

***Identification des déterminants du syndrome de stress
post-traumatique et quelques interventions pour diminuer
le risque de son développement chez les infirmières au
retour de mission humanitaire***



Tiré de : <http://httpdupuyblogspotcom.unblog.fr/2013/10/14/medecins-et-infirmieres-pendant-la-guerre-14-18-suite-4/>

Travail de Bachelor

Sophie CHATELAIN

N° matricule 09313149

Morgane PASTORE

N° matricule 07302946

Directrice:

**Véronique Addor
Professeure HES (HEdS)**

Membre du jury externe :

**Gilles Hourton
Infirmier Responsable d'Unité
HUG, Service de médecine de premier recours**

Genève, 25 juin 2014

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation infirmiers à la Haute école de santé – Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 25 juin 2014

Sophie Chatelain, Morgane Pastore

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont apporté leur aide et soutien et qui ont contribué ainsi à la réalisation de ce travail de Bachelor :

- Véronique Addor ; notre Directrice de mémoire et Professeure à la Haute école de santé de Genève, pour ses encouragements et qui a su nous guider et nous conseiller tout au long de l'élaboration de ce travail ;
- Gilles Hourton ; Infirmier responsable d'unités, qui a gentiment accepté de faire partie du jury pour la soutenance de notre mémoire ;
- Les bibliothécaires du centre de documentation de la Haute école de santé de Genève qui nous ont aidées pour la recherche de nos articles ;
- La bibliothécaire du CICR qui nous a aidées pour la recherche d'ouvrages sur notre sujet ;
- Nos pères respectifs pour la relecture finale et les corrections de notre travail ;
- Toutes nos amies, pour leur compréhension et leurs encouragements, en particulier Leila Coelho et Camille Thentz qui nous ont soutenues tout au long de l'élaboration de ce travail ;
- Nos familles, pour avoir supporté notre stress et qui ont su nous écouter lors des moments de doutes.

Abbréviations

CAPS-1	Clinician administrated PTSD scale 1
CI	Confidence Interval/Intervalle de confiance
CIM-10	Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, 10 ^{ème} révision
CICR	Comité International de la Croix-Rouge
CINAHL	Cummulative index to nursing and allied health litterature
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders/Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent/Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OR	Odds Ratio
PTSD	Posttraumatic stress disorder/Syndrome de stress post-traumatique

Note

Le terme « infirmière » est à comprendre également au masculin.

Table des matières

Remerciements	3
Abréviations	4
Résumé.....	7
1. Introduction.....	8
1. a. Contexte.....	8
1. b. Motivations personnelles et professionnelles	13
1. c. Problématique.....	15
1. d. Question de recherche	16
2. Objectifs du travail	16
3. Méthodologie	17
3. a. Stratégie de recherche d'articles	17
4. Cadre théorique.....	19
4. a. Quelques définitions	19
4. a.1. Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)	19
4. a.2. Mission humanitaire.....	21
4. a.3. Catastrophe	22
4. a.4. Résilience	23
4. a.5. Débriefing	24
4. b. Cadre conceptuel	27
4. c. Ancrage théorique : le modèle de l'adaptation de Callista Roy.....	27
5. Résultats	30
5. a. Déterminants	30
5. a.1 Critères démographiques	30
5. a.2 Expérience antérieure d'événements traumatiques.....	32
5. a.3 Nature de l'événement traumatique	32
5. a.4 Sévérité de l'exposition	33
5. a.5 Motivation	34
5. a.6 Manque de ressources	34
5. a.7 Communication	35
5. a.8 Coping.....	36
5. a.9 Facteurs protecteurs.....	37
5. a.10 Conséquences.....	37
5. b. Interventions.....	39
5. b.1 Préparation.....	39
5. b.2 Débriefing psychologique.....	40
6. Analyse	41
6. a. Recommandations de la littérature scientifique	48

6. b. <i>Recommandations de notre part</i>	49
6. c. <i>Recommandations aux organisations humanitaires, aux chercheurs et aux infirmières</i>	50
6. d. <i>Lien avec le modèle de l'adaptation de Callista Roy</i>	51
7. Conclusion	53
7. a. <i>Forces du travail</i>	53
7. b. <i>Faiblesses du travail</i>	54
8. Bibliographie.....	56
9. Annexes	60
<i>Annexe I : Le Code de conduite de l'action humanitaire</i>	60
<i>Annexe II : Principes fondamentaux de la Croix-Rouge</i>	61
<i>Annexe III : Schémas de la méthodologie de recherches d'articles</i>	62
<i>Annexe IV : Tableau récapitulatif des articles de recherche</i>	67
<i>Annexe V : Catégories des réactions par Michel Berclaz</i>	70
<i>Annexe VI : Critères diagnostiques du PTSD</i>	71
<i>Annexe VII : Débriefing</i>	73
<i>Annexe VIII : Resilience Concept Mapping</i>	75
<i>Annexe IX : Débriefing selon le CICR</i>	76

Résumé

De nos jours, le domaine de l'humanitaire est confronté à de nouveaux types de conflits et à des catastrophes plus importantes en intensité, en durée et en fréquence. Les infirmières partant en mission humanitaire doivent faire face à de nouveaux défis et à des situations souvent complexes et stressantes qui peuvent engendrer le développement d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD).

Les objectifs de ce travail sont d'identifier les déterminants influençant le développement d'un PTSD chez les infirmières au retour de mission humanitaire puis de déterminer quelles en sont les conséquences. Des interventions visant à faciliter l'adaptation des infirmières sont décrites et des recommandations proposées, basées sur une revue de la littérature scientifique.

Un cadre conceptuel est proposé afin de déterminer les liens entre les différents déterminants du PTSD dans le cadre humanitaire.

Nos recherches ont permis d'identifier le sexe féminin, les antécédents d'événements traumatiques ainsi que la sévérité de l'exposition comme des facteurs de risque majeurs. Une consommation augmentée de tabac et alcool a été observée comme une conséquence des événements vécus sur le terrain. La préparation avant de partir en mission et une communication interne efficace ont été identifiés comme des facteurs protecteurs réduisant l'apparition d'un PTSD.

Les données récoltées par cette revue de la littérature ont permis de mettre en évidence plusieurs déterminants jouant un rôle dans le risque de développer un PTSD. Cependant, les différences méthodologiques entre les recherches scientifiques et la complexité des maladies psychiatriques nous obligent à émettre des réserves quant au lien de causalité entre les facteurs de risque identifiés et le développement ou non d'un PTSD dans un cadre humanitaire.

Mots clés

Nurs*, humanitarian, posttraumatic stress disorder, rescue worker(s), armed conflict(s), anxiety, stress, natural disaster(s), adaptation, aid worker(s), health worker(s), intervention(s), debriefing.

1. Introduction

Ce travail vise à identifier les déterminants du développement d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) chez les infirmières de retour de mission humanitaire grâce à une revue de la littérature scientifique. Nous présenterons également des exemples d'interventions recommandées lors de retour de mission humanitaire qui permettent d'encadrer les infirmières ayant vécu des expériences traumatiques durant l'exercice de leur mission, espérant ainsi prévenir l'apparition d'un PTSD ou réduire son impact.

1. a. Contexte

Aussi loin que l'on puisse les définir dans un contexte historique, les fondements de l'action humanitaire remontent à la Grèce antique (V^{ème} siècle avant J.-C.). Malgré des guerres sans merci durant lesquelles des populations s'affrontaient dans la seule quête du pouvoir, le vainqueur de la bataille se devait de respecter certaines « limites dans la manière de traiter les captifs du camp adverse (Cahill, 2006, p.18). On retrouve ainsi une première ébauche de principes humanitaires, ne s'appliquant toutefois qu'à l'état grec et à sa population.

La notion d'humanitarisme peine à se développer au Moyen-Age, partagée entre d'une part une tradition chrétienne de « compassion et de charité pour lutter contre des pouvoirs établis » et ainsi prendre la défense des défavorisés, et d'autre part L'Eglise pour qui « ces notions ne valaient que pour les fidèles qui suivaient le bon chemin » comme en témoignent les croisades religieuses et les guerres de religion meurtrières et impitoyables orchestrées par l'Eglise. (Cahill, 2006, p.19).

C'est dans la période du XVII^{ème} au XIX^{ème} siècle que l'Europe se met à envisager l'homme en tant qu'individu, laissant apparaître alors la notion d' « humanisme ». « C'est incontestablement ce développement philosophique de la notion d'individu qui donne naissance à l'exigence d'égalité de traitement pour tous, hommes et femmes. » (Cahill, 2006, pp.20-21) Les notions de respect et de non-discrimination prennent alors de l'ampleur sans pour autant prendre en considération le statut social de la personne.

Le concept d'«humanité» est apparu au cours du XVII^e siècle, particulièrement grâce au mouvement révolutionnaire émergeant en Europe à cette époque qui envisage l'homme en tant qu'individu. Cette notion fait apparaître une exigence d'égalité commune aux hommes comme aux femmes. Ainsi, « toute personne, indépendamment de son statut social, a droit au respect sans discrimination » (Cahill, 2006, p.21).

C'est en 1859, lors de la bataille de Solferino (guerre d'unification italienne) que naît réellement le concept moderne d'assistance humanitaire grâce à Henri Dunant, fondateur du Comité International de la Croix-Rouge. Henri Dunant dicte alors les principes de l'action humanitaire dont les idées fondamentales sont l'universalité, la neutralité, l'humanité et

l'impartialité. Il crée aussi un cadre législatif qui deviendra ensuite le Droit International Humanitaire, dont découlera la signature de la Convention de Genève par les Etats et définissant un espace légal et une prise en charge ayant pour but de protéger les soldats hors combat et de les considérer comme des individus égaux.

C'est au XXe siècle, lors de la Première Guerre mondiale, que la Croix-Rouge met en action ses principes. «Le CICR passe alors du statut d'autorité juridique et morale à celui d'organisation opérationnelle, centrant ses activités sur les prisonniers de guerre, les rapatriements et la recherche de disparus» (Cahill, 2006, p.23).

Durant la Seconde Guerre mondiale, la Croix-Rouge doit faire face à un autre défi : celui de la manipulation de l'aide humanitaire par les régimes totalitaires (bolchévisme, nazisme) qui utilisent cette dernière dans leur propre intérêt. Le droit international n'est de plus pas reconnu par ces régimes à cette époque. Dès lors, le CICR reconsidère la question humanitaire comme lors de la Première Guerre mondiale et décide d'axer son action uniquement sur les prisonniers de guerre et non sur les civils (Cahill, 2006, p.23).

Suite aux désastres humains de la Première Guerre et plus particulièrement de la Seconde Guerre mondiale, un sentiment de remords à travers le monde se fait sentir. De nombreuses associations voient le jour afin d'aider les populations européennes et ainsi éviter que de tels conflits se reproduisent. C'est aussi à cette époque que les Conventions de Genève sont revues et qu'une quatrième convention sur la protection des civils est adoptée avec, en 1951, une convention pour les réfugiés.

«C'est une période grisante pour l'humanitaire, où la société et l'opinion publique ne demandent qu'à corriger les graves erreurs de la Seconde Guerre mondiale» (Cahill, 2006, p.25).

Lors de la Guerre Froide entre l'Est et l'Ouest, l'action humanitaire se voit freinée en raison des limites imposées par de nouveaux conflits indépendantistes (mouvements de libération : Organisation de libération de la Palestine, Unita en Angola, FSLN (Front sandiniste de libération nationale) au Nicaragua, Renamo au Mozambique). Face au nombre grandissant de ces mouvements et de ces partis indépendantistes, le CICR se retrouve face à de nouveaux défis et décide alors d'étendre le champ d'application des principes humanitaires. En effet, la nécessité de devoir communiquer avec tous ces partis émerge, afin de faire connaître et respecter les principes humanitaires et d'avoir ainsi accès aux victimes de ces conflits. C'est aussi à cette période que se créent les mouvements «sans frontières» qui proposeront alors d'autres réponses à ces problèmes. Médecins sans frontières (MSF) voit le jour en 1968. Ainsi détaché des problématiques juridiques et diplomatiques, ce nouveau genre d'organisation humanitaire tente d'agir hors conflits armés. D'autres organisations non gouvernementales (ONG) se développent et leurs actions s'étendent à d'autres

problématiques tels que les désastres naturels, de plus en plus fréquents et d'une ampleur plus importante en raison du réchauffement climatique. Selon la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC), les changements climatiques font partie des principaux problèmes du XXI^{ème} siècle. En effet, la fréquence et l'intensité des catastrophes naturelles sont plus importantes, telles que des sécheresses plus longues ou des inondations plus intenses. Non seulement ces catastrophes peuvent être destructrices (tremblements de terre, tsunamis), mais, par exemple, la sécheresse aura un impact sur la quantité des récoltes, le rendement alimentaire et l'accès à la nourriture. Par conséquent, ce sont les régions pauvres du monde, qui, ne possédant pas les moyens nécessaires pour lutter contre les catastrophes naturelles, vont subir les conséquences de ce réchauffement climatique. De plus, les populations vulnérables de ces régions dépendent le plus souvent de secteurs d'activité en lien direct avec le climat (agriculture, bétail, habitat, hygiène, santé).

Après la Guerre Froide, le travail humanitaire est mis en difficulté par l'augmentation et la complexification des conflits internationaux et régionaux. «La nature anarchique et chaotique de ces conflits les rend extrêmement dangereux et complique énormément le travail humanitaire» (Cahill, 2006, p.28). Dans des circonstances où la gouvernance est insuffisante dans les pays en conflits, le CICR et les organisations gouvernementales et les ONG, ainsi que les agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU) se déploient pour apporter une aide d'urgence à grande échelle parfois prolongée en complément ou en substitution des actions d'un gouvernement.

L'entrée des Etats sur la scène humanitaire dans les années 1990 va aggraver cette situation de conflits locaux et engendrer une politisation de l'aide humanitaire. En effet, le concept de «maintien de la paix» apparaît sans être pour autant clair sur ses objectifs militaires ou politiques. «Ces interventions sont l'expression tangible du « droit à l'ingérence ». Elles sont généralement mal reçues par les parties concernées, qui y voient le risque d'une nouvelle forme de domination légale du Nord sur le Sud et donc des riches sur les pauvres (...), ces prétendues interventions «humanitaires» n'étant pas dénuées d'arrière-pensées politiques, sont en conséquence sélectives» (Cahill, 2006, p.29). « Les politiques d'aide humanitaire sont prédéterminées par les objectifs de politique étrangère des gouvernements de la coalition occidentale, plutôt que sur la base des besoins des populations et des principes de l'aide humanitaire » (Olson, 2006, Lischer, 2007).

L'espace humanitaire est donc contraint de se soumettre à ce système de politisation et de militarisation de l'aide. L'acteur humanitaire en situation de conflit tend toujours à vouloir s'isoler du militaire et de l'Etat politique. (Harmer, 2008).

Ainsi, une confusion entre les opérations humanitaires et militaires apparaît. Pourtant, une

différence prononcée du principe de neutralité entre les interventions humanitaires et militaires existe, celles-ci n'ayant pas les mêmes objectifs d'action dans leurs déploiements. «Le principe de neutralité ne peut être mis en œuvre que par des organisations humanitaires indépendantes, pas par des soldats» (Cahill, 2006, p.30).

Le début du XXI^e siècle, avec les attentats du 11 septembre 2001, engendre de nouvelles complications pour les relations internationales et de ce fait pour le Droit International Humanitaire. La «guerre contre le terrorisme» se différencie clairement des guerres traditionnelles et limite l'application du droit humanitaire en lien avec les enjeux politiques qui en découlent. Toutefois, la vocation première du droit humanitaire étant de protéger et de venir en aide aux victimes de conflits, les professionnels humanitaires doivent donc porter une réflexion particulière à ces nouveaux défis et ainsi préserver le droit humanitaire face aux pressions politiques.

« Il serait vraiment honteux que le XXI^e siècle soit celui d'une remise en cause des principes établis au XIX^e siècle, lesquels prônent que la vocation primordiale de l'action humanitaire est de restaurer la dignité perdue des individus, sans mobiles économiques ou stratégiques cachés » (Cahill, 2006, p.32).

En 1994, le Comité International de la Croix-Rouge (CICR) rédige le « Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du-Croissant Rouge et pour les ONG lors des opérations de secours en cas de catastrophe » (Annexe 1). En effet, aux côtés des organisations déjà existantes, bon nombre d'associations non gouvernementales se sont créées en se proclamant être de l'aide humanitaire.

L'émergence du Code de conduite se justifie pour cette raison, afin d'établir des normes communes et de rappeler l'application du Droit International lors de conflit armé. Il rappelle également le but de l'assistance humanitaire, qui vise à réduire les souffrances de personnes dans le besoin, et non d'être utilisée comme instrument auprès des gouvernements et des politiques.

