter les recherches.	
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Tous les outils sont en lien avec la problématique. Certains d'entre eux ont même été réadapté pour s'identifier au plus près à la population et au contexte.	
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Dans l'ensemble de la lecture de l'article, nous découvrons la procédure de recherche. Par contre, nous devons assembler les différents paragraphes à ce sujet, car les informations ne se trouvent pas toutes dans le même chapitre.	
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Les mesures pour assurer la confidentialité et l'autorisation de l'étude ont été prises.	
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Toutes les réponses sont réunies et analysées à l'aide d'outils certifiés. Ces résultats permettent de répondre au but et hypothèse de la recherche.	
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont expliqués de manières clairs et illustré par différents tableaux.	

<b>Discussion</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel dans cet article.
Interprétation des résultats	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Les auteurs comparent certains résultats obtenus avec ceux d'études antérieures, citées en référence.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les auteurs ont bien spécifié et détaillé les diverses limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Dans ce chapitre, les auteurs présentent les résultats et les comparent avec d'autres études, mais il ne les généralise pas.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Pour ce point, nous avons un paragraphe qui aborde les différentes conséquences sur les actions mises en place par les organisations non-gouvernementales afin de réduire les risques de développement de maladie mentale au cours du déploiement.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		A la suite du paragraphe des conséquences, plusieurs recommandations sont données.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Majoritairement composé de réponse positive dans cette grille, nous déclarons que l'article réunis toutes les caractéristiques pour une analyse critique minutieuse.
Commentaires :				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Ren, Z., Wang, H., & Zhang, W. (2017). Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 31(1), 35-42. <a href="https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097">https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Actuellement dans la province du Sichuan, lieu du séisme, il n'y a que très peu de professionnel en santé mental disponible pour une population importante. De plus, en Chine, les services fournis par les psychologues, conseillers psychologiques et les travailleurs sociaux sont nouveaux. Suite au séisme, ils ont dû mettre en place des professionnels. Ceux-ci étaient mal formés et mal préparés à la collaboration en Chine, car leur formation est plutôt basée sur les hôpitaux, l'institutionnalisation, la biomédecine et en une profession individuelle.
Recension des écrits	Une grande partie des techniques et pratiques d'intervention psychologique en cas de catastrophe, utilisée au Sichuan, a été créée et utilisée auparavant dans les cultures occidentales qui gravitent vers l'individualisme. Cette situation est très différente de celle de nombreuses cultures traditionnelles orientales, comme celles de la Chine rurale, qui sont davantage liées à l'interdépendance interpersonnelle et qui ont leur propre langage, leurs coutumes, leurs croyances et leurs résiliences culturelles communes, notamment les ressources pour faire face aux catastrophes, pertes, maladies et deuils, qui sont sous-estimées et non appréciées. La psychothérapie individualisée populaire dans les régions occidentales a été stigmatisée et traitée comme étrangère dans la région du séisme. Les auteurs ont constaté que la majeure partie de la formation était axée sur la diffusion des connaissances, des attitudes et des comportements d'aide. Cette approche est axée sur court terme et manquait de suivi, supervision et sensibilité à l'égard des travailleurs humanitaires et de leur propre fatigue chronique et troubles émotionnels. Jusqu'à présent, les besoins de formation et les expériences de formation des travailleurs de secours psychologiques à long terme, qui fournissent des services de santé mentale liés aux catastrophes, étaient largement inconnus.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs ont fondé leur recherche sur les principes de la théorie ancrée. Cette approche est une méthode inductive de recherche qualitative qui comprend l'analyse des interactions sociales ou des expériences, et le but de la recherche est de développer à partir de la base. La théorie fondée utilise un processus récursif de collecte de données, de codage des données, d'analyse comparative et d'échantillonage théorique de phrases jusqu'à ce que la saturation théorique soit atteinte.
Question de recherche/buts	Le but de cette étude était de commencer à générer un modèle exploratoire du processus d'éducation en santé mentale en cas de catastrophe associé aux expériences de formation des travailleurs de secours psychologiques actifs pendant le séisme du Sichuan en Chine.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Dans cet article le devis utilisé est qualitatif. Les données sont recueillies suite à des entrevues semi-structurées et la théorie ancrée induit une recherche qualitative.

Population, échantillon et contexte	<p>Population : Des psychiatres, des infirmières en psychiatrie, des conseillers psychologiques et des travailleurs sociaux ont été recrutés. N = 20 participants</p> <p>Contexte : Personnes ayant travaillé dans des situations de catastrophe et formées aux services de santé mentale liés aux catastrophes par diverses organisations (université, hôpitaux, organisations non-gouvernementales, programmes de consultation psychologique). La durée moyenne du travail des participants dans la zone de secours psychologiques en cas de tremblement de terre était de 47.7 mois (12-75 mois) et le nombre d'heures travaillées par semaine était de 31.95 (6 à 60 heures).</p>
Méthode de collecte des données	Les données consistaient en des entrevues semi-structurées avec 20 intervenants en aide psychologique de quatre professions différentes (travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques, psychiatres, psychiatres et conseillers), concernant leurs expériences en matière de formation et leurs idées d'amélioration. Ces entrevues ont été menées en chinois et enregistrées numériquement d'une durée de 60 à 90 minutes. Ceci a permis ensuite de retranscrire mot pour mot les entretiens. Des notes de terrain ont été rédigées à la fin de chaque entrevue pour l'analyse des données futures. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à ce que la saturation théorique soit atteinte.
Déroulement de l'étude	<p>Pour commencer, les auteurs ont utilisé une stratégie d'échantillonnage sélectif visant la variation phénoménologique, puis ont réalisé un échantillonnage théorique. Ensuite, les vingt intervenants ont mené des entretiens semi-structurés enregistrés, en chinois, concernant leurs expériences en matière de formation et leurs idées d'amélioration. Les questions posées étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans quelle mesure votre formation sur le travail dans les zones sinistrées vous a-t-elle bien préparé à fournir des services de santé mentale en cas de catastrophe ? ; Quelles parties de la formation vous ont été utiles ? ; Quelles parties n'avez-vous pas trouvées particulièrement pertinentes ? ; Quels conseils pouvez-vous donner pour guider les futurs formateurs en santé mentale ?</li> </ul> <p>Tous les entretiens ont été retranscrits mot par mot et les notes de terrain ont été prises pour une analyse de données futures.</p> <p>Par la suite, les chercheurs ont analysé toutes les données afin d'en ressortir les résultats de ces entrevues.</p>
Considérations éthiques	Le comité d'éthique du West China Hospital de l'Université du Sichuan a obtenu le consentement verbal et écrit de tous les participants à l'étude.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Les deux premiers auteurs ont effectué un codage qui leur a permis de générer un cadre de codage thématique.</p> <p>Ensuite, le codage axial a été exploré en rassemblant les données d'une nouvelle façon et en comparant constamment les cas, les instances et les circonstances pour identifier les relations entre les différentes catégories de propriétés conceptuelles et de dimensions ; les catégories ont été étudiées en fonction de leurs contextes, conséquences, causes, conditions, covariances et contingents. Pour finir, un codage sélectif a été initié pour intégrer les différentes catégories dans une variable de base afin de construire un modèle. Les trois processus de codage mentionnés ci-dessus étaient récursifs et complets seulement lorsque les chercheurs ont atteint la saturation théorique.</p> <p>Des citations, des notes de terrain et des notes de service concernant chaque sujet ont été intégrées et évaluées pour illustrer les processus et les modèles identifiés dans les catégories et pour formuler des constructions théoriques émergentes. Les notes de service rédigées au début de la recherche, qui ont servi à tenir un registre des idées émergentes liées à la collecte, à l'échantillonnage et à l'analyse des données, ont finalement servi de base d'analyse à l'élaboration du nouveau modèle. La rigueur de l'étude a été maintenue par le biais de vérifications par des membres, les pairs et par des experts.</p>

Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés par catégories de réponses.</p> <p>La première reprenait le rôle du formateur. Les données ont indiqué que le modèle de rôle était un style privilégié et souvent utilisé par les participants. Le moral, les attitudes et les comportements des apprenants dans la formation étaient autant influencés par le comportement et l'attitude de l'enseignant que par ce qu'il ou elle disait. Les participants révèlent que les tendances professionnelles et les attitudes sont ce qui est le plus valorisé et qu'ils peuvent apprendre en imitant simplement leurs professeurs.</p> <p>La seconde catégorie aborde le fait de s'occuper du personnel humanitaire. Les professionnels offrant des services de soutien en santé mental ont souvent fait état d'épuisement professionnel, de fatigue compassionnelle et de traumatismes secondaires entraînant une profonde transformation personnelle. Ils ont également fait part de leur besoin en santé personnel. Il est extrêmement important de prendre soins de ces intervenants dans un contexte de catastrophe. Sans une préparation et un soutien adéquat de ces travailleurs, ce seront les services de santé mental qui souffriront des conséquences. Leurs expériences révèlent un thème commun : les systèmes de formation n'ont pas été conçus pour répondre adéquatement au bien-être des travailleurs humanitaires, et ils manquent de sensibilité à leurs besoins psychologiques.</p> <p>La troisième catégorie comprend la formation axée sur les besoins. Les données suggèrent que cette formation devrait être conçue de manière à tenir compte des éléments locaux et continus du travail de secours en cas de catastrophe. Puis concevoir un cours ou un programme répondant à ces besoins et pour connaître leurs difficultés. L'objectif de la formation future en santé mentale en cas de catastrophe vise à former une personne qui a la capacité pratique d'aider les victimes d'une catastrophe.</p> <p>Le quatrième point présente l'élaboration des stratégies systématisques de formation interprofessionnelle. Les données suggèrent que la formation interpersonnelle doit comprendre la connaissance des rôles et des responsabilités des autres travailleurs humanitaires et améliorer l'efficacité de l'équipe dans les différentes professions pour bien travailler dans des situations complexes. Une telle approche collaborative peut faciliter une compréhension globale de la réalité locale, qu'il s'agisse de combler l'écart entre la théorie et la pratique. Ces stratégies comprennent quatre processus interactifs et progressifs : " régulation de la formation ", " enrichissement de la coopération interprofessionnelle ", " supervision continue " et " autonomisation des pratiques culturellement éclairées ".</p> <p>Ensuite c'est la réglementation de la formation qui est expliquée. Cet élément est utilisé pour maintenir et contrôler la qualité du contenu des programmes de formation, des normes, de l'éthique et du code de conduite à tous les niveaux. Les secouristes ont reconnu que ces courtes formations ne les ont pas suffisamment préparés à réagir aux défis des situations d'urgence, mais qu'elles ont plutôt causé plus de défis et de chaos. Ils affirment qu'ils leur manquaient souvent un suivi, ce qui rendait difficile la mise en pratique de ce qu'ils avaient appris lors de leurs rencontres cliniques. Le fait de changer d'entraîneur apportait une incohérence entre les dires quant aux démarches à suivre et portait les secouristes à confusion dans leur pratique.</p> <p>La caractéristique suivante parle d'enrichir les compétences en matière de coopération interprofessionnelle. La plupart des professionnels de la santé mentale travaillaient en milieu hospitalier et non communautaire. Le fait de se réunir dans les zones sinistrées a incité les professionnels à prendre conscience de l'importance de la coopération interprofessionnelle. En effet, la formation peut aider de nombreux professionnels à passer des soins actifs aux soins communautaires et à collaborer entre eux pour mieux prendre en soin la personne.</p> <p>Joint à ce thème, nous trouvons la supervision continue. Les secouristes ont, presque unanimement, convenu que la supervision est un élément clé dans le domaine des catastrophes en santé mentale. L'objectif de la supervision n'est pas seulement de soutenir et d'aider les secouristes à acquérir</p>
----------------------------	--

	<p>les compétences nécessaires pour devenir un praticien compétent lorsqu'ils travaillent sur le terrain, mais aussi de leur fournir un accompagnement et un soutien affectif.</p> <p>L'avant dernier point est l'autonomisation des pratiques culturellement éclairées. Les secouristes ont révélé que la plupart de la formation qu'ils ont reçue ne correspondait pas à leur milieu. Ils se sentaient confus quant à ce qu'il fallait faire et à la façon de fournir des services de santé mentale en cas de catastrophe ; par conséquent, la plupart du temps, les travailleurs éprouvaient un fort sentiment d'impuissance.</p> <p>Pour finir, l'élaboration du modèle de formation interprofessionnelle communautaire axé sur les personnes s'est faite grâce aux catégories ci-dessus. Ce modèle identifie des domaines pour la formation des travailleurs humanitaires et vise à répondre à l'importance des services de santé mentale centrés sur la personne.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Dans la plupart des pays en développement, les services communautaires de santé mentale liés aux catastrophes ne disposent pas de ressources suffisantes pour prendre en charge les survivants du séisme souffrant de troubles de santé mentale post-traumatiques perceptibles. Cette limitation est principalement due à l'inadéquation de la formation précoce, qui entrave les prestations de soins de santé mentale efficaces et qualifiés. S'occuper des soignants, connaître les besoins des apprenants et des survivants et être conscient de l'importance de la modélisation du rôle des formateurs sont des éléments fondamentaux pour assurer la mise en place de stratégies systématiques de formations interprofessionnelles. Par ailleurs, les travailleurs humanitaires souffrent fréquemment d'épuisement professionnel et de nombreux autres sentiments négatifs, ce qui entraînent généralement une baisse de compétence, des erreurs cliniques, une baisse de motivation et une tendance à abandonner les activités de secours. D'autres chercheurs suggèrent que le fait de fournir aux praticiens une meilleure compréhension de leurs limites personnelles et dans leur rôle de soignant, les aide à être conscients de leur propre bien-être psychologique et à trouver un sens à leur travail, ce qui est nécessaire pour éviter de se sentir menacés et épuisés. Évidemment, sans soin approprié pour les travailleurs humanitaires, nous ne pouvons pas avoir de services de santé mentale liés aux catastrophes, car ces soins, il n'y aura personne pour fournir des services de première ligne.</p> <p>L'esprit de professionnalisme et de travail d'équipe interprofessionnel s'apprend plus particulièrement par l'observation de modèles de rôle. Les fondements de l'éducation en santé mentale liée aux catastrophes doivent enseigner aux travailleurs humanitaires à traiter les personnes traumatisées comme des personnes à part entière et dignes de respect. Cet esprit et cette attitude humanistes sont mieux transmis par un modèle, un enseignant que les apprenants perçoivent comme attentionné et qui comprend et donne du poids aux besoins et aux voix des travailleurs humanitaires. Cette attitude est fondamentale dans tout service humanitaire et mérite d'être prise en compte lors de l'éducation.</p> <p>Pour maintenir l'efficacité et l'expertise des compétences en matière de coopération interprofessionnelle, la formation continue et la supervision sont des éléments clés de la formation interprofessionnelle systématique, qui contribue à faire en sorte que les connaissances se transforment en pratiques grâce à la formation à long terme et à la supervision clinique. Cette approche peut aider les élèves à mieux acquérir des compétences professionnelles, offrir des services plus efficaces et réduire les erreurs cliniques.</p> <p>L'autonomisation exige que les travailleurs humanitaires reconnaissent que tout service de santé mentale, en cas de catastrophe, se concentrera non seulement sur l'utilisation des ressources personnelles des survivants de la catastrophe, comme leur capacité personnelle, mais aussi sur leurs ressources socioculturelles, comme les individus, les réseaux, les agences et les ressources culturelles de soutien communautaire.</p> <p>Les résultats de cette étude indiquent qu'il faudrait accorder plus d'attention aux formateurs parce que le cadre dans lequel les professionnels de la santé mentale participent au travail de secours en cas de catastrophe est complexe et difficile. Il y a peu de données probantes sur la meilleure façon pour les formateurs d'offrir une formation aux apprenants dans les situations de catastrophe en santé mentale. Néanmoins, ce modèle peut aider les</p>

	chercheurs à formuler une hypothèse explicite sur la façon dont la formation peut appuyer l'apprentissage qui peut être étudiée empiriquement. En fin de compte, les auteurs espèrent que leur recherche exploratoire pourra aider à faire progresser les services de santé mentale de manière plus humaines, intégrées et complètes à l'avenir.
Forces et limites	<p>Force :</p> <p>L'information générée par cette étude fournit un modèle exploratoire, qui a évolué dans un contexte rural éloigné et particulier.</p> <p>Limite :</p> <p>Cette recherche n'a pas pour but d'élaborer une théorie exhaustive pour expliquer les points de vue mondiaux sur l'éducation en santé mentale en cas de catastrophe pour les travailleurs humanitaires dans divers contextes. Comme pour toutes les études qualitatives, la transférabilité des résultats est limitée par le petit échantillon, la taille et le caractère unique de l'environnement de la catastrophe naturelle étudié. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on généralisera ce modèle à d'autres milieux de services de santé mentale liés aux catastrophes.</p>
Conséquences et recommandations	Les auteurs recommandent, pour des recherches futures, d'aborder des questions entourant la réglementation de la formation, la supervision clinique, l'autonomisation, la formation intentionnelle et stratégique des travailleurs de secours en santé mentale à l'aide de concepts et de stratégies interprofessionnels, ainsi que les rôles et responsabilités des différentes professions. Au niveau des résultats, nous avons trouvé une suggestion d'un participant qui est : « [...] d'être à l'écoute des besoins des travailleurs de première ligne ».
Commentaires	

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ren, Z., Wang, H., & Zhang, W. (2017). Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 31(1), 35-42. <a href="https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097">https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097</a>				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	Dans le titre nous comprenons tout de suite les concepts. Au contraire, la population concernée est vaguement expliquée. Nous savons qu'il s'agit d'intervenants en aide psychologique, mais n'avons aucune spécificité sur leur rôle.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		X		Dans le résumé de cet article, les auteurs ne fournissent pas d'informations concrètes quant au problème qui les a amenés à créer cet outil, et n'aborde pas le chapitre de la discussion. Ils donnent quelques pistes concernant la méthode utilisée, et le modèle qu'ils ont créé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Les chercheurs citent le problème actuel lié aux services d'aide à la santé mentale, dans une région précise qui est le lieu du séisme. Ils comparent ensuite ce problème aux autres régions de la Chine.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Oui, nous comprenons qu'en Chine les diverses régions ont leur propre méthode liée à la santé mentale, qui ne sont pas forcément bien vu par les autres habitants. Les auteurs abordent ensuite le manque de formation pertinentes pour les professionnels en santé mentale.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			La théorie ancrée est utilisée dans cette méthode et expliqué par les auteurs dans un chapitre.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est directement cité dans la première phrase du résumé de l'article.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Dans les mots-clés, l'introduction, la méthode et lors de la présentation de la théorie le devis est cité.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Lors de la présentation de la théorie choisi pour la création de ce modèle, il est dit qu'elle induit une recherche qualitative. Cette théorie a été choisi dans le but d'analyser les interactions sociales ou des expériences. Avec cela, nous pouvons justifier que les auteurs ont voulu connaître les expériences pour apporter des pistes d'amélioration dans la formation proposée aux professionnels apportant un soutien moral à la population vulnérable.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Nous connaissons le nombre de participants ainsi que leur métier, mais nous n'avons pas plus de précisions.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les auteurs ont décrit leur stratégie d'échantillonnage sélectif et sont arrivés au nombre total de 20 participants.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Les seules informations manquantes sont au niveau du lieu et quand se sont déroulé ces entrevues. Tous les autres items sont abordés dans le chapitre méthode.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Nous connaissons les démarches entreprises avant le début de l'étude, ainsi que la méthode utilisée pour la récolte de données.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le comité d'éthique du West China Hospital de l'Université du Sichuan et le consentement oral/écrit des participants à l'étude ont été obtenus.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			L'analyse des données est expliquée en détail
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			La rigueur de l'étude a été maintenue par le biais de vérifications par des membres, des pairs et des experts.