Les principes fondamentaux de la Croix-Rouge édictés en 1965 sous-tendent également l'action des ONG sur le terrain. Ils sont au nombre de sept : le premier est celui de l'humanité, suivi de celui de l'impartialité, de la neutralité, de l'indépendance, du volontariat, de l'unité et de l'universalité (Annexe 2). Lorsque les Etats ne respectent pas ces principes, les ONG se voient restreintes dans leurs possibilités d'action. Eberwein (2005) donne l'exemple de la limitation de l'accès aux victimes en tant qu'infraction au droit et aux principes susmentionnés. En effet, face à une telle situation, les ONG se voient confrontées à un dilemme : elles peuvent accepter les restrictions mises en place par l'Etat en action ou les parties en conflit pour rester sur place, ou alors se retirer du terrain. Dans la première option, le principe d'humanité se voit violé en raison de l'impossibilité de pouvoir alléger les

souffrances en raison de l'inaccessibilité des victimes. Dans la deuxième option, le principe d'impartialité n'est pas respecté en raison d'un rejet des décisions de l'Etat souverain par l'aide humanitaire et par conséquent une non-assistance aux populations en souffrance.

Cet exemple présenté par Eberwein (2005) reflète bien des difficultés déontologiques devant lesquelles se trouvent les ONG lorsque les gouvernements des pays dans lesquels elles agissent ne respectent pas le Droit International Humanitaire.

Les acteurs de terrain se voient également confrontés à des difficultés de l'ordre de la différence culturelle et du respect de cette culture. Harroff-Tavel (2005) décrit ces difficultés autour de l'exemple de l'eau : dans certaines régions d'Afrique, elle explique que le bétail boit et reçoit des vaccins avant la population car le bétail est « le garant de la survie de la communauté. S'il meurt, les hommes mourront aussi. » (p.76). Parfois, certains rites religieux demandent le lavage de certaines parties du corps, et la distribution de l'eau doit être réétudiée en prenant en compte cet aspect rituel. Ne pas tenir compte de ces aspects culturels peut être la source de tension entre les intervenants de l'aide internationale et la population locale (Harroff-Tavel, 2005). Ceci peut être valable pour toutes sortes de ressources, que ce soit l'eau, la nourriture ou encore l'habitat.

Cependant, et même si la démarche culturelle doit être partie intégrante à l'élaboration de projet d'aide humanitaire, celle-ci ne doit en aucun cas être une excuse à l'échec de ces mêmes projets. De plus, les besoins fondamentaux sont finalement les mêmes pour tous, indépendamment de l'origine ethnique. Harroff-Tavel avance que « le paysan suisse et le paysan africain auront des problèmes similaires d'accès à l'eau, aux pâturages, aux marchés. » (p.77).

Le respect de la culture de l'autre présente également des limites. En effet, si, pour une raison ou pour une autre un des habitant du village se voit exclu de la communauté (a enfreint une loi, brisé un tabou...), il ne s'en verra pas pour autant privé du droit à l'assistance humanitaire, même si celui-ci ne le mériterait pas selon les critères culturels de la communauté. L'exemple de l'excision illustre également bien ces problématiques liées à la culture. En effet, si les peuples pratiquant ces mutilations génitales féminines les justifient selon la tradition, l'excuse d'une culture différente n'est pas suffisante pour autoriser ces actes de torture.

L'aide internationale est donc au cœur même de tous ces dilemmes, et malgré les principes qui la régissent, elle se retrouve soumise au contexte dans lequel elle se trouve, qu'il soit politique, géographique ou culturel. Toute la difficulté est de pouvoir agir au sein de l'environnement dans lequel elle évolue afin d'accomplir son travail d'assistance aux victimes et réaliser ses projets.

Le domaine humanitaire et le concept d' «espace humanitaire» a donc beaucoup évolué tout au long de ces années. Cette évolution a radicalement changé l'espace de travail des ONG, relevant de nouvelles problématiques telles que l'insécurité de certaines missions ou des conditions de travail de plus en plus difficiles. Celles-ci sont également de moins en moins définies et coordonnées en raison de la présence de nombreuses organisations et de parties aux conflits de moins en moins bien identifiables.

Ces problématiques rencontrées sur le terrain en raison des nouveaux types de conflits émergents comme le terrorisme ont contraint les travailleurs humanitaires à redéfinir leur rôle imposé par une marge d'action réduite en raison de la politisation. De ce fait, les principes ayant motivé leur engagement sont remis en question (Audet, 2011, p. 447).

Tous ces éléments ont des conséquences sur les acteurs de terrain et représentent des facteurs de risque au développement d'un stress post-traumatique.

Malgré la motivation première ainsi que le profond investissement dont les professionnels de la santé font preuve, la diversité et la complexité des missions pour lesquelles ils sont envoyés comportent des risques de développer des problématiques de santé mentale.

Nous nous sommes donc intéressées à identifier ces facteurs de risque et leur impact sur le développement du PTSD qui peut avoir des conséquences graves sur le fonctionnement psychique de l'individu au quotidien.

1. b. Motivations personnelles et professionnelles

C'est pour l'intérêt que nous portons à l'aspect transculturel et aux capacités d'adaptation de la profession d'infirmière que nous nous sommes penchées sur le phénomène de l'humanitaire. En tant que futures professionnelles, il nous tenait à cœur de mettre en évidence les problématiques de santé mentale ou autres conséquences qui peuvent découler des circonstances particulières spécifiques au travail infirmier lors de missions.

Le choix d'un tel investissement professionnel et personnel met en avant l'humanité et la sensibilité des travailleurs de la santé, à travers des valeurs qui sous-tendent la profession d'infirmière telles que la capacité d'empathie, la volonté d'aider tout en sachant prendre du recul et avoir un point de vue professionnel sur les situations. Il rappelle également l'importance de la notion de distance, ainsi que le fait qu'un soignant formé et compétent puisse être submergé et touché dans son moi par les événements auxquels il peut être confronté.

Morgane

Si j'ai choisi d'entreprendre des études en soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé, c'est parce que j'ai toujours eu pour motivation première de travailler plus tard dans l'humanitaire.

J'ai la chance d'être née dans un pays riche en ressources et en développement et qui promeut des études de haut niveau quel que soit le domaine. Je souhaite mettre à profit ces connaissances dans le domaine de la santé à des fins humanistes et altruistes, qui sont des valeurs profondément ancrées dans mon éducation. De ce fait, partir à l'étranger en mission pour prodiguer des soins aux plus démunis m'apparaît comme une évidence.

Nous avons eu l'occasion au cours de différents modules de la formation de découvrir un aspect multiculturel des soins et ainsi d'élargir notre vision soignante sur des réalités parfois difficiles à admettre. De plus, en partant en Inde pour le stage à l'étranger proposé par l'école, j'ai réalisé l'importance de développer des connaissances générales en matière de santé afin de pouvoir s'adapter à toute sorte de prise en soins. Il est cependant évident que partir loin de son pays d'origine peut relever du défi tant l'écart culturel, social et développemental peut s'avérer important. Durant ce stage, j'ai été confrontée à de nombreuses situations, différentes à tout point de vue que celles que j'ai eu l'occasion de rencontrer en Suisse. La pauvreté, diverses maladies tropicales et surtout le fait d'être étrangère ont fait se développer des stratégies d'adaptation auxquelles il n'était pas toujours évident de faire face.

En vue de pouvoir réaliser un projet dans l'humanitaire sur le long terme, et sachant que l'on ne revient jamais indemne d'une telle expérience, je me suis questionnée sur les conséquences qu'une mission à l'étranger en tant qu'infirmière pouvait avoir. Le risque de stress post-traumatique en fait partie, selon différents facteurs que nous développerons tout au long du travail. Explorer et identifier les déterminants qui composent les missions humanitaires au sens large me permettra de mieux savoir les identifier dans le futur et de mieux comprendre les difficultés que les infirmiers peuvent être menés à traverser lors de telles missions.

Sophie

La problématique que nous avons choisi de traiter dans ce travail de Bachelor suscite mon intérêt pour différentes raisons.

Tout d'abord, et cela depuis le début de la formation, j'ai toujours eu l'envie de m'orienter dans le domaine de l'humanitaire et des soins aux populations défavorisées durant ma carrière professionnelle. Les problématiques de santé publique et de migration, de gestion des catastrophes ou encore des réflexions autour de l'organisation lors de situations où les ressources disponibles sont limitées et que la marge de manœuvre est restreinte, m'intéressent et me questionnent. Pour cette première raison, il m'apparaissait évident de traiter un sujet relevant des problématiques de soins en situation de catastrophe et d'urgence.

Deuxièmement, la vision qu'il est possible d'avoir de ces soignants qui s'investissent dans ces missions humanitaires. Ceux-ci peuvent paraître comme des « héros », ayant le courage d'affronter l'horreur pour aider leur prochain. Cependant, en raison des événements vécus et tout ce dont ils auraient pu être témoins, les conséquences pour leur santé psychique peuvent être délétères et graves et influencer sur leur fonctionnement au sein de la société lors de leur retour.

C'est cet aspect de l'humanitaire, ce revers de la médaille qui se cache derrière une image héroïque guidée par des valeurs altruistes que j'affectionne tout particulièrement. En effet, le stress post-traumatique a pendant longtemps été un sujet tabou et nié. Si aujourd'hui il est reconnu et peut être diagnostiqué, il reste malgré tout, dans certains esprits, un aveu de faiblesse. Étudier ce phénomène à travers ce travail va me permettre de me familiariser avec ce qu'est le stress-post traumatique, et surtout avec le véritable vécu de soignants ayant participé à des opérations humanitaires.

De plus, cette problématique est directement en lien avec mon futur professionnel, puisque je souhaiterais moi-même orienter ma carrière dans le domaine de l'aide humanitaire ou l'aide au développement.

1. c. Problématique

Suite à un événement traumatique, quel que soit sa nature, l'être humain est susceptible de se trouver dans l'incapacité de faire face au stress qu'il engendre. Il peut, en fonction de certains facteurs de risque ou au contraire protecteurs, évoluer à court et long terme vers un syndrome de stress post-traumatique.

Il est bien connu que la pratique infirmière peut être source de stress intense pouvant même conduire les soignants à l'épuisement professionnel et à une reconversion vers un autre métier, en raison du niveau élevé de charge de travail et du contact quotidien avec la souffrance et la mort. La façon de réagir aux événements stressants liés au travail va cependant varier d'une personne à l'autre.

Si les infirmières des services de santé des pays développés peuvent déjà être sujettes à un stress important même dans un cadre considéré comme sécuritaire, notre questionnaire concerne le vécu et les réactions face au stress des infirmières allant travailler sur des actions d'urgence, dans un cadre environnemental à risque et faible en ressources (matérielles, humaines et logistiques). Le travail humanitaire d'urgence comprend de nombreux critères favorables au développement d'un syndrome de stress post-traumatique, comme la soudaineté et la brutalité de l'événement (catastrophe naturelle, guerre...), être témoin de la souffrance et de la mort d'autrui, ou encore être soi-même menacé dans son intégrité physique et/ou psychologique (conflits armés). Les conditions sur place sont le plus

souvent précaires en raison, par exemple, de la destruction des infrastructures due à la catastrophe naturelle. De plus, certaines conditions climatiques extrêmes (fortes chaleurs, mousson, froid intense...) peuvent compliquer le travail à fournir en mission et ainsi potentialiser le stress.

Nous avons également constaté dans la littérature la diversité des prédispositions individuelles à la gestion du stress ou encore la difficulté des conditions de travail sur place. Par conséquent, nous nous sommes questionnées sur l'existence de facteurs favorisant l'apparition d'un PTSD chez les infirmières en mission humanitaire.

1. d. Question de recherche

Différentes composantes telles que le changement d'environnement, le manque de ressources sur place ainsi que des conditions de travail parfois éprouvantes peuvent mettre l'infirmière en difficulté. Toutefois, il existe des interventions de soutien psychologique, telles que des séances de préparation et de débriefing qui permettent aux soignants de mieux faire face au travail et aux différents facteurs de stress sur le terrain.

Ce travail vise à identifier les déterminants susceptibles de favoriser le développement d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) au retour de mission humanitaire en lien avec le travail infirmier et à décrire des interventions préventives efficaces. Notre question de recherche est la suivante :

« Sur quels déterminants du syndrome de stress post-traumatique est-il possible d'intervenir pour le prévenir ou diminuer le risque qu'il se développe chez les infirmières au retour de mission humanitaire ? »

2. Objectifs du travail

Les objectifs de notre travail sont les suivants :

1. Identifier les déterminants du développement d'un PTSD chez les infirmières au retour d'une mission humanitaire
2. Identifier les conséquences du PTSD dans le cadre particulier d'un retour de mission humanitaire
3. Sélectionner quelques interventions efficaces susceptibles de faciliter l'adaptation des infirmières et donc de diminuer la fréquence du syndrome
4. Etablir des recommandations d'action

3. Méthodologie

Pour effectuer cette revue de la littérature, nous avons utilisé les bases de données CINAHL et Medline via Pubmed. Nous avons limité nos recherches aux années 1990 à aujourd'hui en raison du peu de données existantes sur le PTSD dans le contexte humanitaire. Nous avons utilisé la méthode PICO présentée ci-dessous pour effectuer la recension d'articles.

P=Population et problématique

La population que nous avons choisi d'étudier est constituée d'infirmières au retour de mission humanitaire. Nous avons exclu les infirmières de l'armée car nous souhaitons nous concentrer sur le travail humanitaire mené par des organisations et non par l'armée.

Notre problématique est le PTSD, la souffrance psychologique et ses séquelles.

I= Intervention

Les interventions correspondent aux programmes de prévention ou de traitement du PTSD.

C= Contexte

Les type de mission sont les post-conflits armés, les catastrophes naturelles, les conflits armés, l'aide au développement et les accidents nucléaires.

O=Résultats (Outcome)

Le résultat correspond au développement ou non d'un syndrome de stress post-traumatique.

3. a. Stratégie de recherche d'articles

Les mots-clés ont été identifiés en fonction de la question de recherche, de la problématique ainsi que selon le schéma expliqué au chapitre 4. Les mots-clés «nurs*» (qui inclut nurse, nurses, nursing), «humanitarian» et «posttraumatic stress disorder» ont été associés aux différents termes décrits dans l'Annexe 3. Les premiers articles trouvés traitaient du travail consécutif à une catastrophe ou pendant une guerre mais en milieu hospitalier (soins intensifs, service d'urgences...). Ainsi, en raison du peu de résultats obtenus, nous avons par la suite élargi notre recherche en utilisant des synonymes ou des mots associés à notre thème principal (nature de l'événement traumatique).

Nous nous sommes rendues à la bibliothèque du CICR afin de chercher d'autres articles qui n'apparaîtraient pas dans les bases de données CINAHL et Pubmed. Malheureusement, malgré l'aide de la bibliothécaire, ces recherches n'ont pas abouti.

Nous avons également utilisé les notes bibliographiques des articles trouvés sur les bases de données pour compléter notre revue de la littérature. Les articles retenus sont récapitulés dans l'Annexe 4.

Mots-clés: Nurs*, humanitarian, posttraumatic stress disorder, rescue worker(s), armed conflict(s), anxiety, stress, natural disaster(s), adaptation, aid worker(s), health worker(s), intervention(s), debriefing.

Lors de notre recherche, nous avons exclu tous les articles s'intéressant à une autre population que celle des infirmières ou des sauveteurs travaillant dans le domaine de l'humanitaire. Tous les articles parus avant les années 1990 n'ont pas été retenus. Nous nous sommes concentrées principalement sur des populations d'infirmières occidentales afin d'assurer une certaine uniformité culturelle avec la Suisse.

4. Cadre théorique

4. a. Quelques définitions

4. a.1. Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

Le syndrome de stress post-traumatique est actuellement une problématique de santé mentale reconnue et classée dans la catégorie des troubles anxieux du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Cependant, il n'en a pas toujours été ainsi et le concept de stress post-traumatique a évolué depuis le début du XX^{ème} siècle.

Tout d'abord, il est nécessaire de clarifier le concept de traumatisme. En effet, au sens premier du terme, celui-ci désigne une blessure, ou encore une affection organique et physique. « Trauma », en grec ancien, signifie « blessure » ou « percer », en lien avec la perforation des armures des soldats. Ce n'est que plus tard que la psychiatrie s'approprie le mot pour décrire une blessure liée non pas au corps mais à l'esprit, en tant qu'attaque non pas physique mais psychique et entraînant un débordement des capacités de défense (Ray, 2008). Burloux cité par Rosatti (2002) le décrit comme un « coup de tonnerre dans un ciel plus ou moins serein, d'une violence qui déclenche dans le psychisme une terreur, un effroi tel qu'elle l'empêche de fonctionner normalement. Le traumatisme gèle la pensée, il y a une sidération du psychisme non préparé. Il ne peut y avoir d'élaboration psychique. La violence de la scène est engrammée, sorte d'arrêt sur image et cette scène va avoir tendance à se répéter en redéclenchant l'effroi primitif. » (p.114).

Les symptômes de stress post-traumatique ont été observés en premier lieu chez les soldats. À la fin de la première guerre mondiale, la « névrose de guerre » a été identifiée, en lien avec une symptomatologie présentée par les combattants au retour de la guerre. On retrouvait des symptômes tels que des tremblements, des maux de tête, des cauchemars ou encore de la lassitude. C'est également à cette période qu'a été identifié le « shell shock » par Myers, une pathologie somato-psychique traduite par une position mutique, des tremblements ou un regard fixe dépourvu de toute émotion et de conscience de l'environnement. Les travaux sur ces observations se poursuivent durant la deuxième guerre mondiale et des études commencent à les décrire et les nommer, utilisant des termes tels que « acute exhaustion », « war fatigue », « war neurosis », ou encore « old soldier's syndrome » (Ray, 2008).

C'est suite à la guerre du Vietnam et grâce aux travaux d'Horowitz que le stress post-traumatique a pu être reconnu et inclu pour la première fois dans la nomenclature officielle du DSM-III dans les années 80. La reconnaissance de ce trouble de manière officielle a été une avancée certaine, et le seul fait d'en admettre la légitimité a contribué à aider les

personnes en souffrance (Ray, 2008). En effet, jusqu'à présent le trouble n'avait pas toujours été pris au sérieux. Il y a plusieurs raisons à cela : la première est le sentiment de honte ressenti par les personnes souffrant d'un PTSD et la difficulté à s'avouer ses faiblesses. D'autant plus, la majorité des personnes atteintes lors de l'émergence et de l'identification du trouble et de sa symptomatologie étaient des hommes, des soldats, pensant qu'ils n'y avaient qu'eux à qui cela arrivait. (Rosatti, 2002, p.115). Selon Rosatti (2002, p. 115), la deuxième raison relève plutôt d'une stratégie politique de taire les effets des traumatismes de de guerre (Corée, Vietnam...) dans le but de ne pas décourager les jeunes volontaires partant au front en leur présentant ce qui pouvaient les attendre.

Dans la classification du DSM-III, édition précédant le DSM-IV, les critères de stress du PTSD se différencient des facteurs de stress habituels (divorce, échec, difficultés financières...). Ils doivent présenter des caractéristiques d'expériences humaines hors du commun (guerre, torture, catastrophes naturelles, viol...), et engendrer un sentiment de peur intense, d'impuissance et de terreur. L'état de stress post-traumatique peut également être décrit comme la « conséquence d'une situation où d'un événement physique hors du commun, qui a fait une irruption brutale dans la sphère de la vie de la personne (actrice ou spectatrice), accompagnée en général d'une perte de contrôle physique, et d'un sentiment de perte de maîtrise de la situation. » (Rosatti, 2002, p.116).

Berclaz (2004) décrit plusieurs symptômes caractérisant l'état de stress post-traumatique. Tout d'abord, se retrouvent les symptômes dit de « reviviscence ». La personne va revivre l'événement traumatique à travers des images, des pensées, ou des cauchemars. Tout ce qui peut rappeler l'événement va engendrer un sentiment de détresse intense et déclencher des attaques de panique, des crises d'angoisse ou des comportements violents. La seconde catégorie de symptômes comprend tout ce qui concerne l'évitement. La personne va éviter tout élément pouvant lui rappeler le traumatisme, que ce soit au niveau des pensées, des lieux, des personnes, des conversations ou encore des sentiments. Des signes d'anxiété et de symptômes dépressifs vont également être présents, tels que les troubles du sommeil, une irritabilité, une diminution de la concentration, une hypervigilance et des sursauts exagérés. Un sentiment d'impuissance et d'inutilité ou encore une perte de l'estime de soi-même peuvent également être présents. La présence de tous ces symptômes entraîne également des difficultés sociales et professionnelles, et peut altérer les relations (de couple, familiales, professionnelles...) ou la capacité à travailler (absentéisme, diminution de l'intérêt et des compétences...). Berclaz (2004) a regroupé ces réactions en quatre grandes catégories (Annexe 5). Les symptômes typiques comprennent également un détachement émotionnel, des idéations suicidaires ou encore une consommation excessive d'alcool ou autres substances (CIM-10).

Actuellement, l'état de stress post-traumatique fait partie intégrante des troubles anxieux dans le DSM-IV qui décrit les symptômes de manière très précise (Annexe 6). Selon Rosatti (2002), « la symptomatologie peut être vue comme un trouble anxieux, dissociatif, de la personnalité ou une réponse adaptative à un stress extrême » (p.118). Cependant, son diagnostic reste complexe à poser en raison de la difficulté à évaluer la frontière entre une réaction normale au stress et un état pathologique chronique. La différenciation de l'état de stress aigu de l'état de stress post-traumatique va se définir en fonction de la durée des symptômes. Selon le DSM-IV, au-delà de trois mois le stress est dit chronique, et il s'agira d'un état de stress post-traumatique. La symptomatologie n'apparaîtra pas nécessairement immédiatement après l'événement traumatique, mais peut survenir après une période de latence de quelques semaines ou de quelques mois.

En résumé, le PTSD aura des conséquences pour la personne, telles que des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs, de l'anxiété, une altération du fonctionnement social et professionnel, une augmentation de la consommation de substances (tabac, alcool) ou encore de l'irritabilité ou une perte de l'estime de soi.

Le tableau ci-dessous illustre les événements à caractère traumatique les plus courants :

Table 1. Frequency of Report of Life-Threat Items

Event	Personal experience(%)	Witness of event(%)	Know someone(%)
1. Being threatened with serious physical harm by someone	31.9	20.4	46.0
2. Life-threatening illness or chronic condition	27.4	N/A	55.8
3. Being within the range of gunfire, being shot at	26.5	17.7	43.4
4. Road accidents	25.7	39.8	39.8
5. Being chased by a group or individual	16.8	26.5	37.1
6. Home or office damaged by bombing or shelling	13.3	5.3	32.7
7. Being beaten up or mugged	8.0	17.7	54.9
8. Personal injury or death caused by bombs or shelling	7.0	15.0	35.4
9. Being tortured and/or threatened with death	7.0	4.4	37.1
10. Being sexually assaulted, molested, or raped	2.7	1.8	36.3
11. Being attacked or stabbed with a knife	1.8	4.4	38.1
12. Kidnapping, being held hostage	0.9	1.8	40.7
13. Being seriously wounded in an incident of violence	0.0	15.9	42.5

Tiré de : Eriksson et al., 2001

4. a.2. Mission humanitaire

La mission humanitaire comprend l'aide apportée en situation d'urgence en cas de catastrophe d'origine humaine ou naturelle ainsi que l'aide au développement dans les pays nécessitant la mise en place de structures dans le but d'améliorer les conditions de vie de sa population.

La mission humanitaire est une action de secours pour les populations de pays à gouvernance faible ou dont le gouvernement ne peut pas répondre seul aux besoins, que ce soit aux niveaux matériel, sanitaire ou de reconstruction. Quel que soit le type de mission, l'aide humanitaire tendra vers une application des principes d'impartialité, de neutralité, d'universalité et d'indépendance alors que les armées, bien qu'aidant les populations, agiront plutôt de manière stratégique dans un intérêt politique.

Les organisations humanitaires, qu'elles soient gouvernementales ou non-gouvernementales vont mener des actions d'interventions en cas de catastrophe afin de limiter la morbidité et la mortalité, des actions de développement, et des actions de reconstruction suite à une situation de crise exceptionnelle.

4. a.3. Catastrophe

Selon la Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge (IRFC), « une catastrophe consiste en un événement soudain et désastreux qui perturbe gravement le fonctionnement d'une communauté ou d'une société et cause des pertes humaines, matérielles et économiques ou environnementales dépassant les capacités de la société ou de la communauté à faire face à l'aide de ses propres ressources ».

La catastrophe peut être illustrée sous forme d'équation : de la vulnérabilité des personnes associée au danger résulte la catastrophe (vulnérabilité + danger = catastrophe). Cette combinaison entre danger, vulnérabilité et une incapacité à diminuer les conséquences négatives du risque entraîne la catastrophe (IRFC).

L'IRFC définit le danger comme un « événement menaçant ou probabilité de survenue d'un phénomène potentiellement préjudiciable dans une période et une région donnée ». Il peut avoir des origines naturelles telles que :

1. Géophysique : tremblements de terre, glissements de terrains, tsunamis
2. Hydrologique : avalanches, inondations
3. Climatologique : températures extrêmes, sécheresse
4. Météorologique : cyclones, vagues déferlantes
5. Biologiques : épidémies

Les catastrophes d'origine humaine comprennent les conflits armés, certaines famines, les populations déplacées, les accidents industriels et nucléaires ou encore les accidents de transport à large échelle. Ces événements se produisent le plus souvent dans ou près d'une région habitée par l'homme. Les catastrophes d'origine humaine peuvent être d'une durée variable. Si celles-ci durent dans le temps, de nouvelles problématiques vont émerger telles que des difficultés sanitaires importantes, une difficulté d'accès à l'eau potable, des

accumulations de déchets ou encore des déplacements de population et une pénurie alimentaire. Ces conflits peuvent se déclarer entre des armées de pays étrangers, mais également au sein d'un même pays, ce qui rend difficile pour les travailleurs humanitaires de reconnaître les différents acteurs du conflit.

L'IRFC souligne les nouveaux défis tels que les changements climatiques ou la pauvreté qui vont avoir un rôle dans l'assistance humanitaire future car ceux-ci ne vont mener qu'à une aggravation de la situation actuelle en termes de fréquence, de complexité et de gravité des catastrophes.

4. a.4. Résilience

Selon Garcia-Dia et al. (2013), l'étymologie du mot « résilience » trouve son origine dans le latin et signifie « rebondir, reculer » (Harper, 2012).

Selon Bonanno (2004), la résilience est la capacité à maintenir un niveau de fonctionnement de santé physique et mentale relativement stable lors de l'exposition à un événement perturbateur pouvant susciter un traumatisme au niveau du psychisme.

L'auteur ayant rendu populaire le concept de résilience ces vingt dernières années est l'ethnologue et neuropsychiatre français Boris Cyrulnik qui en donne la définition suivante: «la capacité à se développer quand même, dans des environnements qui auraient dû être délabrants ». Cyrulnik explique qu'« il ne s'agit pas de ressauter à la même place, comme si rien ne s'était passé, mais ressauter un petit peu à côté pour continuer d'avancer... ».

La nouveauté et l'apparition tardive de ce concept est due au fait que les victimes de traumatismes n'étaient pas autant considérées et soutenues à l'époque qu'aujourd'hui. L'évolution du regard porté sur le traumatisme a permis le développement de recherches sur la résilience.

La capacité à développer de nouvelles stratégies d'adaptation pour faire face aux situations parfois difficiles qui peuvent être vécues lors d'une mission humanitaire relève non seulement de l'individu, mais aussi de l'environnement dans lequel il évolue ainsi que du soutien qui lui est apporté. Non seulement ces stratégies sont mises en place sur le terrain, mais aussi après la mission, de retour dans le pays d'origine.

De l'adaptation que l'infirmière aura mise en place à l'étranger découlera ou non la capacité de résilience. Chaque individu va se servir de ses ressources, de manière plus ou moins efficace, pour retrouver et reprendre le cours de sa vie après la mission en ayant intégré les événements vécus à l'étranger et en pouvant vivre avec. Cette capacité de résilience va être, sur le long terme, un facteur déterminant dans les capacités à surmonter les traumatismes.

Les stratégies d'adaptation propres à chaque personne vont permettre d'agir et de répondre du mieux possible à une situation donnée en développant des réponses adaptées et adéquates à ce qui se vit sur le terrain.

Garcia-Dia et al. (2013) illustrent le concept de la résilience comme un processus dynamique qui peut être influencé par des facteurs de protection, qui sont internes et externes. Les facteurs internes comprennent, par exemple, les traits de personnalité ou encore la capacité à prendre soin de soi. Les facteurs externes, quant à eux, représentent l'environnement, la famille, les ressources socio-économiques, les interactions sociales et la communauté.

Ces différents facteurs peuvent avoir soit une vertu protectrice pour l'individu, soit être des facteurs de risque dans la capacité à rebondir suite à un événement traumatique.

4. a.5. Débriefing

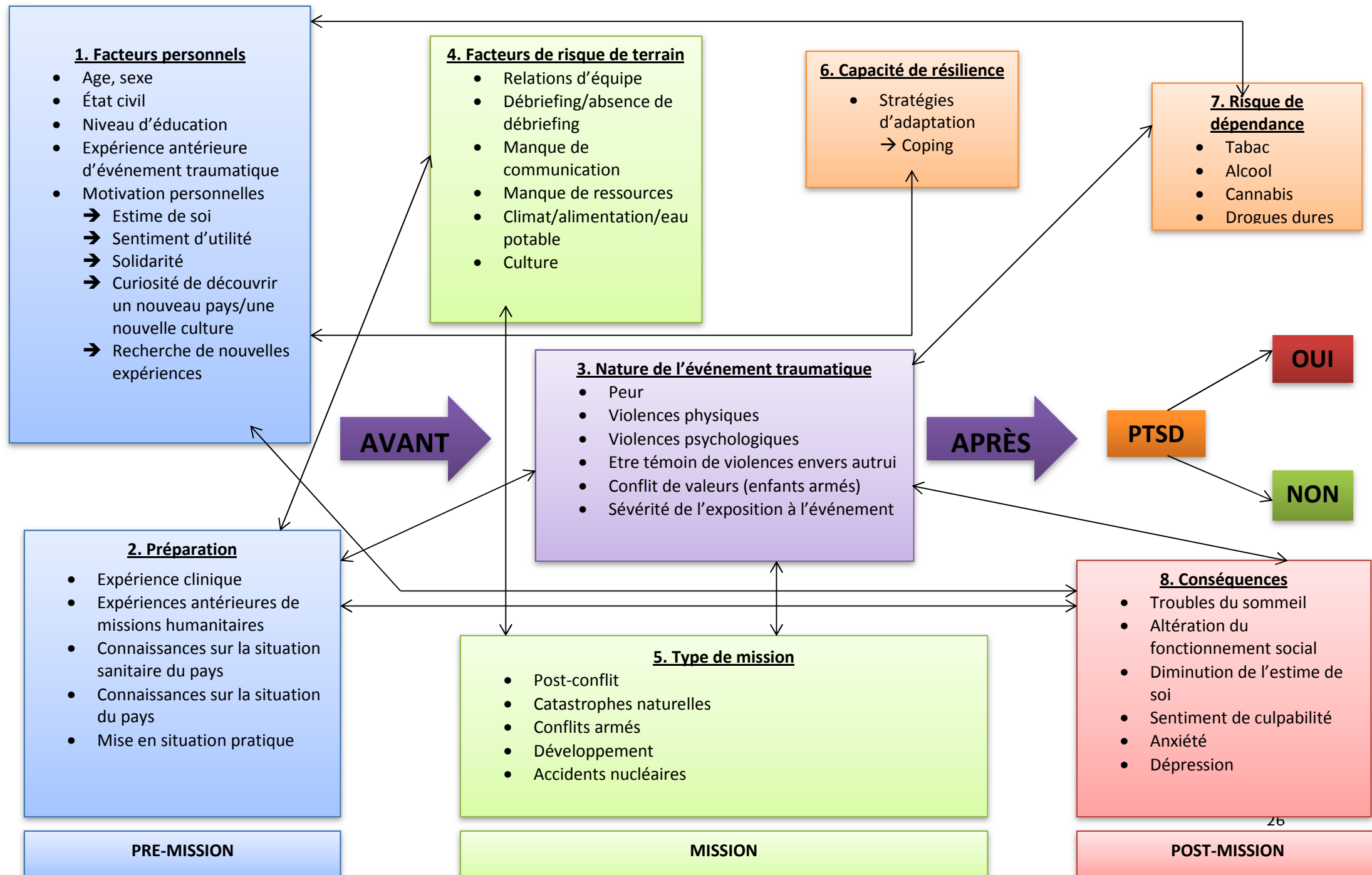
Le débriefing désigne une prise en charge psychologique brève à l'intention des personnes traumatisées par une situation difficile, un incident critique. Au retour de mission, le premier but du débriefing est de décrire la situation sur le terrain aux responsables du siège, de décrire les actions entreprises, de faire un bilan technique opérationnel de la mission et de recommander des suites à donner et un cahier des charges pour le remplacement éventuel. Le débriefing devrait également avoir pour fonction d'offrir un lieu de parole pour le vécu de l'individu, au-delà des aspects strictement professionnels. Le débriefing permet de mettre en mots la souffrance de l'individu ayant vécu un stress ou un traumatisme, permettant ainsi d'identifier l'apparition de troubles qui nécessiteraient une prise en charge particulière (Perren-Klingler, 2000, p. 30).

En 1983, Mitchell introduit la notion de débriefing pour venir en aide à des milieux professionnels tel que celui des sauveteurs. Il définit cette idée en sept étapes qui transitent entre les niveaux cognitifs et émotionnels de la personne lors d'une séance en groupe (Annexe 7). La première étape consiste à poser le cadre de la séance et ses principes. Ensuite, le traumatisme est replacé dans un contexte spatio-temporel à travers des repères chronologiques qui permettent de retracer l'événement depuis son début jusqu'à sa fin. La troisième étape, dite de « transition », permet de mettre en mots les pensées et questions des participants ce qui permet de faire ressortir les émotions et sentiments de la personne ayant vécu un stress. Grâce à cette dernière étape, la personne pourra, dans une quatrième phase, nommer et décrire ses émotions dans le but de les contrôler à nouveau. La cinquième étape est une étape de réaction face aux émotions ressenties. L'intervenant formé au débriefing va rappeler la normalité de ces réactions et proposer des solutions psycho-éducatives afin d'y faire face (sport, mode de vie sain, exercices de gestion du stress et de respiration contrôlée, etc.). L'avant-dernière étape aura pour but de préparer la fin de la

séance et ainsi de mettre en évidence que l'événement traumatique est passé et que la personne peut « tourner la page ». Des rituels symboliques (mémorial, plantation d'un arbre, inscription votive, etc.) vont aider les participants de la séance à mettre un sens à ce qu'ils ont vécu. Enfin, la dernière étape consiste en un résumé de la situation par l'intervenant formé qui va souligner que l'événement traumatique est désormais connu, partagé en groupe et terminé. Le rappel de la confidentialité ainsi que de la responsabilisation de chacun est ensuite mis en évidence (Perren-Klingler, 2000, p. 35).