<b>Présentation des résultats</b>	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sous présenter selon diverses catégories et chacune d'entre elles comprend des verbatim des différents intervenants ayant été interviewé.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les différents thèmes aborder dans ce chapitre représentent de manière pertinente le phénomène.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Selon n'est pas spécifié dans le texte. Mais selon la structure des résultats, nous pensons que les données ont été évaluées par des experts et illustrées par des dires des participants.
<b>Discussion Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?		X		Les résultats présentés concernant l'étude réalisée.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Oui, les auteurs disent qu'il faudra être prudent face à la transférabilité du modèle, dû au petit échantillon, la taille et le caractère unique de l'environnement de la catastrophe naturelle étudié.
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les chercheurs soulèvent une recommandation de recherche future. Nous avons également trouvé une recommandation donnée par un intervenant pour améliorer la formation des futurs secouristes dans un contexte de catastrophes.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La rédaction de cet article est très bien structurée, ce qui permet de comprendre facilement toutes les données. De plus, le nombre de réponses positives recueillies dans cette grille affirme que c'est un article suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse.
Commentaires :					

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.-E., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 52(1), 45–54. <a href="https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8">https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	De nombreux secouristes opèrent actuellement à Lesbos, partageant une mission commune : aider les réfugiés arrivant par mer et offrir des services de recherches, de sauvetages et de premiers secours. Les secouristes sont témoins de scènes terrifiantes de morts, de mourants ou de blessés graves de tous âges, de cris de personnes qui demandent de l'aide et du deuil ou de l'agonie d'individu dont les proches ou les personnes aimées sont en danger. L'exposition répétée à ces expériences stressantes et/ou traumatisantes peut avoir des effets négatifs durables sur la santé (comme la dépression, l'épuisement professionnel ou la consommation d'alcool et de drogues), et peut aussi avoir un impact sur le développement du syndrome de stress post-traumatique.
Recension des écrits	La Grèce est au premier plan de la crise des réfugiés en Europe. Au cours du premier trimestre de 2016, plus de 145 000 réfugiés ont débarqué sur les îles grecques. Néanmoins, plusieurs fois, le voyage est tout aussi horrible et dangereux que ce qu'ils ont laissé : naufrages, noyades, déshydratation, épuisement, famine et blessures graves pouvant entraîner la mort en mer ou à terre. Ce sont des phénomènes courants auxquels sont confrontés les réfugiés et les migrants, ainsi que les secouristes qui aident les personnes en danger et les mettant en sécurité. Bien que certaines études montrent que la majorité des sauveteurs s'adapte bien émotionnellement après l'exposition à des événements potentiellement traumatisques, le syndrome post-traumatique est considéré comme un état mental connu parmi eux. Les secouristes sont exposés à de nombreux facteurs de stress chroniques et traumatisques, ce qui augmentent le risque du syndrome de stress post-traumatique. De plus, ce risque augmente proportionnellement au nombre d'événements traumatisques. Selon la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique est plus élevée chez les sauveteurs que chez la population en général (4%). Une revue systématique récente et une méta-analyse récentes ont montré que la prévalence actuelle globale du syndrome de stress post-traumatique chez différents types de secouristes était de 10%.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre conceptuel ou théorique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez les sauveteurs opérant sur l'île de Lesbos, en Grèce, pendant la crise des réfugiés en Europe. Les objectifs sont de chercher à explorer les différences potentielles entre les diverses catégories de sauveteurs et d'identifier les variables qui pourraient expliquer les possibles fluctuations observées.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude transversale portant sur le devis quantitatif.

Population, échantillon et contexte	<p>Population : Secouristes travaillant sur l'île pendant la durée de l'étude N= 217</p> <p>Contexte : L'étude est menée à Lesbos, en Grèce, du 20 février au 20 avril 2016.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sauveteurs professionnels ou bénévoles opérant à Lesbos pendant la période de l'étude ; Sur place au moins quatre semaines avant l'enquête ; Étant affiliés en tant que membres officiels d'une fondation ou comité grec ou une fondation internationale de sauveteurs ; Offrant des services de recherche et sauvetage aux réfugiés arrivant à terre et/ou des services de premiers secours aux personnes secourues pouvant avoir un besoin urgent (déshydratés, traumatisés), ou assistant les groupes vulnérables (enfants, handicapés physiques)</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre d'autres types de services, tels que la fourniture de nourriture ou de vêtements</li> </ul>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les versions anglaises et grecques du questionnaire ont été fournies afin de s'adresser à tous les secouristes de leur langue maternelle ou de compréhension. Ils ont été testés par les auteurs en composant un petit groupe de dix sauveteurs (5 grecs, 5 internationaux). De cette manière, ils peuvent identifier toute autre particularité culturelle de ce groupe de population, mais aucun changement ou commentaire n'a été rapporté par les participants.</p> <p>Par la suite, un questionnaire a été distribué aux sauveteurs, accompagné par une page de couverture biographie contenant des renseignements démographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age ; Sexe ; Nationalité ; Situation familiale ; Rôle parental ; Niveau de scolarité</li> </ul> <p>Les paramètres de professionnels couverts comprenaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affiliation professionnel / bénévole ; Expérience antérieure en matière de sauvetage lors d'événements émergents ; Période d'opération à Lesbos ; Durée des gardes de travail ; Participation à la collecte des réfugiés et des enfants morts en mer ; Fourniture d'un soutien psychologique.</li> </ul> <p>Des facteurs comportementaux ont également été exploré afin de connaître les habitudes de consommation de tabac et d'alcool. L'outil PCL-C a été choisi afin d'évaluer l'apparition probable du syndrome de stress post-traumatique chez les secouristes participants à l'étude. Cet outil est considéré comme validé et avec de bonnes propriétés psychométriques et facile à administrer. Le PCL-C utilise les critères du DSMIV, il est donc auto déclaré à 17 éléments qui utilise une échelle de Likert à 5 points :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout ; 2. Un peu ; 3. Modérément ; 4. Un peu ; 5. Extrêmement</li> </ol> <p>Les scores vont de 17 à 85 points et les participants avec un score de 50 ou plus sont classés comme ayant un syndrome de stress post-traumatique probable. PCL-C évalue l'ensemble des symptômes du syndrome de stress post-traumatique répartis en 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe B : Intrusion et revivre ; Groupe C : Insensibilisation et évitement ; Groupe D : Hyperexcitation</li> </ul>

Déroulement de l'étude	<p>L'étude reçoit les approbations du conseil d'administration de la deuxième région sanitaire du Pirée et des îles de la mer Egée et par les comités scientifiques de l'équipe de sauvetage grecque. Des lettres d'informations sont envoyées aux cinq fondations. Après avoir reçu leur approbation, les participants sont informés du but de cette étude et signent un formulaire de consentement individuel.</p> <p>Les versions anglaises et grecques du questionnaire ont été envoyé à toutes les fondations étant officiellement présentes à Lesbos, afin de s'adresser à tous les secouristes dans leur langue maternelle ou leur langue de compréhension. Les cinq fondations présentes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OFFAM America ; Boat Refugee Foundation ; Croix-Rouge hellénique ; Équipe de secours grecque ; Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés</li> </ul> <p>Au total, 217 participants ont répondu à l'enquête pour cette étude. Ils ont été regroupés en trois catégories principales d'après leur affiliation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sauveteurs professionnels Grecs (GPR) ; Sauveteurs professionnels internationaux (IPR) ; Sauveteurs bénévoles Grecs et internationales (VR)</li> </ul> <p>Suite au recueil de données, les chercheurs ont dépouillé et analyser les résultats.</p>
Considérations éthiques	L'étude est approuvée par le conseil d'administration de la deuxième région sanitaire du Pirée et des îles de la mer Egée et par les comités scientifiques de l'équipe de sauvetage grecque. Des lettres d'informations ont été envoyées aux cinq fondations. Après avoir reçu leur approbation, les participants ont été informés du but de cette étude et ont signé un formulaire de consentement individuel. Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>L'analyse a été réalisée dans le SPSS 21, alors que tous les tests étaient bilatéraux et réalisés à un niveau de confiance de 95%. La fréquence des différents symptômes du syndrome de stress post-traumatique par catégorie de sauveteurs et la prévalence totale du syndrome de stress post-traumatique probable ont été estimées.</p> <p>Le test de normalisation de Kolmogorov – Smirnov a été effectué pour vérifier la normalité des données. Les tests de Mann Whitney et Kruskal-Wallis ont été utilisés pour explorer toute association entre stress post-traumatique et affiliation profession / bénévole.</p> <p>En ce qui concerne l'outil PCL-C, chaque symptôme a été évalué comme étant spécifique à un évènement (suite d'une opération à Lesbos) et actuel (cours de derniers 21-30 jours). Le résultat est mentionné comme un « syndrome de stress-post-traumatique probable », car l'utilisation d'un outil de dépistage tel que le PCL-C n'indique pas nécessairement une pathologie. De plus, un modèle de régression logistique multivarié a été réalisé pour évaluer le risque du syndrome de stress post-traumatique très probable chez les bénévoles et les professionnels. Le syndrome de stress post-traumatique probable a été utilisé comme variable dépendante dans le modèle de régression, tandis que les variables indépendantes ont été identifiées après avoir testées l'adéquation au modèle. Cela en effectuant une analyse à une variable et une analyse à plusieurs variables (<math>\alpha &lt; 0,05</math>).</p>
Présentation des résultats	<i>Caractéristiques sociodémographiques et certains paramètres par rapport aux conditions de travail :</i>

La majorité des participants sont des hommes ( $N=180$  ; 82%). L'âge moyen est entre 35 et 45 ans selon la catégorie de sauveteurs. 39,6% des GPR, 51,8% des IPR et 61% des VR sont mariés et ont en moyenne deux enfants. La plupart des sauveteurs ont participé à plus de 9 interventions par le passé. Les valeurs les plus élevées concernant la durée de la période d'opération (médiane = 29 jours) sont détenues par les GPR. Ils ont aussi les valeurs les plus élevées en ce qui concerne la durée du temps de travail (médiane=9h) et le nombre de réfugiés décédés recueillis par une intervention de sauvetage (médiane = 12 corps). Ils ont aussi un taux supérieur aux autres de consommateur d'alcool (14,3%) et de fumeur (78%).

*Proportion d'état de stress post-traumatique probable par caractéristiques des participants pour chaque catégorie de sauveteurs :* 37 participants (17,1%) ont signalé des symptômes en adéquation avec un syndrome de stress post-traumatique probable. La proportion moyenne du syndrome de stress post-traumatique probable par catégorie variait considérablement ( $p = 0,02$ ) :

- GPR : 23,1% ; IPR :11,8% ; VR : 14,6%

Les femmes, les participants de plus de 38 ans, les célibataires / divorcés / veufs et ceux n'ayant aucun enfant ou un enfant présentent des proportions significativement plus élevées du syndrome de stress post-traumatique dans toutes les catégories de sauveteurs ( $p <0,05$ ).

Le nombre d'expériences précédentes dans des opérations similaires est un paramètre important pour le syndrome de stress post-traumatique probable. On peut voir chez les IPR que si le nombre  $\leq 4$ , le taux du syndrome de stress post-traumatique probable est de 19,3% alors que s'il est  $>4$ , le taux est de 10,7%. Pour le VR les chiffres se ressemblent avec un taux de 19,8 pour  $\leq 4$  expériences et un taux de 12,3% pour  $>4$ . Contrairement au GPR qui présentent des taux à 25,2% pour  $\leq 4$  et 26,3% pour  $>4$  expériences.

Une période d'opération de plus de 14 jours et la collecte de plus d'un enfant mort par sauvetage ont contribué de manière significative à la hausse des proportions probables du syndrome de stress post-traumatique ( $p = 0,01$ ). La probabilité du syndrome de stress post-traumatique probable dans les catégories GPR et VR sont accrues dû au temps de travail quotidien de plus de 4h et la collecte de plus de six réfugiés morts par sauvetage.

*Fréquence des symptômes du syndrome de stress post-traumatique chez les sauveteurs chez qui un syndrome de stress post-traumatique probable a été diagnostiqué :*

Les pourcentages de symptômes positifs varient significativement entre les catégories de sauveteurs ( $p<0,03$ ). Les pourcentages les plus élevés sont atteints dans les groupes B et D (intrusion et revivre ; hyperexcitation). Dans le groupe B, l'élément le plus élevé est « la détresse psychologique intense liée aux indices » (GPR = 80,9%, IPR = 60%, VR = 83,3%). Et dans le groupe C, les pourcentages les plus élevés sont dans les cas « d'avenir raccourci » (GPR = 57,1%, IPR = 50%, VR = 50%) et « d'évitement des pensées, des sentiments et des conversations » (GPR = 52,4%, IPR = 50,0%, VR = 50,0%). Dans le groupe D, une variation intense est aussi remarquée. L'élément

	<p>le plus important pour les GPR et les IPR était la « réponse aux sursauts exagérée » (61,9 et 60%, respectivement), alors qu'il était le plus faible parmi les VR (0%).</p> <p><i>Interaction entre les variables et leur impact sur le syndrome de stress post-traumatique probable :</i> L'interaction a été testée à l'aide d'un modèle de régression logistique à plusieurs variables.</p> <p><i>Coefficient de régression partielle -&gt; <math>\beta</math>, erreur type -&gt; SE, rapport de côtes -&gt; OR, intervalle de confiance -&gt; IC</i> GPR démontre le risque le plus élevé de diagnostic probable du syndrome de stress post-traumatique (OR 3,4, IC 95% 1,9–4,8). Les femmes ont environ deux fois plus de chances de développer un diagnostic probable du syndrome de stress post-traumatique (IC à 95% : 1,1–3,4). Le risque augmente également proportionnellement à l'âge (OR 3,8, IC 95% 2,5–5,1). Les autres facteurs de risque significatifs sont l'état matrimonial (célibataire / divorcé / veuf OR 3,5, IC 95% : 2,3–4,7) et le nombre d'enfants (<math>\leq 1</math> OR 1,6, IC 95% 10–2,1). Une faible fréquence d'expérience similaire antérieure augmente le risque de diagnostic du syndrome de stress post-traumatique (OR 1,8, IC à 95% de 1,1 à 2,5), et une période de fonctionnement plus longue (OR 2,3, IC à 95% de 1,4 à 3,2), des heures de travail plus longues (OR 3,9, IC à 95% 3,1–4,7), la collecte des réfugiés décédés (OR 3,4, IC 95% : 2,3–4,5) et la collecte des enfants morts (OR 3,2, IC 95% 1,9–4,4) sont également considérées comme des facteurs de risque majeurs.</p> <p>Il est important de mentionner que la grande majorité des participants, tous les groupes confondus, est diagnostiquée avec un syndrome de stress post-traumatique probable (97%, <math>p= 0,02</math>) et a déclaré avoir ressenti le besoin d'un soutien psychologique lors de leurs interventions à Lesbos. Un soutien psychologique (individuel ou en thérapie de groupe) est proposé à la majorité des IPR (95%) dans le contexte de leur fondation (<math>p= 0,03</math>). Au contraire, les GPR n'étaient pas au courant (60%) ou ne se sont pas vus proposer (38%) de tels services par leur fondation (<math>p= 0,03</math>).</p> <p>La prévalence globale probable du syndrome post-traumatique constatée était de 17,1% et allait de 11,8% (IPR) à 23,1% (GPR). Les taux observés étaient supérieurs à la prévalence globale du syndrome post-traumatique chez les secouristes (10%).</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>La présente étude est la première à évaluer la prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez les secouristes opérant dans des zones de haute pression pendant la crise des réfugiés en Europe. La prévalence globale du SSPT observée était de 17,1%. La plus basse était à 11,8% pour l'IPR et la plus haute de 23,1% pour les GPR. Ces taux sont supérieurs à la prévalence globale du SSPT chez les secouristes qui est de 10%. La prévalence élevée de SSPT dans le groupe des GPR est similaire aux résultats d'une autre étude menée auprès d'un groupe de recherche et sauvetage en Turquie.</p> <p>Les sauveteurs présentent donc un risque plus élevé de diagnostic probable de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dû aux conditions de travail éprouvantes (période d'opération plus longue et périodes de travail prolongées ou doublées) et du manque de soutien psychologique continu. Les soins les plus organisés, complets et continus fournis par la fondation étaient reçus par les IPR. Cela rejoint</p>

	<p>les études précédentes qui font remarquer des périodes de fonctionnement plus longues et un manque de services de santé mentale comme des facteurs de risque significativement associés au développement du SSPT.</p> <p>L'âge croissant est corrélé au diagnostic probable plus élevé de SSPT parmi toutes les catégories de secouristes. De même, une revue de littérature a mis en évidence l'augmentation de l'âge comme facteur influençant la prévalence du SSPT chez les sauveteurs. Une forte probabilité de développement de SSPT est présentée dans cette étude, ce qui est en adéquation à un petit nombre d'étude concernant les sauveteurs. Mais de nombreuses études sur les secouristes ne peuvent pas prouver cette relation. Le manque d'association peut être lié au fait que les hommes représentent 85% des participants aux ¾ des études. Les résultats montrent l'importance de faire plus attention aux femmes parties en mission humanitaire et de créer des interventions ciblées afin de diminuer leur fardeau psychologique.</p> <p>Être témoin de réfugiés ou enfants décédés à un grand impact sur le niveau de SSPT probable selon cette étude. La littérature soutient ce résultat disant que les sauveteurs rencontrant des victimes décédées avaient un plus grand risque de SSPT chronique ou aigu. La manipulation des corps d'enfants morts est un événement traumatisant pour les secouristes. Cela provoque des effets psychologiques négatifs et peut amener des réactions de SSPT.</p> <p>Être célibataire ou sans enfants sont considéré comme facteurs de risque significatifs de SSPT dans les résultats. Et la littérature dit que le soutien social de son entourage est un facteur protecteur important dans le développement du SSPT. Plus précisément, le manque de soutien social perçu chez les personnes vivant un traumatisme est un des prédicteurs les plus puissant du SSPT. Mais il existe peu de preuves sur l'effet du soutien familial dans la lutte contre le SSPT. Tout de même, plusieurs études associent le soutien social perçu avec une diminution de symptômes du SSPT, comme dans cette étude.</p> <p>Le manque d'expérience dans les interventions de secours était également associé significativement à un risque élevé de diagnostic probable de SSPT. Cela concorde avec les études précédentes indiquant qu'avoir une formation ou une expérience préalable limitée, amenait une plus grande exposition au risque de SSPT. Les résultats actuels se conforment partiellement à la littérature mais il est important de préciser que les GPR détiennent la fréquence la plus élevée de SSPT probable.</p> <p><i>Prévention du SSPT chez les secouristes</i></p> <p>D'importantes ressources psychologiques et mécanismes de protection offrant une sécurité contre les facteurs de stress potentiels sont acquis par les sauveteurs. Cela est positif pour eux, leur permettant d'avoir un niveau de satisfaction élevé au travail car ils obtiennent la connaissance d'être utile pour aider les autres. La maîtrise du risque post-traumatique peut également être aider par des caractéristiques individuelles (satisfaction au travail, optimisme, robustesse) et des facteurs de protection organisationnels (soutien social, croissance post-traumatique, flexibilité adaptive). Mais il reste important de déterminer si un besoin psychologique est nécessaire. Il faut se centrer sur l'amélioration des performances des secouristes tout en réduisant la vulnérabilité aux traumatismes secondaires et en augmentant la résilience aux facteurs de stress.</p>
--	---

	<p>Changer de poste, ce qui permettrait une plus courte durée de service sur un même site, et une formation à la préparation aux catastrophes pourraient aider à diminuer le SSPT chez les secouristes. Il est nécessaire d'améliorer les stratégies préalables à l'emploi, de cette manière les personnes les plus résilientes pour les interventions de sauvetage seront identifiées. Mais également de mettre en œuvre des mesures préventives complètes et de sensibiliser au SSPT.</p> <p>La mise en œuvre préventives continues, accessible et efficace avant un traumatisme pour le SSPT est important. Il est suggéré d'intégrer les soins en collaboration et la thérapie cognitivo-comportementale dans le contexte du travail. Organiser des campagnes d'information à propos du SSPT est essentielle, spécialement chez GPR afin d'aider les sauveteurs à prendre conscience de cette pathologie et leur permettre d'être plus à l'aide pour en parler et se faire soigner.</p>
Forces et limites	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtenus des taux de réponses élevés par catégorie de sauveteurs ; Relevé des taux de prévalence probables du syndrome de stress post-traumatique fortement corroborés par la littérature ; Permet des comparaisons au sein des groupes sous études ; Entretiens menés par un sociologue spécialisé dans la recherche quantitative ; Efforts déployés afin de ne pas affecter les tâches quotidiennes des sauveteurs.</li> </ul> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas réalisé d'entretiens cliniques mais utilisé un outil validé et utilisé dans le monde entier afin d'identifier un syndrome de stress post-traumatique probable. ; Pas de spécificité optimale, ce qui entraîne la surestimation ; Résultats pourraient ne pas s'appliquer à tous les scénarios de catastrophe car une seule zone géographique est sujette à un événement spécifique.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p>L'étude montre que les sauveteurs ayant travaillé sur l'île de Lesbos au moment de la crise des réfugiés vivent une détresse psychologique importante. Le fardeau du syndrome de stress post-traumatique probable et les facteurs de risque identifiés parmi les secouristes indiquent le besoin urgent d'interventions ciblées. Les résultats devraient aider à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions appropriées ce qui permettra de diminuer le fardeau psychologique. Il faudrait d'autres études afin de traiter les effets à long terme de la crise des réfugiés et de l'épuisement professionnel et explorer les mesures les plus efficaces pour prévenir le syndrome de stress post-traumatique dans cette population.</p> <p>Les auteurs recommandent d'autres études pour faire face aux effets à long terme de la crise des réfugiés sur les travailleurs humanitaires et explorer des mesures efficaces pour prévenir le syndrome de stress post-traumatique.</p>
Commentaires	