« Il est adéquat d'envisager comme seule issue aux troubles traumatiques une prise en charge thérapeutique de longue durée. Il est également contestable de prôner une position idéologique réductrice qui enferme la personne dans son statut de victime et se complaît à commenter les blessures et dommages subis au détriment des ressources personnelles. L'attitude fondamentale qui sous-tend et oriente l'ensemble de la démarche est une attitude salutogénique positive fondée sur la conviction que l'individu dispose « malgré tout » des capacités et ressources nécessaires pour affronter et gérer la situation critique. C'est à l'intervenant qu'incombe la responsabilité d'orienter le débriefing dans cette direction. » (Perren-Klingler, 2000, p. 36)

Fig. 1. Déterminants et facteurs de risque du développement d'un PTSD chez les infirmiers dans un contexte de mission humanitaire



4. b. Cadre conceptuel

Nous avons schématisé les déterminants principaux identifiés dans la littérature du PTSD dans le cadre d'une mission humanitaire (Fig. 1) en les regroupant par dimensions. Tous ces déterminants s'articulent autour des types d'événements traumatiques auxquels les infirmières peuvent être confrontées.

Nous avons organisé notre schéma de manière chronologique, c'est-à-dire entre le moment précédant le départ en mission, durant la mission elle-même, et pour terminer au retour de la mission.

Les variables illustrées dans la Fig. 1 sont classées de la manière suivante : tout d'abord, les facteurs de risque intervenant avant le départ en mission qui correspondent aux caractéristiques personnelles des professionnels, leurs motivations, leurs expériences antérieures, etc.

Ensuite, viennent les facteurs de risque au moment de la mission humanitaire, c'est-à-dire le type d'événements traumatiques vécus, le contexte dans lequel se déroule la mission (post-conflit, catastrophe naturelle, etc.), ainsi que la relation d'équipe et tous les éléments liés à l'expatriation.

Pour terminer, sont mises en évidence les conséquences possibles pour les infirmières en retour de mission humanitaire, que ce soit au niveau de l'apparition de dépendances aux substances ou de présence de symptômes tels que les troubles du sommeil et d'anxiété, voire de diagnostic de PTSD.

Nous allons plus particulièrement nous concentrer sur les facteurs personnels, le type d'événement traumatique, les facteurs de risque sur le terrain, les conséquences de l'expatriation, certains types de mission, le risque de dépendance ainsi que les conséquences psychiques.

4. c. Ancrage théorique : le modèle de l'adaptation de Callista Roy

Nous avons choisi comme ancrage disciplinaire la théorie de l'adaptation de Callista Roy qui s'inscrit dans l'école de pensée des effets souhaités ainsi que dans le paradigme de la transformation. Nous présentons ici certains des différents concepts clés de son modèle de soins infirmiers, ainsi que sa vision des métaconcepts.

Selon cette théoricienne, l'être humain est un système d'adaptation composé de deux mécanismes : les mécanismes régulateurs qui sous-tendent les processus physiologiques (neurologiques, endocriniens, chimiques,...) et les mécanismes cognitifs. Ces derniers « utilisent les processus psychologiques pour s'adapter émotionnellement et cognitivement aux changements environnementaux » (Roy, 1986, p.18).

Les manifestations de ces deux mécanismes chez l'être humain s'effectuent selon quatre modes d'adaptation :

- Les besoins physiologiques
- L'image de soi
- La fonction de rôle
- L'interdépendance

Le but des soins infirmiers est donc de « promouvoir l'adaptation de l'homme dans chaque mode pour favoriser la santé, la qualité de vie et une mort dans la dignité. » (Roy, 1986, p.18).

Pour Callista Roy, les comportements sont soit adaptés ou non-adaptés. Les comportements adaptés se définissent par des « réponses qui assurent l'intégrité de la personne en matière de survie, de croissance, de reproduction et de maturation ; ce sont des réponses de forte adaptation. » (Roy, 1986, p.19). A l'opposé, les comportements non-adaptés sont des « réponses qui ne favorisent pas l'adaptation de l'individu, c'est-à-dire sa survie, sa croissance, sa reproduction et sa maturation ; ce sont des réponses de faible adaptation qui provoquent une rupture de l'intégrité. » (Roy, 1986, p. 19).

Nous pouvons, grâce à ces deux concepts-clés, directement faire le lien avec notre phénomène d'intérêt et confirmer la pertinence de l'ancrage théorique choisi. En effet, les réponses au stress post-traumatique sont du même ordre : soit la personne intègre le traumatisme, c'est-à-dire qu'elle parvient à développer des stratégies d'adaptation adéquates suite à l'événement lui permettant ensuite de vivre avec, soit ses capacités de défenses sont submergées, la réponse psychologique est inefficace et inadéquate, et les stratégies utilisées ont un effet délétère pour l'individu.

Dans l'ouvrage de Pepin et al. (2010), chaque métaconcept du modèle de Roy est décrit de la manière suivante :

- Personne : une « interaction constante avec un environnement changeant », « quatre modes d'adaptation : physiologique, concept de soi, fonction selon les rôles et interdépendance » ainsi que le processus de coping.
- Environnement : il est défini comme étant des « situations, circonstances et influences susceptibles d'agir sur le développement et les comportements des personnes », ce qui nous permet de faire directement le lien avec notre problématique, qui place les soignants dans un contexte environnemental inconnu à la fois culturellement et à la fois professionnellement, puisque le plus souvent ils sont confrontés à des situations de catastrophe et d'urgence.

- Santé: « la « santé processus » est l'effort constant fourni par l'individu pour atteindre son potentiel maximal d'adaptation ».
- Soin : « contribuer à la santé, la qualité de vie ou à la mort avec dignité ».

Si les modèles de soins infirmiers s'appliquent la plupart du temps dans une relation soignant-soigné, à travers les métaconcepts de Roy, nous voyons qu'il est également possible de placer le soignant au centre de ceux-ci et de traiter de la problématique d'une manière unidirectionnelle avec l'infirmier à la base du processus.

Ce modèle va nous permettre de définir un cadre de référence grâce aux concepts clés cités ci-dessus, afin de pouvoir mieux étudier et interpréter le phénomène d'intérêt choisi.

5. Résultats

À travers le recensement des articles scientifiques, plusieurs déterminants en lien avec le développement d'un PTSD, découlant des circonstances dans lesquelles évoluent les infirmières lors de missions humanitaires ont été identifiés. La seconde partie de ce chapitre est consacrée aux interventions susceptibles de prévenir ou d'atténuer un PTSD au retour de mission.

5. a. Déterminants

5. a.1 Critères démographiques

Plusieurs auteurs ont étudié le lien entre les critères démographiques tels que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la profession, l'état civil ainsi que la présence ou l'absence d'antécédents de maladie psychiatrique et le risque de développer un PTSD.

Secore-Turner et al. (2006) ont effectué une revue de la littérature basée sur 21 articles scientifiques parus durant les vingt dernières années pour analyser les conséquences psychologiques du travail en cas de catastrophe et constatent que les infirmières travaillant lors d'événements bio-terroristes sont sujettes à développer des symptômes psychosomatiques liés à un traumatisme. Cette revue de la littérature démontre que le risque de PTSD est plus accru chez les travailleurs de terrain que chez les soignants en milieu hospitalier (n=79, dont des pompiers, des infirmières et des policiers). En effet, cinq mois après l'événement, un questionnaire pour le PTSD a été distribué à 26 infirmières et 53 sauveteurs ayant participé au sauvetage. Les résultats du questionnaire ont révélé que 75% avaient des symptômes de reviviscence et 44% ressentaient un sentiment de tristesse. Les conclusions de cette étude ont démontré que les infirmières ayant travaillé sur le terrain ont présenté des symptômes de PTSD plus aigus que les participants travaillant à l'hôpital. Cependant, Secore-Turner et al. (2006), dans leur revue de la littérature, n'ont pas expliqué comment le groupe de travailleurs à l'hôpital a été évalué.

Le sexe féminin, être membre d'un groupe minoritaire et le fait d'être jeune sont des facteurs de risque pour le développement d'un PTSD suite à une expérience traumatique vécue.

Fullerton et al. (2004) ont identifié d'autres critères démographiques dans une étude descriptive dont le but était d'examiner le stress sévère, le PTSD, les symptômes dissociatifs, la dépression et l'utilisation des soins chez des sauveteurs travaillant lors de catastrophes. L'échantillon était composé de deux groupes : les sauveteurs exposés à la catastrophe (n=207) et les sujets non exposés (n=421). Chaque participant a été suivi à 2,7 et 13 mois après la catastrophe (les participants sont des sauveteurs ayant agi de près ou de loin sur le site d'un crash aérien). Des critères démographiques tels que l'âge et l'état civil

ont été identifiés comme des facteurs de risque d'un stress aigu : ainsi, les personnes les plus jeunes (<37 ans) dans le groupe exposé à la catastrophe (n=19) présentaient un risque plus élevé de développer un stress aigu (OR=0.35, 95% CI=0.18-0.68, p=0.002).

Les auteurs ont aussi identifié une différence entre les sauveteurs mariés et non mariés. Les sujets non mariés avaient 2.26 fois plus de chance de développer un stress aigu que les sujets mariés.

Ehring et al. (2011) ainsi que Armagan et al. (2006) ont mis en évidence l'importance du genre féminin en tant que facteur de risque dans le développement d'un PTSD ainsi que d'autres troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et le burnout dans un contexte de mission.

Le premier auteur a investigué la prévalence ainsi que les déterminants du PTSD, de la dépression et du burnout chez des travailleurs de reconstruction après un tremblement de terre. En comparaison des hommes, les femmes présentent des risques plus élevés de développer un PTSD. Ce résultat est confirmé par Armagan et al. (2006) qui ont étudié la fréquence du PTSD chez les participants de l'équipe de sauvetage du Croissant Rouge turc après le tsunami en Asie et analysé les facteurs contribuant au PTSD. Les auteurs ont trouvé que sur les 33 participants de leur étude, 8 d'entre-eux (24.2%) ont été diagnostiqués avec un PTSD. Les auteurs se sont interrogés quant à l'influence du genre sur le PTSD. Pour l'évaluer, ils ont distribué aux participants une échelle appelée Clinician Administred PTSD Scale 1 (CAPS-1). Celle-ci permet l'évaluation de la fréquence et de l'intensité des 17 symptômes du PTSD référencés dans le DSM-III-R. Ceux-ci sont cotés de 0 à 4. Afin qu'un symptôme soit considéré comme présent, le score de la fréquence doit être égal ou supérieur à « 1 » et le score de l'intensité doit être égal ou supérieur à « 2 ». Le score total de la CAPS-1 reflète l'intensité et la fréquence cumulées. Une personne avec un score plus grand ou égal à 65 est considérée comme ayant un PTSD, le score allant de 0 à 136. La CAPS-1 évalue également l'impact des symptômes sur le fonctionnement social de l'individu (Armagan et al., 2006). Les résultats obtenus ont mis en évidence une fréquence et une intensité des symptômes plus importantes chez les femmes que chez les hommes (p=0.013). Cependant, les auteurs ne font pas apparaître les résultats de cette échelle de manière détaillée sous forme de tableau dans leur article, mais en exposent uniquement la conclusion. Ces résultats peuvent néanmoins être mis en lien avec ceux trouvés par Kessler et al. (1995), qui indiquent une prévalence du PTSD plus importante chez les femmes dans la population générale.

5. a.2 Expérience antérieure d'événements traumatiques

L'expérience antérieure d'événements traumatiques est un autre déterminant pouvant influencer l'apparition de symptômes de PTSD. Cardozo et al. (2012) ont effectué une étude longitudinale ayant pour but d'établir un lien entre les facteurs de stress en lien avec le travail en mission et la détresse mentale et le burnout, et ainsi donner des recommandations pour réduire les facteurs de risque. L'échantillon était composé de 212 travailleurs humanitaires provenant de 19 ONG différentes, sans aucune précision concernant leurs origines. Les résultats concernant l'expérience antérieure d'événements traumatiques décrivent que l'absence d'antécédents de ce genre est associée de manière significative à un risque diminué de développer des troubles anxieux (OR = 2.71 [CI] 1.35-5.48).

Secore-Turner et al. (2006) décrivent l'expérience antérieure d'événements traumatiques tant comme un facteur protecteur que de risque. En effet, avoir déjà été confronté à un événement traumatique peut protéger la personne exposée, grâce à des stratégies de coping existantes. À l'inverse, le fait de n'avoir pas vécu d'événements traumatiques antérieurs peut augmenter le risque de développer le syndrome de stress post-traumatique.

Cependant, Armagan et al. (2006) ont mis en évidence à l'aide de la CAPS-1, que les travailleurs humanitaires ayant moins de trois ans d'expérience présentent une symptomatologie plus importante.

De plus, Ehring et al. (2011) rejoignent les conclusions des deux auteurs précédents en soulignant que la sévérité des symptômes est directement en lien avec une expérience antérieure de traumatisme, et augmente le degré des symptômes de PTSD, d'anxiété et de dépression.

Enfin, selon Fullerton et al. (2004), les travailleurs humanitaires ayant une expérience antérieure de mission en situation de catastrophe sont plus sujet au développement d'un PTSD (Odds ratio=6.34, 95% CI=1.70-23.61,p=0,006) Les expériences antérieures sont donc un facteur de risque non-négligeable dans le développement du syndrome.

5. a.3 Nature de l'événement traumatique

Secore-Turner et al. (2006) mettent en évidence l'importance de la nature de l'événement traumatique. A travers leur recherche, ils ont identifié que la réponse psychologique face au stress dépendra de la nature de l'événement traumatique tel que risquer sa vie, s'exposer face à la mort, mourir, la durée de l'événement ainsi que la perte.

Soffer et al. (2011) soulignent aussi cet aspect dans une étude dont le but est d'examiner la corrélation entre différentes variables psychosociales et des réactions post-traumatiques, à travers une enquête sur les sauveteurs ayant été exposés directement à un événement traumatique lors du dégagement de cadavres suite au tremblement de terre de 2010 en

Haïti. Les sauveteurs ayant travaillé durant l'opération d'extraction des corps de sous les décombres courent le risque de développer des symptômes élevés de dissociation et de PTSD.

Conjointement, 72% des participants dans l'étude de Ehring et al. (2011) ont été impliqués directement dans le sauvetage après un tremblement de terre. La moitié de l'échantillon (n=267) a été soumis à des expériences traumatiques (accidents graves, agressions, être témoin, etc.) et 49,8% ont vu des cadavres durant le sauvetage. L'utilisation de l'échelle Impact of Event Scale-Revised (IES-R), permettant l'évaluation du degré de sévérité des symptômes du PTSD montre, chez 43% d'entre eux, un diagnostic probable du syndrome. Eriksson et al. (2001) ont étudié chez 113 employés de 5 agences humanitaires (pays d'origine non précisés) le risque de développer des symptômes de PTSD lors d'exposition directe ou indirecte à un traumatisme durant une mission d'aide humanitaire. Les participants ont rempli différents questionnaires (échelles d'évaluation des symptômes et questions ouvertes), se focalisant sur les 6 premiers mois ayant suivi leur retour de mission. Les auteurs ont élaboré une liste d'événements traumatiques possibles tels que être menacé physiquement, se faire tirer dessus avec une arme à feu, avoir sa maison ou son bureau bombardé, être agressé sexuellement ou encore être pourchassé par un groupe ou un individu.

Ces résultats mettent en lumière le large éventail d'événements en mission pouvant être traumatiques, qu'ils aient été vécus directement ou indirectement.

5. a.4 Sévérité de l'exposition

L'apparition de symptômes de PTSD va dépendre non seulement de la nature de l'événement, mais également de la sévérité de l'exposition à celui-ci. Ehring et al. (2011) se sont intéressés aux réactions d'un groupe de sauveteurs lors d'un tremblement de terre démontrant que celui qui a été le premier sur le lieu de la catastrophe présente des symptômes de PTSD plus importants que les travailleurs humanitaires n'y étant pas directement exposés. Ils ont utilisé la Trauma Exposure Severity Scale (TESS) afin d'évaluer le degré d'exposition des participants. Ceci a permis d'établir la corrélation entre la sévérité du PTSD et la sévérité de l'exposition au trauma. Les résultats récoltés grâce à cette échelle ont permis de constater que 76% des participants avaient vécu le tremblement de terre directement et que 45,7% ont pensé qu'ils allaient mourir durant l'événement.