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.-E., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 52(1), 45-54. <a href="https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8">https://doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8</a>				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre indique clairement la population cible de l'étude. Il précise également le problème qui tourne autour du syndrome de stress post-traumatique des travailleurs humanitaires.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Chaque titre est mentionné dans le résumé, ce qui permet de bien différencier les parties. Ils commencent par parler du but de la recherche puis ils continuent avec la méthode utiliser. Les derniers points sont alors les résultats et la conclusion. Les points les plus pertinents de chaque thème sont clairement ressortis.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est formulé et des informations complémentaires quant au contexte sont données. Les auteurs mettent en lien les missions humanitaires et les problèmes rencontrées durant celles-ci à Lesbos.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les auteurs utilisent des études antérieures afin d'étoffer la présentation des missions humanitaires à Lesbos. Il parle également de la prévalence et quelques caractéristiques du syndrome de stress post-traumatique.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Dans cet article, nous n'avons malheureusement pas défini de cadre théorique ou conceptuel.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Nous avons le but de l'étude et deux objectifs qui sont formulés.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		C'est à nous, lecteur, d'identifier le devis de l'étude à l'aide de la méthode de récolte de données et leurs analyses.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?		X		La population en soi n'est pas identifiée. Il nous manque des informations quant au sexe, l'âge, personnes à risque/avec antécédents ou non. Ils nous donnent les critères d'insertion qui sont plutôt en lien avec la mission humanitaire.	
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Nous avons uniquement le nombre de l'échantillon au complet, qui est de 217 participants.	
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Tous les sauveteurs ayant opéré à Lesvos pendant la période de l'étude ont été invité à participer.	
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les auteurs expliquent la création du questionnaire. Avant de le mettre en pratique, ils l'ont testé auprès d'autres collaborateurs ayant participer à des missions humanitaires et ont tenu compte de leurs commentaires afin d'améliorer les questions. Le questionnaire est écrit en anglais et en grec.	
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Le questionnaire couvre un grand nombre d'éléments qui peuvent avoir une influence sur la santé mentale des travailleurs. Ceci permet aux chercheurs de répondre à leur but de recherche.	
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Tous les éléments sont présents tout au long du récit. L'absence d'un paragraphe précis fait que nous devons nous-même réunir les informations. Ceci provoque un risque d'oubli ou d'éléments qui passent inaperçu.	
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Differentes étapes ont été mise en place afin d'être dans les normes de l'éthique. Que ce soit auprès des organisations comme des participants.	
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les analyses ont été réalisé à un niveau de confiance de 95%. Ils ont utilisé le test de normalisation de Kolmogorov-Smirnov afin de vérifier la normalité des données. Et le test de Mann Whitney et Kruskal-Wallis est effectué pour explorer toutes les associations entre le stress post-traumatique (SSPT) et la profession. Ils ont évalué chaque symptôme du SSPT comme étant spécifique à un événement avec l'outil PCL-C. Puis un modèle de régression logistique	

					multivarié a été réalisé pour évaluer le risque de SSPT probable chez les volontaires et les professionnels.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés par catégories. Chaque catégorie contient un tableau et un texte explicatif des différents résultats trouvés.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Non, cet article ne contient aucun cadre théorique ou conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			L'article mentionne à plusieurs reprises des revues de littérature dans le chapitre de la discussion.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, un chapitre par rapport aux limites de l'étude est écrit.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Aucun paragraphe aborde le sujet de la généralisation des conclusions. Ils discutent des résultats mais ne commentent rien eux-mêmes.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs abordent la problématique du syndrome de stress post-traumatique avec les facteurs de risques liés ainsi que les besoins d'interventions.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			La proposition d'études futures se portent le fait de faire face aux effets à long terme de la crise des réfugiés sur les travailleurs humanitaires et explorer des mesures efficaces pour prévenir le syndrome de stress post-traumatique.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est bien structuré pour chaque titre. Ils décrivent correctement chaque thème et font ressortir les éléments importants. Mais il y a un manque au niveau des participants, ne n'avons pas assez de détails les concernant, ce qui limite l'analyse au niveau démographique.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., & Olff, M. (2013). Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. <i>Anxiety, Stress &amp; Coping</i> , 26(6), 624-642. <a href="https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021">https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Dans cette étude, les auteurs ont examiné les effets de la préparation, de la formation, du soutien organisationnel et des tâches assignées sur la santé mentale de 506 volontaires de la Croix-Rouge indonésienne ayant vécu un tremblement de terre majeur à Yogyakarta (Indonésie), en 2006.
Recension des écrits	<p>Le nombre de catastrophe a plus que quadruplé en 40 ans. Lors d'une catastrophe majeure, comme le séisme de 2006 à Yogyakarta, une personne est souvent envahie par un sentiment d'impuissance, d'horreur et de peur pour sa sécurité. Ces personnes sont exposées à de multiples facteurs de stress, notamment la perte de parents et d'amis, des cadavres, des biens détruits, des produits chimiques dangereux, des blessures corporelles et la défiguration, autant de facteurs qui accroissent la pression qu'ils subissent. Suite à une catastrophe, la population se voit parfois éloignée de ses proches, y compris les enfants, car elle est installée dans un camp temporaire. Nous trouvons couramment l'effondrement d'infrastructures telles que les lieux de soins, les écoles, les marchés et les agences gouvernementales. Des recherches sur les travailleurs en humanitaire dans le domaine de la santé ont révélé des conséquences psychologiques négatives. Le syndrome de stress post-traumatique est la plainte la plus souvent signalée. Il a été montré que de nombreux facteurs influençaient la santé mentale des secouristes professionnels, comme le niveau de préparation et/ou de formation.</p> <p>À ce jour, le mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge compte environ 2 millions de volontaires affectés aux catastrophes naturelles chaque année. Il existe peu de littérature sur l'impact du travail en cas de catastrophe sur les volontaires de la communauté. Cela soulève une préoccupation majeure pour les programmes qui interviennent dans ces milieux, car souvent les volontaires de la communauté sont les plus nombreux et ils sont susceptibles d'être plus touchés par la catastrophe. Ces volontaires communautaires ont des tâches à réaliser qui diffère de celles des travailleurs humanitaires. C'est-à-dire que les volontaires communautaires vont plutôt s'adapter aux besoins des professionnels, ils ont alors un rôle de ressource. C'est souvent le cas du volontaire qui doit sortir de sa zone de confort pour un environnement peu familier, peu sûr et physiquement éprouvant. L'ensemble de ces circonstances sont plus susceptibles d'entraîner des symptômes de stress ou stress post-traumatique.</p> <p>Il a été démontré que dans les circonstances de menace permanente, les personnes étant en mesure de rétablir un sentiment relatif de sécurité courrent moins de risques de développer un syndrome de stress post-traumatique.</p>

	Un groupe d'experts mondiaux à relever 5 éléments essentiels reposant sur des données probantes sur lesquels baser les efforts d'intervention et de prévention après une catastrophe. Ils sont la promotion d'un sentiment de : sécurité, calme, efficacité personnelle et communautaire, connectivité et espoir.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel dans cet article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Bien que peu de preuves empiriques existent pour justifier l'affirmation, les auteurs pensent que la préparation, la formation et le soutien organisationnel limitent (ou réduisent) le risque d'un volontaire de développer une psychopathologie ultérieure. Une seconde hypothèse est que l'exposition accrue (par exemple : évacuer des corps, moins d'expérience, manque de préparation et de formation, faible soutien organisationnel) seraient liées à un nombre plus élevé de plaintes.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il s'agit ici d'une étude longitudinale qui s'insère dans le devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	Population : Volontaires communautaires de la Croix-Rouge travaillant à Yogyakarta, hommes et femmes Échantillon : 1 <sup>er</sup> point de mesure : 506 participants 2 <sup>ème</sup> point de mesure : environ 425 participants 3 <sup>ème</sup> point de mesure : environ 395 participants Contexte : l'examen de la santé mentale 6, 12 et 18 mois après le séisme (6,3 sur l'échelle de Richter) qui a frappé l'île de Java le 27 mai 2006, dans les provinces de Yogyakarta et de Java central, en se concentrant sur les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et les problèmes de santé subjectifs.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les participants ont rempli un questionnaire qui ciblait les différentes thématiques expliquées ci-dessous. Ce même questionnaire a été testé auprès de 30 volontaires ayant participé à des opérations post-tsunamis. Ensuite, il a été traduit et validés en indonésien par les auteurs des balances, traduits en bahasa indonésien par des psychologues indonésiens bilingues spécialisés dans les traumatismes et retraduit en anglais par une tierce partie pour vérification des traductions avant d'être utilisé dans cette enquête. Les symptômes du stress post-traumatique ont été mesuré à l'aide de l'échelle d'impact des événements révisée (IES-R). Il s'agit d'une mesure d'auto-évaluation conçue pour évaluer la détresse subjective actuelle pour tout événement spécifique de la vie. L'échelle comporte 22 items qui correspondent à 14 des 17 symptômes du syndrome de stress post-traumatique décrit dans le Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux (4 <sup>e</sup> édition, DSM-IV). L'IES-R possède un total allant de 0 à 88 et des moyennes de sous-échelle calculées pour l'intrusion (0 à 32 points), l'évitement (0 à 32 pts) et l'hyperexcitation (0 à 24 pts). Les réponses varient entre 0 et 4 points, les scores les plus bas indiquant les plaintes les plus faibles. Cette échelle n'est pas utilisée pour diagnostiquer le syndrome de stress post-traumatique. Cependant, les scores correspondant à un diagnostic (seuil de 33) sont utilisés dans cette étude. L'anxiété et la dépression ont été mesuré à l'aide de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Cet outil contient 14 éléments divisés en deux sous-échelle mesurant les états d'anxiété (HADS-A) et de dépression (HADS-D). Les éléments sont notés sur une échelle de Likert (1 à 4 points, recodé de 0 à 3) où le résultat maximal est de 28 pour chaque échelle. Pour l'HADS-A et l'HADS-D, les scores de 8 à 10 indiquaient un niveau léger de symptômes, 11 à 15 un niveau modéré et 16 ou plus un niveau grave.