Cette observation se retrouve dans l'étude de Fullerton et al. (2004). Le groupe exposé directement à la catastrophe (n=207) présente en effet un score de stress et de PTSD plus élevé que le groupe contrôle (n=421) 13 mois après l'événement (OR=3.92, 95% CI=1.22-

12.62, $p=0,02$). Les sauveteurs ayant assisté les survivants sont 2,98 fois plus à risque d'avoir le PTSD que ceux n'ayant pas assisté les survivants (95%, CI=1.04-8.51, $p<0,05$).

5. a.5 Motivation

La motivation et les raisons inhérentes aux individus qui s'engagent dans le domaine humanitaire sont aussi des déterminants qui vont influencer leurs réactions aux événements sur le terrain. Hunt (2009) explore le vécu psychologique des professionnels de la santé en mission humanitaire en examinant ces facteurs de motivation et les attentes des sauveteurs. Deux groupes de participants ont répondu à des questionnaires individuels semi-structurés basés sur une méthodologie de description interprétative. Le premier groupe est composé de professionnels de la santé (9 médecins, 5 infirmières, 1 sage-femme) avec une expérience de plus de trois mois dans le domaine de l'humanitaire, et le deuxième comprend des personnes ayant de l'expérience en ressources humaines ou dans la coordination des missions dans des ONG.

Il met ainsi en évidence que la motivation joue un rôle essentiel dans l'expérience pratique. Celle-ci influence directement l'interprétation que les professionnels vont faire de leur expérience. Certains d'entre eux décrivent aussi un sentiment de désillusion en lien avec leurs attentes précédant la mission et le travail réel de terrain. Les résultats des interviews montrent également la nécessité de réajuster les motivations afin d'adapter et d'effectuer au mieux les tâches pour lesquelles ils sont envoyés.

L'étude qualitative réalisée par Bjerneld et al. (2006) a identifié plusieurs facteurs de motivation à s'engager comme volontaire dans une ONG. L'échantillon est composé de 19 professionnels de la santé scandinaves, qui se sont exprimés lors d'entretiens autour de la question de la motivation et des raisons les poussant à s'engager dans une ONG. Six thèmes principaux ont été identifiés tels que le besoin de reconnaissance, le développement de compétences professionnelles, la volonté de faire une différence en aidant, le développement personnel, la recherche de nouvelles expériences et le désir d'un travail plus satisfaisant.

5. a.6 Manque de ressources

Secore-Turner et al. (2006) mentionnent les conditions de travail difficiles des infirmières sur le terrain, ainsi que le manque d'équipements et les alternatives à trouver pour faire face à cela, comme par exemple le manque d'eau potable ou un accès limité à du matériel stérile. Les infirmières de cette étude soulignent que les conséquences de cette problématique mettent en péril la sécurité du patient en les poussant à ne pas pouvoir respecter les règles d'hygiène de base et de prévention des infections.

Hearns et al. (2007), qui ont étudié le concept de soutien selon la perception des travailleurs humanitaires ayant vécu des situations de catastrophe, ont signalé que les ressources disponibles sur le terrain étaient inférieures à leurs attentes et constituaient de ce fait un problème constant, comme par exemple les mauvaises conditions de vie dans lesquelles ils étaient amenés à travailler.

Cette notion de ressources insuffisantes se retrouve dans l'étude de Rogers et al. (2007). Le but de celle-ci est d'identifier les rôles des professionnels de la santé dans l'assistance aux victimes des ouragans Katrina et Rita, de déterminer les ressources dont ces professionnels ont besoin, et ainsi d'avoir plus d'informations pour améliorer la préparation de ces professionnels de la santé afin d'optimiser leur capacité de prise en charge. À travers les résultats des 726 questionnaires retournés, les travailleurs humanitaires décrivent en effet un manque d'information concernant les surveillances de santé à prodiguer (28%, n=69), un environnement et un travail hasardeux à fournir (26%, n=64) ainsi que des médicaments (21%, n=52) et des ressources sanitaires manquantes (23%, n=57).

5. a.7 Communication

Rogers et al. (2007) ont identifié la communication comme étant une autre ressource essentielle pour les travailleurs humanitaires. En effet, 33% (n=81) des participants ont relevé le manque de communication interne comme un obstacle à l'atteinte des buts pour une prise en charge optimale, ce qui engendre des difficultés supplémentaires auxquelles les travailleurs humanitaires sont confrontés. De surcroît, ce manque de communication interne peut avoir des conséquences sur l'organisation et la planification des interventions tant au niveau matériel, logistique que de la transmission d'informations, ceci dans un contexte souvent complexe et changeant. Les différentes sources de conflits proportionnelles au nombre d'acteurs humanitaires en mission compliquent la communication et engendrent une coordination difficile des interventions sur le terrain.

Selon Walsh (2009), le maintien de la communication ouverte au sein de l'organisation est un des éléments-clé lors du travail en cas de catastrophe. Cette communication va de pair avec la coordination et le leadership, permettant ainsi une meilleure gestion du contexte de crise en mission.

L'importance de la communication est soulignée par Hearns et al. (2007) non pas sous un angle organisationnel et professionnel mais cette fois sous un aspect plus personnel, en mettant en évidence l'importance pour les travailleurs humanitaires de rester en communication avec leurs familles et proches. Les résultats de l'étude de Dahlgren et al. (2009), qui s'intéressent aux risques pour la santé ainsi qu'aux comportements à risque chez les travailleurs humanitaires du CICR en retour de mission (n=1190), ont également révélé

que tous les expatriés ayant une personne à qui parler et se confier durant la mission avaient 28% (RR= 0.72, 95% CI 0.51-1.03) de moins d'épuisement. La plupart, (82.1%, n=942) ont rapporté avoir quelqu'un à qui se confier durant la mission. Dans 61.1% des cas (n=559), cette personne était un collègue, mais 18.8% (n=172) ont consulté un professionnel et 14.1% (n=129) se sont tournés vers des amis.

Les participants à l'étude de Hearn et al. (2007) ont aussi relevé l'importance de pouvoir maintenir la communication avec leurs familles, malgré une volonté de préserver ces derniers de ce dont ils sont témoins sur le terrain.

5. a.8 Coping

La notion de communication se retrouve dans les stratégies positives de coping. Le coping positif est un des mécanismes majeurs contre le développement d'un PTSD (Armagan et al., 2006). Il correspond au fait de parler avec sa famille, ses amis, de sortir du lieu de travail pour un moment et d'avoir de bons liens sociaux avec ses collègues. Ehring et al. (2011) relèvent ces mêmes stratégies telles que communiquer avec sa famille et ses proches ou prendre du temps pour soi. Celles-ci ont été associées à une diminution de troubles émotionnels. Eriksson et al. (2001) ont étudié la perception du niveau de soutien social chez des travailleurs humanitaires et l'ont mise en lien avec l'intensité des symptômes de PTSD. La perception du niveau de soutien social a été évaluée à l'aide de la Support Rating Scale, constituée de question concernant le soutien de la part de la famille et de la part des amis. Les résultats démontrent que malgré un niveau d'exposition élevé à un événement traumatique, les participants présentent une symptomatologie du PTSD moins marquée lorsqu'un haut niveau de soutien social y est associé.

Hunt (2009) appuie l'importance de la relation entre collègues sur le terrain ainsi que l'influence de celle-ci sur le moral des travailleurs humanitaires.

Rogers et al. (2007) soulignent que les événements auxquels les travailleurs doivent faire face peuvent engendrer des crises de stress, d'où l'importance de trouver du réconfort et du soutien moral chez les autres (collègues, amis, famille, etc.).

Soffer et al. (2011) ont recensé des hauts niveaux de coping et de soutien moral dans leur échantillon de 20 sauveteurs intervenant après le tremblement de terre en Haïti. La question suivante leur a été posée : «How well do you think you are handling the situation given the circumstances ?». Les participants y ont répondu selon une échelle cotée de 1 à 5 (1=pas du tout ; 5=très bien). La moyenne de ces résultats s'élève à 4,8 sur 5. Chez ces mêmes sauveteurs, le niveau de satisfaction élevé à accomplir leur travail sur le terrain a été démontré, avec un score moyen de 22,8 sur une échelle de 0 à 25. Ceci a donc un lien direct avec les résultats illustrant un haut niveau de coping.

5. a.9 Facteurs protecteurs

Plusieurs facteurs protecteurs développés par les volontaires sur le terrain ont été identifiés par Bjerneld et al. (2004). Le premier de ces facteurs est l'importance d'avoir une expérience clinique dans son pays afin d'avoir de l'assurance dans sa posture professionnelle et un sentiment de confiance en ses compétences et sa pratique. Ensuite, avoir des connaissances sur le lieu ainsi que sur les problèmes de santé publique existant dans le pays d'intervention permettent aux travailleurs humanitaires d'avoir les compétences pour affronter les situations et ainsi réduire les sentiments de peur et d'anxiété.

Les autres facteurs protecteurs sont propres à l'individu et correspondent à la personnalité et aux caractéristiques de chacun, à la stabilité émotionnelle, à la capacité de travailler en équipe ainsi qu'aux raisons motivationnelles de départ à participer à une mission humanitaire.

Ehring et al. (2011) ont également démontré que le fait d'avoir une famille et des enfants est un déterminant social de protection. Exposés au même événement traumatique, les travailleurs humanitaires ayant une vie familiale présentent un niveau de symptômes de PTSD plus bas que les célibataires sans enfant ($t(254)=2.25, p<0.05$), tout comme pour la dépression ($t(261)=2.28, p<0.05$).

5. a.10 Conséquences

En cas d'adaptation inefficace suite à l'exposition à un traumatisme, les conséquences peuvent être de plusieurs types. Selon Armagan et al. (2006), 21 des 33 participants (63.6%) de leur étude ont présenté au moins un ou plus des symptômes du PTSD. Les plus courants sont l'apparition de troubles du sommeil (33.3%, $n=11$), l'irritabilité (27.2%, $n=9$) et le détachement émotionnel (27.2%, $n=9$). Dans l'échantillon d'Eriksson et al. (2001) composé de 113 travailleurs humanitaires ayant participé à des missions de sauvetage et de développement, 10% ont présenté les critères d'un PTSD. Ceci a été évalué à l'aide de la Los Angeles Symptom Checklist (LASC) qui demande aux participants d'indiquer leur expérience personnelle en lien avec des symptômes spécifiques en indiquant si ceux-ci étaient un problème sur une échelle de 0 à 4. Les 10% présentant les critères d'un PTSD ont décrit des difficultés dans les catégories de symptômes suivantes : la reviviscence de l'événement, l'évitement, ainsi que l'hypervigilance. La moitié des participants (51%) a rapporté avoir des difficultés dans au moins une des catégories de symptômes. Ceci démontre que même si le PTSD n'est pas diagnostiqué, certains de ces symptômes peuvent persister.

D'autres conséquences peuvent découler du PTSD. Les participants de l'étude de Mager-Stellman et al. (2008) ont également présenté une perturbation émotionnelle et une

incapacité à participer à la vie sociale, familiale et professionnelle suite à la perte d'un membre de la famille dans les attentats du 11 septembre 2001. La perte de proches (amis) a également été constatée comme un risque pour développer un probable PTSD (OR=1.2 ; 95% CI, 1.02-1.43). Cette même étude a relevé comme autre conséquence une augmentation de la consommation d'alcool. En effet, 47% des consommateurs d'alcool ont augmenté leur consommation durant leur participation à la mission de sauvetage et 24% ont continué à consommer de l'alcool de manière plus importante, même après la mission.

Guo et al. (2004) ont étudié la prévalence du PTSD auprès de sauveteurs professionnels et non-professionnels qui sont intervenus après le tremblement de terre Chi-Chi à Taïwan en 1999. Ils ont identifié des niveaux de stress élevés même chez les professionnels, pouvant mener jusqu'à des problématiques de santé mentale. Selon leurs résultats obtenus à l'aide d'échelles d'évaluation du PTSD (Davidson Trauma Scale, DTS-C), 1/5 des sauveteurs professionnels (n=167) et 1/3 (n=85) des non-professionnels souffrent de PTSD.

Rogers et al. (2007) ont illustré les conséquences psychologiques de l'exposition à une catastrophe de la manière suivante :

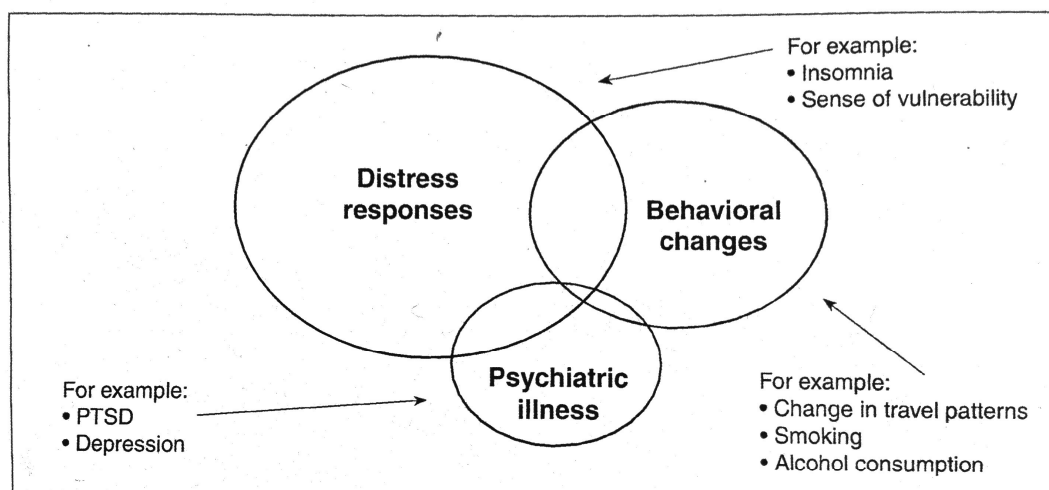


Figure 2. Psychological consequences of disaster and terrorism. PTSD = posttraumatic stress disorder. (Reprinted with permission from Ursano, R. J. [2002, November]. *Terrorism and mental health: Public health and primary care*. Paper presented at the Eighteenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy. Status Report: Meeting the Mental Health Needs of the Country in the Wake of September 11, 2001. Atlanta, GA.)

Dahlgren et al. (2009) ont investigué les habitudes de vie et les comportements à risque chez des travailleurs humanitaires du CICR en retour de mission. Sur un échantillon de 1190 participants, 1029 (90%) étaient des consommateurs d'alcool. Une augmentation de cette consommation a été observée chez 14% d'entre eux (n=139), une diminution chez 19.8% (n=197), 3.8% (n=38) ont arrêté et 62.4% (n=621) n'ont pas changé leur habitude de consommation. Concernant l'utilisation du tabac, 41% (n=456) étaient déjà fumeurs avant le départ en mission. Parmi ceux-ci, 198 (43.4%) ont augmenté leur consommation de tabac. Une diminution a été observée chez une minorité (4.6%, n=21) et un arrêt total chez 5.5% (n=25). Seulement 10.1% ont commencé à consommer des cigarettes en mission et 43.4%

(n=198) n'ont pas modifié leurs habitudes. Commencer à fumer en mission ou l'augmentation de la consommation a été associé de manière significative au sexe féminin, l'augmentation de la consommation d'alcool et l'épuisement. Une petite minorité (2.9%, n=34) a rapporté avoir consommé des drogues (cannabis) durant la mission.

Parmi les comportements à risque en mission, Dahlgren et al. (2009) se sont également intéressés aux comportements sexuels des travailleurs humanitaires. Un tiers (29.3%, n=337) ont admis avoir eu une relation sexuelle avec une autre personne que leur partenaire habituel. De ces 29.3%, la moitié (49%, n=164) a eu un seul partenaire, 35.5% (n=119) en ont eu deux ou trois et 15.5% (n=52) quatre ou plus. Les travailleurs participant à des missions plus longues (6-12 mois et 12-18 mois) étaient deux fois plus à risque d'avoir des relations sexuelles (RR= 1.52, 95% CI 1.03-2.23) et RR=1.97, 95% CI 1.4-2.78) que ceux partant pour moins de 6 mois. Les préservatifs ont été utilisés dans 20.4% des cas (n=68). En revanche, 18.8% (n=62) des participants n'en n'ont pas utilisé systématiquement, voire jamais. Les hommes (38%) ont été identifiés comme plus à risque d'avoir des relations sexuelles en mission que les femmes (RR= 1.38, 95% CI 1.08-1.75). Les analyses ont révélé que les personnes âgées de 40-49 ans et de plus de 50 ans étaient de 22% (RR= 0.78, CI 95% 0.51-1.20) et 55% (RR= 0.45, CI 95% 0.25-0.81) et présentaient moins de risque d'avoir ces comportements.

5. b. Interventions

5. b.1 Préparation

Rogers et al., (2007) ont tenté de déterminer les ressources dont les professionnels ont besoin lors de missions humanitaires. Ils ont relevé que la préparation et le management des opérations de sauvetage doivent être clairement identifiés. Le but étant de minimiser les risques pour la santé, il est proposé dans cette recherche que les professionnels de la santé soient totalement impliqués dans la préparation et le management afin de mieux répondre à la prévention des maladies (physiques ou mentales) suite à un événement traumatique. On retrouve cette notion dans le cadre des interviews effectuées dans l'étude qualitative de Hearn et al., (2007), dans laquelle les travailleurs humanitaires ont mis en évidence l'importance d'une préparation avant le départ afin de mieux gérer le stress.