	<p>Les problèmes de santé subjectifs ont été mesurés à l'aide d'un système de cotation de l'inventaire des problèmes de santé (SHC inventory scoring system). Il est composé de 29 questions concernant la gravité et la durée des plaintes subjectives somatiques et psychologiques. Les scores sur le nombre total de problèmes de santé sont classés en 5 facteurs : troubles musculo-squelettiques, pseudo-neurologiques, gastro-intestinaux, allergie et grippe. Ce système utilise une échelle de Likert à 5 points (de 0 à 4), allant de « pas du tout » à « sérieusement ».</p> <p>L'exposition a été mesuré à l'aide de la sous-échelle d'occurrence de l'échelle de gravité de l'exposition traumatique (TESS). Celle-ci a spécifiquement été développé pour évaluer les dimensions de l'exposition à un séisme chez les adultes. Elle comporte 28 éléments répartis en 5 facteurs : perte de ressource, dommage à la maison et aux biens, préjudice personnel, inquiétude pour les proches et exposition au grotesque. Les réponses étaient basées sur « oui » et « non ».</p> <p>Les valeurs organisationnelles ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire spécialement conçu pour cette étude. 5 questions sur la préparation et la formation ont été mesurées sur une échelle de Likert à 4 points allant de positive à négative. Les besoins personnels en matière de soutien, le soutien organisationnel ont été mesuré sur une échelle de 11 points, allant de positifs à négatifs. Puis, le soutien des chefs d'équipe a été mesuré sur une échelle de Likert à 4 points. Pour finir, les tâches effectuées au cours de la mission ont été mesuré avec les réponses « oui » et « non ».</p>
Déroulement de l'étude	<p>Pour cette étude, 506 volontaires communautaires de la Croix-Rouge travaillant à Yogyakarta. L'étude s'est concentrée sur l'examen de leur santé mentale 6, 12 et 18 mois après le séisme, en se concentrant sur les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et les problèmes de santé subjectifs. Guidé par 3 éléments de <i>Hobfoll</i>, le sentiment de sécurité, le calme et la connectivité, les auteurs ont évalué la valeur possible de : l'expérience, la préparation et la formation en tant que mesure du sentiment de sécurité ; l'exposition par exemple à la durée du travail, tâches assignées et perte de ressources telles que la perte de son domicile/accès à la nourriture/eau, difficulté financière comme mesure d'apaisement ; et un soutien organisationnel comme une mesure de connectivité. Les mesures de sécurité mises en place sont : informer les volontaires de la situation sur le site, ce à quoi s'attendre, les tâches qui leurs seraient confiées et le type d'équipement dont ils disposent. Il leur a été demandé qu'ils s'appuient sur la formation antérieure reçue ou de suivre une version rapide de programmes de formation, très complet. Ils ont tous reçu du matériel de sécurité liés à leurs tâches et ont été présenté aux chefs d'équipe. À la fin de leur mission, ils ont été informés de la marche à suivre pour obtenir de l'aide s'ils en avaient besoin.</p> <p>L'élaboration d'un questionnaire évaluant l'anxiété, la dépression, les problèmes de santé subjectifs et le syndrome de stress post-traumatique a été testé par 30 volontaires non liés à Yogyakarta ou Java central. D'après leurs commentaires suite à leurs expériences vécues, le questionnaire fut réadapté pour cette étude (ajouter des questions). Il a été considéré comme réalisable et traduisible au plan culturel. Les données ont été codés pour permettre un suivi individuel et en groupe.</p> <p>Sur les 506 participants, après 12 mois (2<sup>e</sup> point de mesure), le taux de participation a diminuer à 84%. Puis, après 18 mois, le taux était de 78%. À 12 mois, environ 12% des volontaires se rétablissaient.</p>

Considérations éthiques	Les auteurs ne parlent pas de considérations éthiques.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des statistiques descriptives, un modèle linéaire générale sur les mesures répétées et des corrélations, une analyse de régression multivariée ont été utilisé pour répondre aux questions de recherches. Dans l'analyse de régression, l'IES-R, le SHC inventory scoring system et les sous-échelles du HADS ont été utilisés comme variables dépendantes. Le modèle de régression hiérarchique a été divisé en 5 étapes : Données démographiques Exposition à la catastrophe Tâches assignées pendant la mission Préparation et entraînement Variables de soutien L'indice alpha de Cronbach est utilisé pour l'analyse des données. Cet indice varie entre 0 et 1. Plus la valeur de alpha s'approche de 1, plus l'ensemble d'éléments est homogène, c'est-à-dire qu'ils sont semblables.
Présentation des résultats	Environ 50% des participants ont vu leur maison endommagée par le tremblement de terre, 5% ont été physiquement blessés, 5% enterrés sous les décombres pendant un certain temps et 25% ont eu un membre de leur famille sous les décombres. Environ 60% des volontaires communautaires ont déclaré avoir été exposés à des cadavres ou à des parties de corps lors de l'opération de sauvetage et 34% ont été exposés à des appels à l'aide d'individus pris au piège. Près de 28% ont déclaré avoir perdu des amis lors du séisme et environ 3% perdu des membres de leur famille proche. Concernant les niveaux de stress post-traumatique de cet échantillon, ils sont élevés. Et même si les symptômes de stress post-traumatique ont diminué de manière significative au fil du temps, 23% des participants déclare avoir un stress post-traumatique à 18 mois. Voici les résultats selon les 5 étapes du modèle de régression pour le syndrome de stress post-traumatique. En ce qui concerne les données démographiques, l'âge et le sexe n'ont montré aucun effet significatif sur les symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Pour l'exposition, la perte de ressources a eu un effet significatif sur les symptômes. Les tâches de distribution alimentaire à la communauté touchée ont contribué de manière significative aux symptômes. Pour ce qui touche de la préparation et la formation, les préoccupations les plus importantes étaient la sécurité personnelle. Ceux qui ont exprimé le plus grand besoin de soutien à 6 mois, ont ensuite présenté des symptômes élevés à 18 mois. Au total, le modèle a expliqué 26,7% de la variance des symptômes de stress post-traumatique. Pour l'anxiété, il est dit que l'inquiétude augmente fortement en raison du manque d'informations reçues sur la situation et du sentiment que les mesures de sécurité en place n'étaient pas suffisantes au début de la mission. La préoccupation de la qualité du matériel reçu est favorable à l'augmentation de symptômes. Un fort besoin d'appui général au bout de 6 mois et un faible soutien des chefs d'équipe pendant la mission ont entraîné une anxiété accrue. Le fort besoin de soutien et le manque de soutien de la part de l'organisation ont été les principaux contributeurs à la dépression.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>La perte de ressource a été le principal facteur contribuant aux symptômes. Contrairement aux attentes des auteurs, l'évacuation des cadavres n'étaient pas liée aux symptômes, mais celle de fournir des services de soutien psychosocial, de gérer l'administration ou de distribuer de la fourniture alimentaire était fortement liée aux symptômes. Cela peut être dû à la disparité entre les besoins de la communauté et les approvisionnements limités disponibles lors de la phase d'urgence de la catastrophe. Les volontaires ont peut-être été exposés à de la colère, agression, ainsi qu'un manque de reconnaissance qui s'est révélé facteur de vulnérabilité à la dépression.</p> <p>L'analyse de régression n'a pas confirmé que les volontaires les plus expérimentés ou ceux moins entraîné présentaient des symptômes moins graves. Par contre, la préparation en termes d'informations de qualité sur la situation, la qualité des équipements à utiliser et les mesures de sécurité appropriées étaient importants. Pour répondre à leur hypothèse, les auteurs citent que l'organisation est liée à une psychopathologie accrue chez les volontaires.</p> <p>Plusieurs études indiquent que la perte de ressource prédit les symptômes de détresse. Il a également été démontré que les personnes qui disposent de peu de ressources sont les plus touchées lors de la phase d'urgence et continuent d'être plus vulnérables après la catastrophe. Cela peut inciter les organisations humanitaires à rechercher des proches des volontaires et à restituer certaines ressources, en priorité pour améliorer la santé et le bien-être des travailleurs humanitaires. La réunion des membres de la famille et la recherche des parents disparus sont toutes des mesures importantes qui favorisent un sentiment de sécurité et d'apaisement.</p> <p>Même si l'exposition directe peut être difficile à prévenir, les heures de travail peuvent être contrôlées. Les longues heures de garde sont clairement liées à l'anxiété et aux symptômes subjectifs de la santé à 18 mois. Le nombre d'heures de travail par jour devraient être limité à environ 8-10 heures. Même immédiatement après, bien que cela puisse poser un problème, en particulier lors de la phase d'urgence, lorsque le sentiment d'urgence des volontaires les amener à se surmener.</p> <p>Il a été constaté que la fourniture de services de sécurité personnelle aux victimes constituait un facteur de vulnérabilité pour le syndrome de stress post-traumatique. Cela peut être dû à un traumatisme secondaire ou le fait que les travailleurs humanitaires n'avaient pas assez de formation pour cette tâche. Ces résultats peuvent suggérer que les volontaires offrant des soutiens psychologiques pourraient nécessiter d'une forme spécifique d'intervention visant à réduire les symptômes du syndrome de stress post-traumatique et la dépression ou une formation prioritaire afin de mieux faire face à l'exposition à de nombreuses histoires et à des tragédies personnelles. Ce sont tous de bons moyens de promouvoir l'apaisement.</p> <p>Dans cet article, il est expliqué que certaines tâches dans le rôle d'un aidant humanitaire sont moins reconnaissantes que d'autres. Ceci peut amener un risque de dépression et de plaintes subjectives chez les sujets, car leur travail est sous-estimé et non valorisé, malgré le fait qu'il soit essentiel. Les auteurs soulèvent une solution qui est d'alterner les volontaires entre des tâches moins « reconnaissantes » et d'autres plus « enrichissantes ».</p> <p>L'échantillon de cette étude démontre que le fait de se sentir en sécurité est l'une des variables de préparation les plus importantes. L'absence de telles mesures facilitent le syndrome de stress post-traumatique. Investir dans un équipement de protection adéquat (chaussures, gants, casques, masques faciaux de qualité) est susceptible d'améliorer la santé physique et mentale du volontaire.</p> <p>Un bon moyen de promouvoir le sentiment d'appartenance consiste à renforcer le soutien organisationnel. Le besoin de soutien général à six mois a été mesuré, et il a révélé des résultats intéressants - à savoir, ceux qui ont exprimé le plus grand besoin de soutien à 6 mois présentaient les niveaux de symptôme les plus élevés d'ESPT, d'anxiété et de dépression à 18 mois. Cela peut indiquer que la mesure du</p>
---	--