Bjorneld et al. (2004) ont également réalisé des interviews d'infirmières et de médecins ayant participé à une mission humanitaire. La nature inattendue du travail à effectuer sur le terrain ainsi que le manque de préparation pour celui-ci ont été mis en évidence. En effet, les soignants n'étaient pas préparés à devoir endosser des rôles professionnels comprenant des responsabilités de leader, de management ou encore de médiateur. En revanche, les facteurs influençant le succès sur le terrain ont été identifiés par les professionnels comme

étant les connaissances préalables à la mission, l'expérience et les compétences. Ces facteurs permettent aux travailleurs humanitaires d'être plus compétents et de répondre de manière plus efficace aux situations auxquelles ils doivent faire face. Les compétences acquises préalablement lors de la préparation vont leur permettre de diminuer le stress et ainsi de réduire le risque de développer un PTSD.

La préparation a un effet positif sur les travailleurs humanitaires et constitue un facteur de succès sur le terrain. En effet, elle permet de diminuer le niveau de stress (Walsh, 2009). Le développement des habiletés cliniques et fonctionnelles, l'éducation au trauma ainsi que l'entraînement de prise en soins de victimes de catastrophes contribuent à réduire les sentiments de peur et d'anxiété face aux différentes situations.

Au contraire, le manque de préparation peut contribuer à une réponse désorganisée et inefficace qui peut augmenter et influencer négativement le degré des conséquences psychiatriques et sociétales (Secore-Turner et al., 2006).

5. b.2 Débriefing psychologique

Lors de missions humanitaires, les travailleurs s'exposent à des dangers physiques et psychologiques en lien avec des circonstances de crise différentes. Un support social et la possibilité de partager leurs expériences permettent aux travailleurs de mieux vivre leur expérience humanitaire. Grâce aux sessions volontaires de débriefing offertes par les organisations humanitaires, les soignants ont la possibilité de partager leurs expériences et de recevoir un soutien social (Walsh, 2009).

Secore-Turner et al. (2006) expliquent que malgré les bénéfices thérapeutiques tirés du partage avec les collègues, les infirmières devraient également bénéficier de périodes de repos suffisantes, d'un soutien émotionnel et de pouvoir prendre du temps pour elles pendant la mission.

Hytten et Hasle (1989) cités par Robbins (1999) ont comparé un groupe de pompiers ayant reçu une session de débriefing avec un groupe ne l'ayant pas reçue, deux semaines après un incendie de grande ampleur. Le groupe ayant bénéficié de la séance de débriefing a rapporté un sentiment de soulagement et une augmentation de la confiance en soi. Cependant, ce résultat n'a pas été objectivé à l'aide de mesures standardisées (échelles d'évaluation). Robbins (1995), qui s'est questionné sur l'efficacité du débriefing, déclare que celui-ci n'est toutefois pas délétère, malgré le manque de données probantes et même s'il s'avère inefficace. Raphael et al. (2005) affirment que si le débriefing n'est pas correctement encadré et mis en place, il peut être à l'origine d'un traumatisme secondaire, surtout si le traumatisme de base est minimisé.

6. Analyse

La dureté des situations de mission humanitaire et la difficulté à mettre en place des interventions de soins répondant aux besoins des populations-cible des actions humanitaires rendent la pratique infirmière en mission très éprouvante physiquement mais également psychiquement. Certaines développent un PTSD, d'autres pas. Nous tentons de comprendre pourquoi, à travers une analyse de la littérature scientifique consultée.

Les objectifs de ce travail sont repris dans ce chapitre pour analyser les résultats de la recherche de littérature sur ce thème.

Objectif 1 : Identifier les déterminants du développement du PTSD lors d'une mission humanitaire chez les infirmières

Le stress post-traumatique est caractérisé dans le DSM-IV comme l'exposition d'un sujet à un événement durant lequel des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés, ou durant lequel l'intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Suite à l'événement, le sujet a ressenti une peur intense et un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Dans le domaine de l'aide humanitaire, les soignants sont directement confrontés à la mort, à la destruction et à la détresse d'autrui. Par conséquent, ils sont particulièrement exposés au risque de développer un PTSD.

La nature de l'événement vécu et la sévérité de l'exposition à cet événement sont le déterminant principal du développement ou non d'un PTSD. En effet, Secore-Turner et al. (2006), Ehring et al. (2011), et Fullerton et al. (2004) soulignent que risquer sa vie, être exposé directement à l'événement et faire face au réel de la mort ou de la souffrance à grande échelle sont des facteurs déterminant la réponse psychologique face au stress de l'événement traumatique. Les missions humanitaires se déroulent dans un contexte particulier où les infirmières ne se trouvent pas dans leur environnement habituel. La langue du pays d'intervention peut être différente, le sentiment de sécurité sur le terrain peut être faible lors de la présence de groupes armés dans les rues et la nature du travail à effectuer diffère de la pratique infirmière habituelle en milieu hospitalier. La spécificité du travail en mission concerne tous ces facteurs qui s'ajoutent à la profession d'infirmière, reconnue déjà comme une profession stressante.

Cependant, d'autres déterminants vont influencer les stratégies d'adaptation et la capacité de résilience. Ils peuvent contribuer à favoriser le développement d'un PTSD ou non et agir en tant que facteurs de protection afin de contrebalancer ceux sur lesquels l'individu n'a pas de prise.

Plusieurs auteurs ont étudié la relation entre les facteurs personnels des soignants partant en mission et leur influence sur le développement d'un PTSD ou non (Ehring et al., 2011 ; Armagan et al., 2006), c'est-à-dire, le sexe, l'âge, l'état civil ou encore les expériences antérieures d'événements traumatiques.

Les femmes ont des scores d'anxiété et de symptômes somatiques de PTSD plus élevés que les hommes, en particulier dans l'étude de Ehring et al. (2011) dont l'échantillon est suffisant (n=267) pour assurer la significativité des résultats. De plus, cette affirmation est étayée par Armagan et al. (2006), qui ont obtenu des résultats similaires malgré la faible taille de l'échantillon (n=36), composé de 15 médecins (11 hommes, 4 femmes), 12 infirmières (toutes des femmes), 6 logisticiens (tous des hommes) et 1 psychologue. En s'intéressant aux infirmières, celles présentes dans cette étude (n=12), ont obtenu des scores d'évaluation des symptômes de PTSD plus élevés que les participants de sexe masculin dans le même champ professionnel (n=11).

Cependant, l'on peut se demander si, dans ce dernier cas, le score élevé de symptômes de PTSD est lié au sexe ou à la profession. En effet, les logisticiens n'ayant pas de contact direct avec les patients ont montré un score de PTSD moindre en comparaison des infirmières qui sont en première ligne et en relation directe avec les personnes touchées par la catastrophe (Armagan, 2006). Cette comparaison peut être établie malgré leurs rôles professionnels différents démontrant ainsi un risque accru chez les infirmières d'être exposées à un événement traumatique. Une explication possible de cette différence peut provenir des caractéristiques inhérentes à la profession infirmière, c'est-à-dire d'une capacité à se tourner et à s'ouvrir vers autrui, à récolter la souffrance de l'autre et à vouloir la soulager. Cette capacité d'ouverture présente dans le panel de compétences infirmières peut être à l'origine d'un risque plus important de développer des symptômes de PTSD en raison d'une sensibilité plus accrue à être touché par les événements de terrain.

Ehring et al. (2011) mentionnent dans leur étude que les célibataires sans enfant exposés au même événement traumatique que les travailleurs humanitaires mariés ont présenté un niveau de symptômes de PTSD plus élevé que ces derniers. Les auteurs ne donnent pas d'explications quant à ces résultats. Toutefois, nous supposons que cette différence est liée au fait que les personnes mariées partagent un lien affectif plus puissant au quotidien (mari, femme, enfants) ce qui va agir comme un facteur protecteur en renforçant leur soutien.

Selon Secore-Turner et al. (2006), le fait d'être jeune serait un facteur favorable au développement d'un PTSD, en lien avec le manque d'expérience des travailleurs humanitaires. En début de carrière, ceux-ci n'ont pas encore été confrontés à des situations de crise telles que celles rencontrées sur le terrain. Les travailleurs humanitaires ayant moins de trois ans d'expérience sont plus à risque de développer le syndrome de PTSD

(Armagan et al., 2006). Par conséquent, on peut souligner que l'âge a un rôle déterminant dans la manière de vivre les événements, en lien avec l'expérience. Une hypothèse possible serait que la jeune infirmière avec moins de 3 ans d'expérience ne possède pas le recul nécessaire pour appréhender les événements et présente peut-être un degré d'implication émotionnelle plus marqué. Cependant, l'expérience humanitaire répétée peut également être un facteur de risque malgré le niveau d'expérience élevé en raison d'une reviviscence d'expériences traumatisantes. Néanmoins, aucune étude de cette revue de la littérature ne décrit un seuil critique concernant l'expérience en mission humanitaire en tant que facteur protecteur ou facteur de risque.

Non seulement l'expérience en tant qu'infirmière a une place importante dans le vécu professionnel, mais aussi le fait d'avoir déjà vécu une ou plusieurs expériences traumatiques, qui peuvent influencer tant positivement que négativement la réponse aux événements vécus sur le terrain. Effectivement, soit l'infirmière rencontrera des situations connues et elle saura donc comment les gérer, soit ces dernières lui rappelleront les difficultés et les éventuels traumatismes auxquels elle a dû faire face et qui ont été problématiques (Secore-Turner et al., 2006).

Ces résultats sont confirmés par Ehring et al. (2011) qui montrent qu'une expérience antérieure de traumatisme peut prédire une plus grande sévérité de la symptomatologie du PTSD. Fullerton et al. (2004) rejoignent ce constat en décrivant que les travailleurs ayant été fortement exposés à une catastrophe et ayant des antécédents de travail en cas de catastrophe ont plus de risque de souffrir du PTSD, avec un échantillon de taille adéquate (n=628).

Les motivations personnelles telles que découvrir un nouveau pays, vivre de nouvelles expériences ou se lancer un défi personnel (Hunt, 2009) sont les raisons qui poussent les infirmiers à s'engager dans le domaine de l'humanitaire. Elles déterminent la manière dont les professionnels de la santé vont vivre la mission et ses conséquences. La motivation et les attentes des professionnels concernant leur travail en mission peuvent être des déterminants importants dans l'apparition d'un PTSD. De plus, les conditions climatiques souvent extrêmes peuvent fragiliser tant sur le plan physique que psychologique les travailleurs issus de climats plutôt tempérés. Aucun article de cette revue de la littérature n'étudie l'impact psychologique des conditions climatiques sur les travailleurs humanitaires. Toutefois, cet aspect a de l'importance car il s'additionne à des facteurs de stress de terrain liés au travail à fournir en mission.

En effet, selon Hunt (2009) et Bjerneld et al. (2006), la motivation influence directement l'interprétation que les professionnels de la santé vont faire de leur expérience. En effet, les raisons qui poussent les soignants à s'engager dans des organisations à but humanitaire

vont être déterminantes dans la manière d'appréhender les événements auxquels ils devront faire face sur le terrain. Des participants expriment qu'une motivation trop idéalisée, avoir l'impression d'aller « sauver le monde », peut augmenter le sentiment de désillusion et d'anxiété, mener à un sentiment de déception, de douter de soi, et diminuer la capacité de résilience. C'est pourquoi Hunt (2009) souligne le fait que les motivations des infirmières changeront lors de la mission, d'où l'importance de revoir les buts et attentes qui les ont poussées à partir.

L'échantillon de l'étude de Bjerneld et al. (2006) sur les facteurs motivationnels était composé de 19 personnes. La méthode utilisée (focus group) a permis l'identification de similitudes dans les réponses des participants. Les interviews réalisées pour identifier ces facteurs motivationnels chez les travailleurs humanitaires ont permis de mettre en avant différents thèmes comme le besoin de reconnaissance et l'estime de soi. Effectivement, réussir à surmonter les défis sur le terrain, à développer des compétences professionnelles ainsi que la volonté de participer à l'amélioration des conditions de vie des plus démunis contribue à une bonne estime de soi.

Ainsi, cela rejoint d'autres facteurs motivationnels à savoir le développement personnel (tester ses propres limites), la recherche de nouvelles expériences et la volonté d'avoir un travail plus satisfaisant (Bjerneld, 2006).

La motivation peut influencer le risque de développer des symptômes de PTSD, celle-ci pouvant être responsable d'un sentiment de désillusion lorsque les soignants sont confrontés au terrain alors que la réalité ne correspond pas à leurs attentes.

L'infirmière en mission se retrouve confrontée à des possibilités d'action restreintes, à un sentiment d'impuissance lors de situations dramatiques comme, pour ne citer que quelques exemples, l'incapacité de prodiguer des soins à tout le monde (rationnement, triage et priorisation) ou les décès évitables, y compris par manque de matériel (Secore-Turner et al., 2006).

Le développement ou non d'un PTSD va non seulement être favorisé par la sévérité du traumatisme mais sera également influencé par des éléments organisationnels et de soutien aux équipes.

Selon Rogers et al. (2007), la communication fait partie des obstacles auxquels les professionnels de la santé doivent faire face lors d'un état de crise. Lorsque ceux-ci se voient confrontés, par exemple, à une catastrophe naturelle comme un ouragan ou un tremblement de terre, ils doivent faire face à plusieurs difficultés. Le chaos engendré par la catastrophe complexifie la mise en place d'interventions et rend la coordination essentielle entre acteurs encore plus difficile tout comme l'optimisation des opérations de sauvetage. Le manque de

communication lié à la confusion qui suit l'événement peut donc être un obstacle à organiser des soins efficaces et à répondre aux besoins des victimes.

Les différentes langues parlées par les membres de l'équipe peuvent également rendre la communication plus difficile au sein de la mission, ainsi qu'avec les professionnels et les patients locaux. En effet, l'incompréhension qui pourrait découler de cette barrière de la langue peut donner le sentiment de ne pas pouvoir offrir autant que l'on souhaiterait et ainsi de ne pas avoir l'efficacité maximale (Bjerneld et al., 2004).

L'un des facteurs de stress est de travailler dans un environnement différent avec des ressources matérielles limitées. En effet, le fait de ne pas pouvoir toujours respecter les principes élémentaires d'hygiène et de prévention en raison d'un manque de ressources (manque de matériel stérile, manque d'eau potable, de nourriture...) met les infirmières en difficulté sur le terrain.

La combinaison des déterminants du PTSD tels que les caractéristiques individuelles des infirmières humanitaires, le type de mission et les conditions de travail sur le terrain reste toutefois à être étudiée par des analyses multivariées qui font souvent défaut dans les études réalisées à ce jour. En effet, les travailleurs humanitaires sont plus enclins à l'action qu'à la recherche.

Objectif 2 : Identifier les conséquences du PTSD dans le cadre particulier d'un retour de mission humanitaire

Le PTSD peut avoir des conséquences dans la reprise de la vie quotidienne par les soignants lors de leur retour de mission. Ces conséquences peuvent se manifester de plusieurs façons, que ce soit de manière somatique ou comportementales (abus de substances, altération du fonctionnement social). En effet, la plupart des individus ayant vécu des événements traumatiques traversent des changements comportementaux de manière modérée à sévère, avec une symptomatologie plus ou moins marquée.

Les réponses face au stress comprennent l'insomnie, l'anxiété, la colère ou le sentiment de vulnérabilité. Les changements comportementaux incluent l'augmentation de la consommation d'alcool ou encore de tabac, voire le développement de maladies psychiatriques telles que le PTSD ou la dépression (Rogers et al., 2007). Les comportements sexuels à risque sont également des conséquences possibles (Dalhgren et al., 2009). Cependant, on peut émettre l'hypothèse que ces résultats ne reflètent pas réellement les comportements sexuels à risque en raison du choix de la part des participants de divulguer ou non toutes les informations personnelles les concernant. En effet, les participants ayant remplis des questionnaires individuels ont pu ne pas confier la totalité de

leurs comportements. Ces différentes manières de réagir vont dépendre à leur tour des déterminants individuels, de l'expérience de chacun et du type d'événements vécus.

Les conséquences du PTSD peuvent évoluer soit vers une symptomatologie chronique, soit au contraire vers une amélioration de l'état psychologique grâce à la capacité de résilience. En effet, celle-ci est un déterminant incontournable en tant que facteur protecteur du PTSD. Cependant, aucune étude identifiée par cette revue de la littérature n'a étudié ce concept en lien avec les événements vécus par les infirmières en mission humanitaire. Néanmoins, Garcia-Dia et al. (2013) relèvent que tous les déterminants qu'ils ont identifiés dans la « Resilience Concept Mapping » (Annexe 8) sont identiques aux facteurs de risque relevés par tous les auteurs de cette revue de la littérature. Par conséquent, malgré l'absence d'études spécifiques concernant la résilience chez les infirmières, un lien certain peut être établi entre la capacité de résilience et le risque de développer ou non un PTSD.

Objectif 3 : Sélectionner quelques interventions efficaces susceptibles de faciliter l'adaptation des infirmières et donc de diminuer la fréquence du PTSD

Aucun des articles de cette revue de la littérature n'a décrit ou évalué de véritables interventions concertées et basées sur le renforcement des déterminants protecteurs sur lesquels on peut agir.

Toutefois, plusieurs interventions peuvent être mises en place afin de diminuer le risque de développer un PTSD.

Premièrement, une phase de préparation avant le départ en mission peut être déterminante dans la manière d'appréhender et d'intégrer les situations prévisibles sur le terrain afin de diminuer le niveau de stress (Walsh, 2009).

Bjerneld et al. (2004) considère la préparation comme un facteur influençant le succès sur le terrain en ayant identifié trois catégories centrales: les connaissances, l'expérience, et les compétences, le tout associé aux qualités individuelles. En effet, le nombre d'années d'expérience clinique va offrir aux soignants une assurance dans leur pratique et leurs rôles professionnels. Walsh (2009) souligne que la préparation a une réponse positive sur les travailleurs en réduisant leur niveau de stress sur le terrain. De plus, le développement des habiletés cliniques ainsi que des compétences de management et de leadership réduisent le sentiment d'anxiété, de peur et d'insatisfaction. Enfin, un entraînement à la prise en soin de victimes de catastrophes va permettre une réduction de l'anxiété face à la situation.

Secore-Turner et al. (2006) décrivent qu'une bonne préparation avant d'aller sur le terrain va déterminer le degré des conséquences psychiatriques et sociétales. En effet, un manque de préparation théorique et pratique qui pourrait contribuer à une réponse désorganisée et inefficace durant la mission.

Hearns et al. (2007) et Walsh (2009) mettent en évidence l'importance de la communication lors de missions humanitaires. La mise en place d'une communication efficace au sein des équipes sur le terrain est donc une intervention à considérer sur le plan psychologique, et pas uniquement en tant qu'outil de travail. Cependant, les auteurs ne décrivent pas avec précision les caractéristiques d'une communication dite bonne et efficace, mais il a été vu dans les résultats que celle-ci permet aux infirmières de mieux faire face aux situations rencontrées et peut contribuer au développement de stratégies de coping positif. La communication devrait toutefois être améliorée et ne pas s'arrêter à la fin de la mission, mais continuer au retour afin que les infirmières se sentent encore soutenues (Hearns et al., 2007). Nous supposons que le retour de mission est un moment favorable à la communication et au soutien puisque l'exposition aux facteurs de stress est terminée et les infirmières commencent une période de transition avec le retour à la vie civile. Cependant, aucune étude de cette revue de la littérature n'a étudié cet aspect.

Le fait de participer aussi à des séances de débriefing pendant ou après la mission permet de réduire les risques de développement du PTSD. En effet, la perception du soutien affecte l'estime de soi du travailleur humanitaire et son rapport à l'organisation. L'infirmière peut être déçue d'elle-même, de l'organisation ou de son rôle en mission si le soutien attendu n'est ressenti comme suffisant.

La préparation des équipes avant de partir et les plans de catastrophe aident aussi à mieux organiser une réponse à cette crise. Ainsi, l'entraînement pré-catastrophe, l'évaluation et l'enseignement aux volontaires (santé publique, épidémiologie, maladies transmissibles, droit international humanitaire, mesures de sécurité) et le soutien post-crise réduisent la fréquence et la sévérité du PTSD (Walsh, 2009).

Ainsi, il est important de s'assurer que les travailleurs humanitaires sont soutenus physiquement et psychiquement grâce à des séances de débriefing tant pendant que après la mission. Le débriefing reste une intervention de plus en plus utilisée avec pour objectif l'amélioration des conséquences suite à une expérience traumatique (Robbins, 1999). Nous n'avons trouvé que peu d'articles évaluant l'efficacité réelle de cette pratique en raison de notre recherche limitée. Des recherches utilisant des mesures d'évaluation standardisées devraient encore être conduites.

Cependant, le CICR a intégré le débriefing de manière systématique pour ses collaborateurs en leur proposant un soutien afin de leur permettre un travail efficace sur le terrain tout en protégeant leur santé. Le détail de cette démarche est présenté dans l'Annexe 9

Objectif 4 : Etablir des recommandations

6. a. Recommandations de la littérature scientifique

L'association entre l'expérience traumatique et le PTSD est bien connue (Cardozo et al., 2012). Tous les auteurs s'accordent sur les recommandations à faire afin de réduire le risque d'un PTSD au retour de mission.

Plusieurs aspects pourraient être améliorés : une formation de gestion du stress avant le départ, une gestion plus efficace de toute la phase d'intervention et le maintien de la communication après la mission afin d'offrir du soutien aux infirmières à leur retour (Hearn, 2007). Ensuite, les organisations humanitaires devraient organiser des entraînements ou briefings avant le départ et soutenir les collaborateurs une fois sur le terrain, en leur offrant des périodes de repos qui leur permettraient d'avoir du temps pour eux (Hunt, 2009). Des conditions de travail sécuritaires devraient également être assurées tout comme une préparation approfondie concernant le travail d'aide humanitaire pour aider les infirmières à donner du sens à leur activité sur le terrain. Des mesures spécifiques devraient être mises en place afin de permettre aux travailleurs humanitaires de maintenir un contact avec leur famille et leurs proches lorsqu'ils sont en mission (Bjorneld et al., 2006). Connorton et al. (2012) recommandent que les personnes s'engageant dans le domaine de l'humanitaire soient informées des risques d'une éventuelle exposition à un traumatisme, de laquelle pourrait en découler des conséquences psychologiques. Ils recommandent aussi un soutien médical et psychologique approprié.

Par ailleurs, les travailleurs humanitaires devraient être informés que des antécédents de maladie mentale ou de dépendance à une substance (alcool) peuvent engendrer un risque de détresse psychologique durant le déploiement. Les meilleures conditions de travail possibles telles que le lieu de résidence ou un espace de travail adéquat devraient être fournis. Les organisations devraient garantir, dans la mesure du possible, une charge de travail raisonnable, un management adéquat, une reconnaissance du travail accompli ainsi qu'un soutien social encourageant la communication (Cardozo et al., 2012).

Bien que ces recommandations aient été identifiées par tous ces auteurs, il est important de noter que chaque mission a sa singularité et que les possibilités offertes sur le terrain diffèrent. Pour cette raison, ces recommandations doivent être adaptées au contexte et à l'expérience de la collaboratrice, ce qui n'est pas toujours applicable.

6. b. Recommandations de notre part

Plusieurs recommandations peuvent être établies afin d'approfondir la problématique du développement du stress post-traumatique chez les infirmières partant en mission humanitaire.

Premièrement, les échantillons des futures recherches devraient être de taille plus importante afin d'augmenter la validité, la fiabilité et la généralisabilité des résultats.

Deuxièmement, il serait intéressant de disposer de davantage d'études longitudinales, avec des groupes de comparaison et des analyses multivariées prenant en compte des déterminants du PTSD basés sur une véritable réflexion conceptuelle, afin d'observer sur le long terme les symptômes et les conséquences du stress post-traumatiques et identifier les déterminants et les facteurs de risque ayant le plus d'impact psychologique sur les infirmières en mission humanitaire. Ceci nous permettrait de savoir sur quels déterminants agir avec les plus grandes chances de succès.

Troisièmement, la typologie des participants aux études devrait être plus précise et spécifique quant à leur rôle professionnel en mission afin d'obtenir une uniformité. En effet, cette revue de la littérature est composée de « health workers » ou encore « rescue workers », qui regroupe tous les types de professionnels de la santé travaillant dans le domaine de l'humanitaire. Il serait plus approprié, pour affiner la spécificité des recommandations à la population infirmière, que les échantillons soient composés de participants pratiquant la même profession.

Enfin, pour étudier particulièrement le phénomène du PTSD, il conviendrait de focaliser les recherches uniquement sur ce syndrome. Les résultats concernant les autres troubles tels que la dépression, le stress aigu ou encore l'anxiété devraient être limités au profit du PTSD. Les méthodes quantitatives devraient être préférées afin d'obtenir des résultats statistiquement significatifs et de permettre une meilleure exploration de cette problématique psychiatrique évitable.

6. c. Recommandations aux organisations humanitaires, aux chercheurs et aux infirmières

Pour qui ?	Quoi ?	Avec quels moyens ?
Organisations humanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les besoins des infirmières partant en mission • Mieux documenter les interventions (préparation, débriefing) • Faire une évaluation psychologique du collaborateur avant de partir • Garantir une communication efficace entre collaborateurs concernant les aspects logistiques et organisationnels sur le terrain • Garantir aux collaborateurs humanitaires un accès à des ressources de base (nourriture, eau potable) • Favoriser au maximum un environnement de travail sécuritaire et protéger les collaborateurs des dangers de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de programmes de préparation adaptés aux besoins des infirmières pouvant être donnés en partie par d'autres infirmières. • Évaluation psychologique avant, pendant et après la mission • Proposer des entretiens individuels • Suite à ces entretiens, distribuer des évaluations individuelles à remplir par les infirmières parties en mission concernant les interventions proposées et leur efficacité. • Permettre aux collaborateurs sur le terrain de pouvoir toujours être en contact avec le siège de l'organisation (communication interne et externe) • Informer les collaborateurs de l'évolution des conflits et les rapatrier dès que possible si la situation l'exige
Chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Intéresser les chercheurs à cette problématique • Faire des études comparatives entre deux groupes de participants (ex : infirmiers sur le lieu de catastrophe vs. Infirmiers en institution) • Avoir des échantillons plus importants • Spécifier le type de population étudiée • Effectuer plus d'études longitudinales et des analyses multi variées • Établir une description détaillée de ces interventions • Évaluer leur efficacité • Étudier le concept de la résilience chez les infirmières au retour de 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les chercheurs à l'importance de cette problématique (aller à leur rencontre, faire connaître le problème à travers des conférences, présentations...) • Récolter des données à large échelle (questionnaires, entretiens...) • Sensibiliser la population-cible à participer aux études : informer par mails, se rendre dans les ONG, distribuer des documents explicatifs sur la recherche... • Susciter l'intérêt des organisations pour ce type de recherche débouchant sur des actions utiles

	mission humanitaire <ul style="list-style-type: none"> • Rendre les recherches effectuées encore plus accessibles à tout public 	
Infirmières partant en mission	<ul style="list-style-type: none"> • Définir leurs attentes et besoins avant, pendant et après une mission • Favoriser la communication interne et externe • Favoriser le développement de compétences spécifiques au type de mission grâce à une préparation adaptée • Permettre aux infirmières d'avoir des moments de repos pour prendre du temps pour elles lors de la mission 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer un soutien psychologique systématique lors des missions humanitaires par un psychologue • Former le responsable d'équipe sur le terrain à détecter les premiers signes d'une détresse psychologique • Proposer des cours théoriques et pratiques avec mises en situation et acquisition de connaissances spécifiques à la mission pour laquelle les infirmières partent • Organiser le travail en mission sous forme de « tournus » afin que chaque infirmière puisse avoir une charge de travail équitable et bénéficier de moments de repos à parts égales

6. d. Lien avec le modèle de l'adaptation de Callista Roy

Selon les facteurs retenus et étudiés précédemment, il est ressorti que la capacité de résilience et les stratégies d'adaptation sont essentielles au bon fonctionnement de l'infirmière pendant et après la mission.

Nous mettons en évidence ici les mécanismes du système d'adaptation de l'être humain et le métaconcept de l'environnement qui tous deux permettent de faire le lien entre la théorie de Callista Roy et notre phénomène d'intérêt.

Selon Roy, les comportements de l'être humain sont soit adaptés ou non-adaptés. Ils se manifestent chez la personne selon quatre modes: les besoins physiologiques, l'image de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance.

Lors d'un PTSD, ces quatre modes d'adaptation sont perturbés. Les besoins physiologiques dysfonctionnent, comme par exemple lors de troubles du sommeil. Une altération des relations sociales perturbent l'interdépendance de la personne avec les autres, que ce soit sa famille ou les proches. Un désinvestissement professionnel et une perte de sens ont également pu être observés comme conséquences suite à un événement traumatique, ce qui démontre le dysfonctionnement de la fonction de rôle. Le PTSD correspond donc à ce que Roy qualifie de comportement non-adapté, c'est-à-dire des « réponses qui ne favorisent

pas l'adaptation de l'individu » à travers, par exemple, des consommations excessives de substances ou une attitude de repli sur soi.

Pour reprendre les métaconcepts, celui de l'environnement peut également être mis en lien avec les résultats et l'analyse de notre étude. Étant défini comme des « situations, circonstances et influences susceptibles d'agir sur le développement et les comportements des personnes » (Pépin et al., 2010), nous pouvons souligner le fait que ce dernier a une influence sur la réaction des infirmières face aux situations d'aide humanitaire. En mettant en évidence à travers notre analyse le type d'événement traumatique comme facteur de risque, nous avons retenu que certaines situations, en lien avec une sévère exposition à l'événement, pouvait mettre en péril la capacité d'adaptation des infirmières et de ce fait déboucher sur le développement d'un PTSD. De plus, le climat peut également agir comme facteur de stress supplémentaire à un environnement déjà stressant.

En revanche, des facteurs protecteurs comme la préparation avant de partir, la communication interne et externe en mission ainsi que les espaces de débriefing sur le terrain permettent aux collaborateurs de mieux faire face aux événements vécus et ainsi, grâce à cet environnement de travail sécuritaire, de mieux s'adapter au contexte de mission et d'être plus opérationnel concernant la charge de travail. Ainsi, dans ce contexte d'aide humanitaire, l'environnement a une influence directe sur la personne et va guider sa capacité d'adaptation tant positivement que négativement.

7. Conclusion

Le travail infirmier dans le domaine de l'humanitaire confronte les soignants à une nouvelle dimension de leur pratique. L'engagement en mission demande un investissement particulier, autant professionnel que personnel. Celui-ci peut être la source de stress importants, pouvant engendrer des conséquences tant au niveau psychologique que social. Malgré le fait que le développement d'un PTSD en mission humanitaire touche de nombreux collaborateurs, ce phénomène reste peu exploré dans la littérature concernant les infirmières. De plus, l'augmentation du nombre et de la complexité des conflits et des désastres naturels à travers le monde va développer la demande d'aide humanitaire en lien avec un nombre croissant de personnes dans le besoin. Par conséquent, les travailleurs humanitaires seront plus nombreux sur le terrain, augmentant ainsi le nombre de personnes à risque de développer un PTSD, d'où l'intérêt d'investiguer ce phénomène de manière plus approfondie. Ce travail nous a permis de relever différents points pertinents concernant le risque de développer un PTSD chez les infirmières en retour de mission humanitaire.

Premièrement, nous avons vu que les femmes sont plus à risque de développer le PTSD. Deuxièmement, nous avons pu établir que le lien entre le fait d'être jeune, d'avoir peu d'expérience dans l'humanitaire et le type de mission auxquels les infirmières sont confrontées augmente le risque de développer un PTSD.

Troisièmement, nous avons pu mettre en évidence la nécessité de mettre au clair les motivations poussant les infirmières à s'engager, afin de diminuer au maximum l'écart entre leurs perceptions et leurs attentes et la réalité vécue sur le terrain.

La préparation est également essentielle et joue un rôle protecteur contre l'anxiété et le stress vécu en mission, puisqu'elle permettra aux soignants de posséder le plus grand nombre d'outils possibles afin d'affronter les situations de terrain.

Enfin, il existe des interventions telles que le débriefing permettant une meilleure gestion des émotions, même si l'efficacité de celui-ci n'a pas été prouvée de manière scientifique.

7. a. Forces du travail

Cette revue de la littérature a permis d'identifier des déterminants influençant le risque de développer un PTSD et sur lesquels il faut porter une attention particulière lorsque les infirmières partent en mission humanitaire. Elle met en évidence les différents facteurs à améliorer afin d'influencer le bon déroulement d'une mission, et ce particulièrement lorsque les infirmières vivent des expériences traumatiques auxquelles elles n'étaient pas préparées.

En menant une revue de la littérature, il a été possible de mettre en évidence des aspects encore inexplorés tels que le lien entre le travail des infirmières en mission et l'efficacité du

débriefing ou encore les liens entre la capacité de résilience et son influence protectrice sur le PTSD dans le cadre de missions humanitaires. Des recommandations peuvent donc être établies pour les recherches futures.

Souhaitant toutes deux travailler dans l'aide humanitaire, investiguer ce sujet nous a permis de mieux comprendre les implications du travail humanitaire sur la santé mentale des infirmières. Grâce à nos recherches, nous avons pu élargir nos connaissances sur le contexte historique de ce domaine, les différents enjeux auxquels les soignants peuvent être confrontés ainsi que les dispositions mises en place pour permettre à ces derniers d'exercer leur pratique de manière adéquate.

Si nous avons concentré ce travail sur le PTSD chez les infirmières au retour de mission humanitaire, les résultats obtenus peuvent être également mis en lien avec la pratique dans un service hospitalier. En effet, les interventions mises en place pour le PTSD sont probablement transposables à l'infirmière en unité de soins. L'importance de la communication et du partage entre collègues, prendre du temps pour soi et s'accorder des moments de répit ou encore être au clair avec les motivations poussant à faire ce travail sont des aspects que nous avons identifiés dans le contexte de PTSD mais que nous pouvons appliquer dans notre pratique quotidienne.