	<p>besoin de soutien à six mois permet de prédire qui peut être vulnérable à des plaintes à long terme. Bien que le soutien de l'organisation soit toujours important, ces résultats révèlent que le manque de soutien au début de la mission pourrait être lié à une augmentation des symptômes d'anxiété, de dépression et de syndrome de stress post-traumatique plus tard. Cela pourrait aussi simplement refléter le fait que ceux qui présentent le plus de symptômes ont le plus grand besoin de soutien au début de la mission et même si le soutien est peut-être bon en général, il peut ne pas être suffisant pour ces personnes-là. Les chefs d'équipe semblent être des unités de soutien importantes au sein de l'opération et ceux qui étaient très insatisfaits du soutien reçu de leur chef d'équipe à 6 mois présentaient davantage de symptômes d'anxiété et de problèmes de santé subjectifs à 18 mois. Pendant les opérations en cas de catastrophe, le leadership d'équipe ne doit pas seulement viser à maintenir l'opération en cours, il doit également maintenir les volontaires en bonne santé et renforcer leur sentiment d'appartenance à une communauté d'auxiliaires, ainsi que leurs liens avec l'organisation. Le soutien organisationnel et celui des chefs d'équipe devrait être renforcé par exemple en fournissant des encouragements, des retours positifs, des aménagements, de bons soins psychosociaux (par exemple, des activités réduisant le stress) et des soins médicaux pour les volontaires, ainsi qu'un suivi approprié des plaintes.</p> <p>Les organisations humanitaires qui renforcent leurs propres ressources, à savoir leurs volontaires, en veillant sur leur santé et leur bien-être, optimisent les efforts de reconstruction et ont un impact positif.</p>
Forces et limites	Rien n'est explicité dans le texte.
Conséquences et recommandations	Les auteurs recommandent diverses recherches supplémentaires comme une détermination plus claire des facteurs contribuant à des symptômes plus dépressifs chez les hommes. Il est également suggéré de réaliser des recherches en lien avec le niveau de formation scolaire et son influence sur les symptômes perçus. Des études complémentaires sont nécessaires afin de déterminer les variables essentielles dans cette situation, relatives au soutien.
Commentaires	

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., & Olff, M. (2013). Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. <i>Anxiety, Stress &amp; Coping</i> , 26(6), 624–642. <a href="https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021">https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	D'après le titre, nous comprenons que l'article parle de la santé mentale chez les volontaires de la communauté ainsi que les facteurs organisationnels influençant. La phrase qui mentionne « le rôle de l'exposition, la préparation, la formation, les tâches assignées et le support » reste peu compréhensive sur la visée du contenu.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé présent explique clairement toutes les parties principales de l'article. Il nous permet également de décider s'il est pertinent pour répondre à notre problématique ou non.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, ils sont tous deux clairement formulé. En ce qui concerne le contexte, nous avons le local, la date complète et même l'heure exacte du séisme. Nous savons qu'à partir de ce moment, la phase d'urgence a alors débuter.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Cette recension des écrits est bien fournie et complétée par de nombreuses études antérieures. D'ailleurs, les auteurs se réfèrent à ces mêmes études tout au long de leur écriture.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Nous n'avons malheureusement aucun cadre théorique ou conceptuel, ni de théorie infirmière dans cet article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Nous avons trouvé deux hypothèses de recherches de la part des auteurs, ainsi que le but de cette étude.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis n'est pas explicité, mais cette étude longitudinale possède les caractéristiques d'une étude quantitative.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Nous savons qu'il s'agit de volontaires communautaires, hommes et femmes confondues, de la Croix-Rouge travaillant à Yogyakarta, en Indonésie. Nous avons également quelques chiffres sur l'âge, leurs états civiles ou encore région d'origine et l'expérience en tant que bénévole.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, nous avons développé les éléments connus dans l'encadré supérieur.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucun élément n'est cité pour donner une justification sur une base statistique.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Nous avons les informations sur leur provenance, l'utilisation et les résultats que l'on pourra obtenir.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui tous les instruments sont en lien avec les variables à évaluer dans cette étude.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Nous avons un manque d'information quant à la sélection des participants, la procédure pour mettre en place cette étude ou encore comment elle a été réalisée.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Nous n'avons aucune information concernant l'éthique dans cet article. Mais étant donné que la population cible travail pour la Croix-Rouge nous pensons que des démarches ont été entreprises, mais oubliées d'être citées.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Un modèle linéaire générale sur les mesures répétées et des corrélations, une analyse de régression multivariée ont été utilisé pour répondre aux questions de recherches. De plus, l'indice alpha de Cronbach est utilisé dans les analyses de données.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Pour la présentation des résultats, les auteurs les ont réunis par thèmes et bien expliqués, ce qui facilite notre compréhension et nous permet de cibler ceux qui nous importent le plus. Nous avons toujours accès à un tableau qui montre le contenu complet des résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Non dû à l'absence de cadre théorique ou conceptuel.

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Plusieurs résultats sont comparés avec des études antérieures, pour mettre en avant les différences ou similitudes.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Les auteurs ne mentionnent pas des limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Nous n'avons aucun élément de la part des auteurs qui répond à ce critère.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		Les auteurs ne citent aucune conséquence de cette étude.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Dans le chapitre discussion, les auteurs ont fait plusieurs recommandations pour des recherches futures, notamment au niveau des besoins en soutien, le niveau de formation des bénévoles ou les facteurs contribuant aux symptômes de dépression chez les hommes.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Cet article était facile à comprendre, les éléments sont bien expliqués. Par contre, il nous manque quelques éléments de réponses afin qu'il soit suffisamment détaillé pour une analyse minutieuse. Cela se remarque par le nombre de réponse « non » ou « peu clair » dans cette grille.
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## **Appendice F**

Tableau récapitulatif des articles

Auteur(s)/titre /année	Objectifs ou QDR	Devis/ Participants	Contexte	Méthode/outils	Intervention/procédure	Résultats	Quel intérêt son sujet de recherche
Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., & Miller, M. / Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness/ 2011	Comparer le taux de prévalence d'une maladie mentale entre les travailleurs humanitaires et la population en général et vérifier si les travailleurs humanitaires ont un risque plus accru	Revue systématique/ La population cible est les travailleurs humanitaires. L'échantillon age des 12 études confondues est de n=1842 personnes. Presque la moitié des sujets se trouvaient dans une seule étude, et seulement 4 études présentaient plus de 100 participants. Dans les études qui identifiaient le genre, le genre masculin occupait deux tiers du nombre total des sujets. La population des études avait plusieurs nationalités.	Travailleur humanitaire qui ont servi pendant ou après une situation d'urgence complexe, en dehors des États-Unis.	Les informations trouvées dans les 17 études analysées pour cet article ont été résumées dans un format normalisé, dont 12 liées aux travailleurs humanitaires et 5 aux organisations qui emploient ces travailleurs. Dans leurs recherches, ils analysent les résultats en lien avec l'exposition aux traumatismes, les prévalences et les facteurs de risques pour la maladie mentale, chez les travailleurs humanitaires.	Les auteurs ont comparé les estimations du syndrome de stress post-traumatique et d'autres maladies mentales liées à un traumatisme avec celle de la population générale. Ils n'existent pas d'estimations internationales des maladies mentales, donc ils ont utilisé les estimations relatives aux travailleurs humanitaires et les estimations de la prévalence au cours de la vie d'un adulte des États-Unis et d'Europe Occidentale pour les comparer.	Trois thèmes principaux ressortent de cet article, premièrement, la nature et les circonstances du travail humanitaire demandent une préparation des travailleurs aux traumatismes et au stress sur le terrain à l'aide de soutien psychologique pendant le service. Deuxièmement, la recherche sur les travailleurs humanitaires devrait se pencher plus largement sur la santé mentale et les résultats liés aux traumatismes. Et troisièmement, il y a un besoin de consensus sur la méthodologie et les mesures utilisées pour évaluer le syndrome de stress post-traumatique et autres maladies mentales liées à un traumatisme.	Cet article nous permet de prendre connaissances des taux de prévalences du syndrome de stress post-traumatique et les traumas lors des missions. Il nous donne donc une raison de nous impliquer à en découvrir davantage et nous donne en même temps quelques pistes d'actions.

<p>Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., &amp; Olff, M. / Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support/2012</p>	<p>Examiner les effets de la préparation, de la formation, du soutien organisationnel et des tâches assignées sur la santé mentale de 506 volontaires de la Croix-Rouge indonésienne ayant vécu un tremblement de terre majeur à Yogyakarta (Indonésie), en 2006.</p>	<p>Quantitatif, 506 volontaires de la Croix-Rouge indonésienne</p>	<p>Tremblement de terre majeur à Yogyakarta (Indonésie), en 2006</p>	<p>Les participants ont rempli un questionnaire. Différentes échelles utilisées : l'échelle d'impact des événements révisée (IES-R) pour mesurer les symptômes du stress post-traumatique ; l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour mesurer l'anxiété (HADS-A) et la dépression (HADS-D) ; problèmes de santé subjectifs ont été mesuré l'aide d'un système de cotation de l'inventaire des problèmes de santé (SHC inventory scoring system) ; l'exposition a été mesuré à l'aide de la sous-échelle d'occurrence de l'échelle de gravité de l'exposition traumatique (TESS).</p>	<p>L'étude s'est concentrée sur l'état de santé des volontaires 6, 12 et 18 mois après le séisme, à l'aide d'un questionnaire. Guidé par 3 éléments de Hobfoll, le sentiment de sécurité, le calme et la connectivité, les auteurs ont évalué la valeur possible de : l'expérience, la préparation et la formation en tant que mesure du sentiment de sécurité ; l'exposition par exemple à la durée du travail, tâches assignées et perte de ressources telles que la perte de son domicile/accès à la nourriture/eau, difficulté financière comme mesure d'apaisement ; et un soutien organisationnel comme une mesure de connectivité. À la fin de leur mission, ils ont été informés de la marche à suivre pour obtenir de l'aide s'ils en avaient besoin.</p>	<p>Les auteurs expliquent les divers facteurs à risque du développement de symptômes pour le stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression. Ils remettent en question le soutien donné par les organisations et chefs d'équipe. Pour finir, les auteurs donnent des pistes d'actions pour que les organisations préparent au mieux leur volontaire.</p>	<p>Cet article nous permet de comprendre les facteurs qui influencent négativement la santé mentale des travailleurs humanitaires. Les recommandations données sont utiles pour répondre à la deuxième partie de notre question PICO.</p>
--	---	--	--	--	--	---	---

Chatzea, V.-E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G./ Chatzea, V.-E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G./2018	Quels facteurs contribuent aux niveaux élevés du syndrome de stress post-traumatique ? Quel est le fardeau de l'épuisement perçu et du bien-être des secouristes pendant la crise des réfugiés ? Quels sont les prédicteurs du syndrome de stress post-traumatique autoévalués, de l'épuisement perçu et du bien-être ?	C'est une étude transversale, mixte. 217 travailleurs humanitaires	Cette étude se déroule à Lesvos, en Grèce. Elle a duré du 20 février au 20 avril 2016.	Les paramètres d'intérêt (auto-évaluation du syndrome stress post-traumatique, épuisement et bien-être perçu) ont été évalué à l'aide de trois questionnaires d'auto-évaluation validés en grec et en anglais, en fonction du site d'affiliation des sauveteurs. Le syndrome du stress post-traumatique autoévalué a été mesuré à l'aide de la liste de contrôle du syndrome de stress post-traumatique version PCL-C (PTSD Checklist-Civilian Version). Le niveau d'épuisement perçu a été évalué à l'aide de l'inventaire de Maslach Burnout Inventory (MBI) qui détermine le risque d'épuisement en explorant 3 composantes (épuisement, dépersonnalisation, réussite personnelle). Le bien-être a été mesuré à l'aide de l'indice de bien-être de l'OMS : Well-being Index (WBI-5). Il mesure 5 éléments formulés de façon positive, liés à l'humeur positive (bonne humeur, détente), à la vitalité (être actif et se réveiller frais et reposé), et aux intérêts généraux (s'intéresser aux choses). En complément, ils ont utilisé une feuille de couverture biographique pour recueillir des renseignements sur leur profil démographique et professionnel et sur d'autres facteurs de risque potentiels.	Une fois toutes les autorisations reçues, des lettres d'informations concernant l'étude ont envoyé à toutes les fondations participants la période d'opération à Lesvos. Chaque participant a signé un formulaire de consentement avant le début de l'étude. Au total, 217 travailleurs humanitaires ont répondu aux différentes questions de recherches à l'aide de questionnaires. Ceux-ci étaient rempli après les gardes de travail et suite à une réunion dans leur bureau. Les auteurs ont utilisé trois modèles de régression logistique multi variables afin d'évaluer le risque du syndrome de stress post-traumatique autoévalué par les participants, l'épuisement professionnel et le bien-être perçu.	La prévalence du syndrome du stress post-traumatique autoévalué présentée était de 17,1%. Dans l'ensemble, 57% des secouristes présentaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel, alors que 18,9% présentaient des niveaux élevés de dépersonnalisation et 9,3% ont obtenu d'excellents résultats de réussites personnelles. Le score du bien-être perçu s'élève à 39,4 et 72,8% des sauveteurs se sont autoévalué avec un niveau faible de bien-être perçu.	Cet article nous informe sur la prévalence du syndrome de stress post-traumatique. Les facteurs qui favorisent le développement de ce syndrome sont décrits, ce qui nous permet de répondre à la première partie de notre problématique et d'approfondir nos connaissances quant au sujet.
Lopes Cardozo, B., Gotway	L'objectif était d'établir	Mixte/ Les participants à	La surexposition des travailleurs	Les chercheurs ont sélectionné des facteurs de stress	Les organisations non-gouvernementales	Ils ont séparé les résultats d'après les différents temps :	Cette étude nous permet de voir les prévalences des

<p>Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olaf, M., Rijnen, B., Simon, W./ Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study/2012</p>	<p>des associations prédictives entre les facteurs de stress personnels, organisationnels et liés au travail, ainsi que les résultats négatifs pour la santé mentale, l'épuisement professionnel et la satisfaction de la vie. L'objectif secondaire était d'identifier la prévalence de l'anxiété, de la dépression et de l'épuisement professionnel dans cet échantillon.</p>	<p>l'étude de 19 organisations non-gouvernementales internationales dispensant des soins en situation d'urgence, soumis à de nombreux facteurs de stress chroniques et traumatisques avec un échantillon minimal de 250 personnes.</p>	<p>humanitaires à la violence, au terrorisme et aux attaques directes</p>	<p>identifiables au cours du déploiement pour prédire des résultats négatifs pour la santé mentale et examiné l'influence des variables modératrices identifiables. Ils ont utilisé un questionnaire. Cette étude comprenait des intervalles de mesure réguliers : Temps 1 qui est avant le déploiement, Temps 2 qui est après le déploiement et Temps 3 qui se trouve entre 3 et 6 mois après le déploiement</p>	<p>(ONG) ont été recrutées à partir d'une liste d'agences répondant aux critères d'inclusion, en partie sur la base de l'archive Relief Web. 19 agences ont participé à l'étude. Par la suite, le coordinateur a envoyé à chaque personne de contact de l'agence le nombre exact de questionnaires à remplir, proportionnellement à la taille de l'ONG. Le processus d'inscription comprenait une introduction orale par la personne de référence, entre décembre 2005 et décembre 2009. Chaque responsable a gardé le contact des participants afin de lui envoyer les évaluations restantes aux périodes 2 et</p>	<p>Au pré-déploiement, au moment du déploiement et à la suite du déploiement direct ou 3 à 6 mois plus tard. Grâce à cela, ils ont pu voir les changements chez la population cible en comparant les taux de risque des maladies mentales dans les trois temps différents.</p>	<p>risques de maladies mentales pour la population cible de l'étude. Le contexte de l'étude étant très rapproché du notre, cela nous donne une idée sur les risques de développement du syndrome de stress-post-traumatique pour les infirmiers partis en travail humanitaire.</p>
<p>Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.-E., Vlachaki, S.-A., Melidoniotis, E., &amp; Pistolla, G. /Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress</p>	<p>Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence du SSPT chez les sauveteurs opérant sur l'île de</p>	<p>Quantitatif/Cinq fondations font officiellement partie des organisations à Lesbos. Mais 217 participants au total ont été</p>	<p>L'étude est menée à Lesbos, en Grèce, du 20 février au 20 avril 2016.</p>	<p>La liste de contrôle pour le syndrome post-traumatique – Version civile (PCL-C) afin d'évaluer le développement d'un état de stress post-traumatique probable chez les sauveteurs sélectionnés. Il utilise les critères du DSM-IV. C'est un outils auto déclaré de 17 éléments utilisant une</p>	<p>Une fois les approbations reçues, les participants sont informés et signent un formulaire de consentement. Ils utilisent donc par après la PCL-C afin d'évaluer le développement d'un état de SPT probable.</p>	<p>4 thèmes principaux sont ressortis afin de prendre en compte toutes les données qui peuvent interagir avec le développement d'un SPT probable : Caractéristique sociodémographique et certains paramètres par rapport aux conditions de travail, Proportion d'état de</p>	<p>Cela nous montre une grande partie des caractéristiques entraînant des risques à un développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Il nous donne aussi des pistes d'actions nous permettant de savoir</p>

disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis/2017	Lesbos, en Grèce, pendant la crise des réfugiés en Europe.	inscrit à l'étude.		<p>échelle de likert à 5 points. Les scores vont de 17 à 85 et les participants avec un score de 50 ou plus sont classés comme ayant un SPT probable. PCLC-C évalue le domaine complet des symptômes du SPT classé en 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Groupe B : Intrusif et revivant</li> <li>Groupe C : Engourdissement et évitement</li> <li>Groupe D : Hyperexcitation</li> </ul>	<p>L'autorisation a été obtenus uniquement à des fins de recherche. Les versions anglaise et grecque du questionnaire ont été fournies, afin de s'adresser à tous les secouristes dans leur langue maternelle ou leur langue de compréhension.</p>	<p>stress post-traumatique probable par caractéristiques des participants pour chaque catégorie de sauveteurs, Fréquence des symptômes de SPT chez les sauveteurs chez qui un diagnostic probable de PST probable a été diagnostiqué et Interaction entre les variables et leur impact sur le SPT probable.</p>	sur quel facteur il est possible d'avoir un impact.
Ren, Z., Wang, H., & Zhang, W. /Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers/2017	Le but de cette étude était de commencer à générer un modèle exploratoire du processus d'éducation en santé mentale en cas de catastrophe associé aux expériences de formation des travailleurs de secours psychologiques actifs pendant le séisme du Sichuan en Chine.	Qualitatif. 20 participants.		<p>Personne ayant travaillé dans des situations de catastrophe et formées aux services de santé mentale liés aux catastrophes par diverses organisations (université, hôpitaux, organisations non-gouvernementales, programmes de consultation psychologique). La durée moyenne du travail des participants dans la zone de secours psychologiques en cas de tremblement de terre était de 47.7 mois (12-75 mois) et le nombre d'heures travaillées par semaine était de 31.95 (6 à 60 heures).</p>	<p>Entrevues semi-structurées d'une durée de 60 à 90 minutes afin de recueillir les données concernant leur formation et idées d'amélioration. Ensuite, la retranscription mot à mot des entrevues, les notes de terrains ont permis une analyse des résultats</p>	<p>Pour commencer les auteurs ont réalisé une stratégie d'échantillonnage sélectif et une fois les intervenants recrutés, ils ont réalisé les entrevues semi-structurées.</p>	<p>Cet article nous informe qu'un modèle exploratoire du processus d'éducation en santé mentale en cas de catastrophe associé aux expériences de formation des travailleurs de secours psychologiques actifs pendant le séisme du Sichuan en Chine, a été élaboré. C'est un outil intéressant pour la population cible de notre problématique, car il pourrait être utilisé afin de former un groupe de professionnel qui sera ensuite mis à disposition pour tous travailleurs en mission humanitaire et ainsi réduire le risque de développer une maladie mentale.</p>