7. b. Faiblesses du travail

L'exploration de ce phénomène d'intérêt qui est l'étude des facteurs de risque de développer un syndrome de stress post-traumatique s'est vue limitée pour plusieurs raisons.

La première concerne la faible quantité d'études effectuées à ce sujet. En effet, si le PTSD a été étudié de nombreuses fois, le lien entre celui-ci et la population spécifique des infirmières est déjà plus rare, d'autant plus dans le contexte humanitaire.

Deuxièmement, les échantillons des études scientifiques sur la prévalence et les facteurs de risque du PTSD chez les travailleurs humanitaires sont trop faibles pour pouvoir en tirer des conclusions statistiquement significatives.

Troisièmement, ces échantillons ne comprennent pas une population soignante spécifique, mais sont composés de médecins, d'infirmières, de physiciens ou encore de logisticiens. De plus, les méthodologies des articles de cette revue de la littérature ont limité notre investigation du sujet par manque d'uniformité.

Cependant, après la lecture de plusieurs articles, il a été constaté que ceux-ci se regroupaient et qu'émergeaient des variables similaires, influençant l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique. Pour cette raison, et malgré la faiblesse de certains échantillons, les données récoltées peuvent être utilisées pour établir des liens.

Les objectifs ont permis d'organiser la réponse à la question de recherche à travers l'identification des déterminants, des conséquences, des interventions ainsi que des recommandations en lien avec le développement d'un PTSD. Toutefois, cet exercice limité ne nous a pas permis d'approfondir ces objectifs de manière exhaustive faute de temps.

Cette revue de la littérature donne des pistes quant aux interventions à mettre en place dans la prévention d'un syndrome de stress post-traumatique chez les infirmières en mission humanitaire et dans l'identification des personnes à risque.

Il est important de noter que tous les déterminants identifiés susceptibles de favoriser le développement d'un PTSD sont à prendre en compte en étant toutefois difficiles à prioriser en raison de l'individualité des situations et de la manière personnelle de réagir aux événements. Il est possible de les lister en émettant cependant des réserves quant à leur catégorisation et à leur influence sur le PTSD.

8. Bibliographie

Agazio, J. (2010). Army nursing practice challenges in humanitarian and wartime missions. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 166-175. Accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2010.01826.x/pdf>

Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., Lopez Cardozo, B. (2012). Stress, Mental Health, and Burnout in National Humanitarian Aid Workers in Gulu, Northern Uganda. *Journal of Traumatic Stress*, (25)6, 713-720. Accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.21764/pdf>

Arbon, P., Gebbie, K. M., Hammad, K. (2011). Emergency nurses and disaster response : An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 87-94. Accès : <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2010.10.002>

Armagan, E., Engindeniz, Z., Devay, A. O., Erdur, B., Ozcakil, A. (2006). Frequency of Post-Traumatic Stress Disorder among Relief Force Workers after the Tsunami in Asia : Do Rescuers Become Victims ? *Prehospital and Disaster Medicine*, 21(3), 168-172.

Battles, D. E. (2007). An Exploration of Post-traumatic Stress Disorder in Emergency Nurses Following Hurricane Katrina. *Journal of emergency nursing*, (33)4, 314-319. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176707000529#>

Beck, C. T. Secondary Traumatic Stress in Nurses : A Systematic Review. (2011). *Archives of Psychiatric Nursing*, (25)1, 1-10. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941710000580#>

Ben-Ezra, M. (2013). Against all odds : a preliminary study comparing hospital personnel and rescue personnel reactions to Haiti's earthquake. *General Hospital Psychiatry*, 35, e1-e2. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834312002046>

Ben-Ezra, M., Essar, N., Palgi, Y. (2007). Impact of war stress on posttraumatic stress symptoms in hospital personnel. *General Hospital Psychiatry*, 29, 264-266. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834307000527>

Berclaz, M. (2004). Soutien psychosocial immédiat et post-immédiat en situation de catastrophe individuelle ou collective. Service de formations spécialisées : Hôpitaux Universitaire de Genève. Accès : http://www.psyurgence.ch/documents/soutien_psy_immediat_et_postimmediat_2004.pdf

Bjernerud, M., Lindmark, G., Garrett, M.J., McSpadden, L. A. Motivations, Concerns, and Expectations of Scandinavian Health Professionals Volunteering for Humanitarian

- Assignments. (2006). *Disaster Management & Response*, (4)2, 49-58. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1540248706000034#>
- Bjerneld, M., Lindmark, G., Diskett, P., Garrett, M. J. (2004). Perceptions of Work in Humanitarian Assistance : Interviews With Returning Swedish Health Professionals. *Disaster Management & Response*, (2)4, 101-108. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1540248704000859>
- Callister, L. C., Rushton, P., Scott, J. E. (2008). « It's what we're here for. » Nurses caring for military personnel during the Persian Gulf Wars. *Nursing Outlook*, 56, 197-186. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655408000936>
- Connorton, E., Perry, M.J., Hemenway, D., Miller, M. (2011). Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 145-155.
- Dahlgren, AL., Deroo, L., Avril, J., Bise, G., Loutan, L. (2009). Health risks and risk-taking behaviors among International Committee of the Red Cross (ICRC) expatriates returning from humanitarian missions. *Journal of travel medicine*, 16(6), 382-390. Accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1708-8305.2009.00350.x/pdf>
- Eberwein, W-D., Ambrosetti, D., Haroff-Tavel, M., Schloms, M., Benthall, J., Heintze, H-J., ... Durand, E. (2006). *L'action humanitaire: normes pratiques, politiques, prescriptions légales et obligations morales*. Paris: L'Harmattan.
- Ehring, T., Emmelkamp, P. M. G., Razik, S. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. (2011). *Psychiatry Research*, 185, 161-166. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178109003965>
- Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., Foy, D.W. (2001). Trauma Exposure and PTSD symptoms in International Relief and Development Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 205-212.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2e éd.). Philadelphie : F.A. Davis Company.
- Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2014). *Définition de catastrophe*. Accès: <http://www.ifrc.org/fr/introduction/gestion-de-catastrophes/catastrophes/what-is-a-disaster/>
- Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2014). *Définition du danger*. Accès: <http://www.ifrc.org/fr/introduction/gestion-de-catastrophes/catastrophes/typologie-des-catastrophes/>

Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2014).

Facteurs aggravants : les changements climatiques. Accès :

<http://www.ifrc.org/fr/introduction/gestion-de-catastrophes/catastrophes/aggravating-factors/climate-change/>

Fullerton, C. S., Urasno, R. J., Wang, L. S. (2004). Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers. *American Journal of Psychiatry*, 168(8), 1370-1376. Accès :

<http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3763/1370.pdf>

Garcia-Dia, M.J., DiNapoli, J.-M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., O'Flaherty, D. (2013).

Concept Analysis : Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 264-270. Accès :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.003>

Hearns, A., Deeny, P. (2007). The Value of Support for Aid Workers in Complex Emergencies : A Phenomenological Study. *Disaster Management & Response*, (5)2, 28-35.

Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1540248707000314>

Hewison, C., (2003). Working in a war zone : The impact on humanitarian health workers. *Australian Family Physician*, 32(9), 679-681.

Hunt, M. R. (2009). Moral Experience of Canadian Healthcare Professionals in Humanitarian Work. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(6), 518-524.

Lindblad, C., Sjöström, B. (2005). Battlefield emergency care : a study of nurses perspectives. *Accident and emergency nursing*, 13, 29-35. Accès :

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096523020400089X>

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, 1-13. Accès :

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0044948>

Mager Stellman, J., Smith, R.P., Katz, C.L., Sharma, V., Charney, D.S., Herbert, R., ..., Southwick, S. (2008). Enduring Mental Health Morbidity and Social Function Impairment in World Trade Center Rescue, Recovery, and Cleanup Workers : The Psychological Dimension of an Environmental Health Disaster. *Environmental Health Perspectives*, (116)9, 1248-1253. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2535630/>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière Education.

Perren-Klingler, G. (Dir.). (2002). *Maux en mots: debriefing: modèles et pratiques*. Vièges: Institut Psychotrauma Suisse.

- Ray, S. L. (2008). Evolution of Posttraumatic Stress Disorder and Future Directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, (22)4, 217-225. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941708000101>
- Robbins, I. (1999). [The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing.](#) *Journal of Clinical Nursing*, 8, 263-268. Accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.1999.00264.x/pdf>
- Rogers, B., Lawhorn, E. (2007). Disaster Preparedness : Occupational and Environmental Health Professionals' Response to Hurricane Katrina and Rita. *Association of Occupational Health Nurse Journal*, 55(5), 197-207.
- Rosatti, Peter. (Dir.). (2002). *L'expertise médicale: de la decision à propos de quelques diagnostics difficiles: volume 1*. Genève: Médecine & Hygiène
- Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation*. Québec: Gaëtan Morin Editeur.
- Schafer, F. C., Blazer, D. G., Carr, F. K., Connor, K. M., Burchett, B., Schaefer, C. A., Davidson, J. R. T. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Cross-Cultural Mission Assignments. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 529-539. Accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20240/pdf>
- Secore-Turner, M., O'Boyle, C. (2006). Nurses and emergency disasters : What is known. *American Journal of Infection Control*, 34(7), 414-420. Accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655305008461>
- Soffer, Y., Wolf, J.J., Ben-Ezra, M. (2011). Correlation between Psychosocial Factors and Psychological Trauma Symptoms among Rescue Personnel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(3), 1-4. doi : 10.1017/S1049023X11006224
- Walsh, D. S. (2009). Interventions to reduce psychosocial disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters : An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 231-240. Accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2009.01766.x/pdf>
- Zinsli, G., Smythe, E. A. (2009). International Humanitarian Nursing Work : Facing Difference and Embracing Sameness. *Journal of Transcultural Nursing*, 20, 234-241. doi : 10.1177/1043659608330351

9. Annexes

Annexe I : Le Code de conduite de l'action humanitaire

Ci-dessous, les 10 grands principes de comportement pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG dans l'exécution de programmes en cas de catastrophe:

1. L'impératif humanitaire, priorité absolue.
2. L'aide est apportée sans aucune considération de race, de croyance ou de nationalité du bénéficiaire, et sans discrimination d'aucune sorte. Les priorités en matière d'assistance sont déterminées en fonction des seuls besoins.
3. L'aide ne saurait être utilisée au service de convictions politiques ou religieuses, quelles qu'elles soient.
4. Nous nous efforcerons de ne pas servir d'instrument à la politique étrangère des gouvernements.
5. Nous respecterons les cultures et les coutumes.
6. Nous chercherons à fonder nos interventions sur les capacités locales.
7. Nous nous emploierons à trouver des moyens d'associer les bénéficiaires des programmes à la gestion des secours.
8. Les secours doivent autant viser à limiter les vulnérabilités futures qu'à satisfaire les besoins essentiels.
9. Nous nous considérons responsables, tant à l'égard des bénéficiaires potentiels de nos activités que vis-à-vis de nos donateurs.
10. Dans nos activités d'information, de promotion et de publicité, nous présenterons les victimes de catastrophes comme des êtres humains dignes de respect, et non comme des objets de commisération.

Ces principes du Code de conduite sont donc une référence dans la préservation et le respect des besoins des populations en situation de catastrophe.

Annexe II : Principes fondamentaux de la Croix-Rouge

Humanité

Né du souci de porter secours sans discrimination aux blessés des champs de bataille, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, sous son aspect international et national, s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. Il tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Il favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.

Impartialité

Il ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique. Il s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détresses les plus urgentes.

Neutralité

Afin de garder la confiance de tous, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux et idéologique.

Indépendance

Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leur pays respectif, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement.

Volontariat

Il est un mouvement de secours volontaire et désintéressé.

Unité

Il ne peut y avoir qu'une seule Société de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.

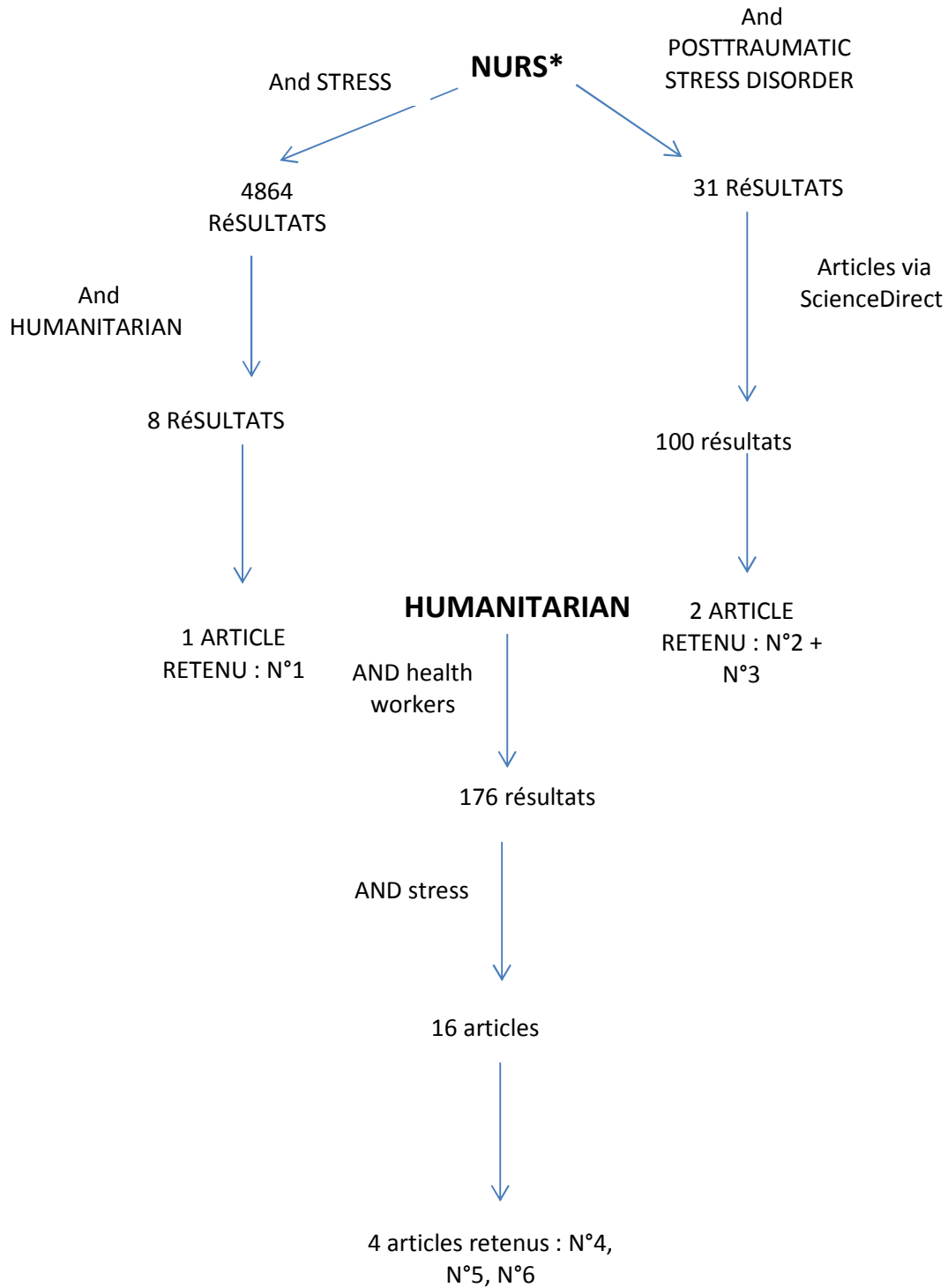
Universalité

Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, au sein duquel toutes les Sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.

Les Principes ont été proclamés par la XXe Conférence internationale de la Croix-Rouge à Vienne en 1965. □ Le présent texte, légèrement modifié, est inclus dans les statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, adoptés lors de la XXVe Conférence internationale de la Croix-Rouge à Genève en 1986.

Tiré de Croix-Rouge Suisse. Accès : <https://www.redcross.ch/fr/thema/principes-fondamentaux-de-la-croix-rouge>

Annexe III : Schémas de la méthodologie de recherches d'articles



Stratégie de recherche (CINHAL puis ScienceDirect)

Nurs* AND PTSD

31 résultats

Suggestion d'articles via
ScienceDirect

100 résultats

2 articles
retenus

O'Boyle, C., Secore-Turner, M. (2006). Nurses and emergency disasters : What is known. *American Journal of Infection Control*, 34(7), 414-420.

→ Revue de la littérature, 21 articles analysés dans l'étude dont les critères d'inclusion étaient que la population étudiée soit des infirmières travaillant dans des situations de catastrophe. (N°2)

Ehring, T., Emmelkamp, P. M. G., Razik, S. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. (2011). *Psychiatry Research*, 185, 161-166.

→ Revue reconnue, échantillon représentatif, utilisation d'instruments de mesure pertinents, présentation des résultats sous forme de test statistique, l'étude identifie des facteurs de risque du PTSD (N°3)

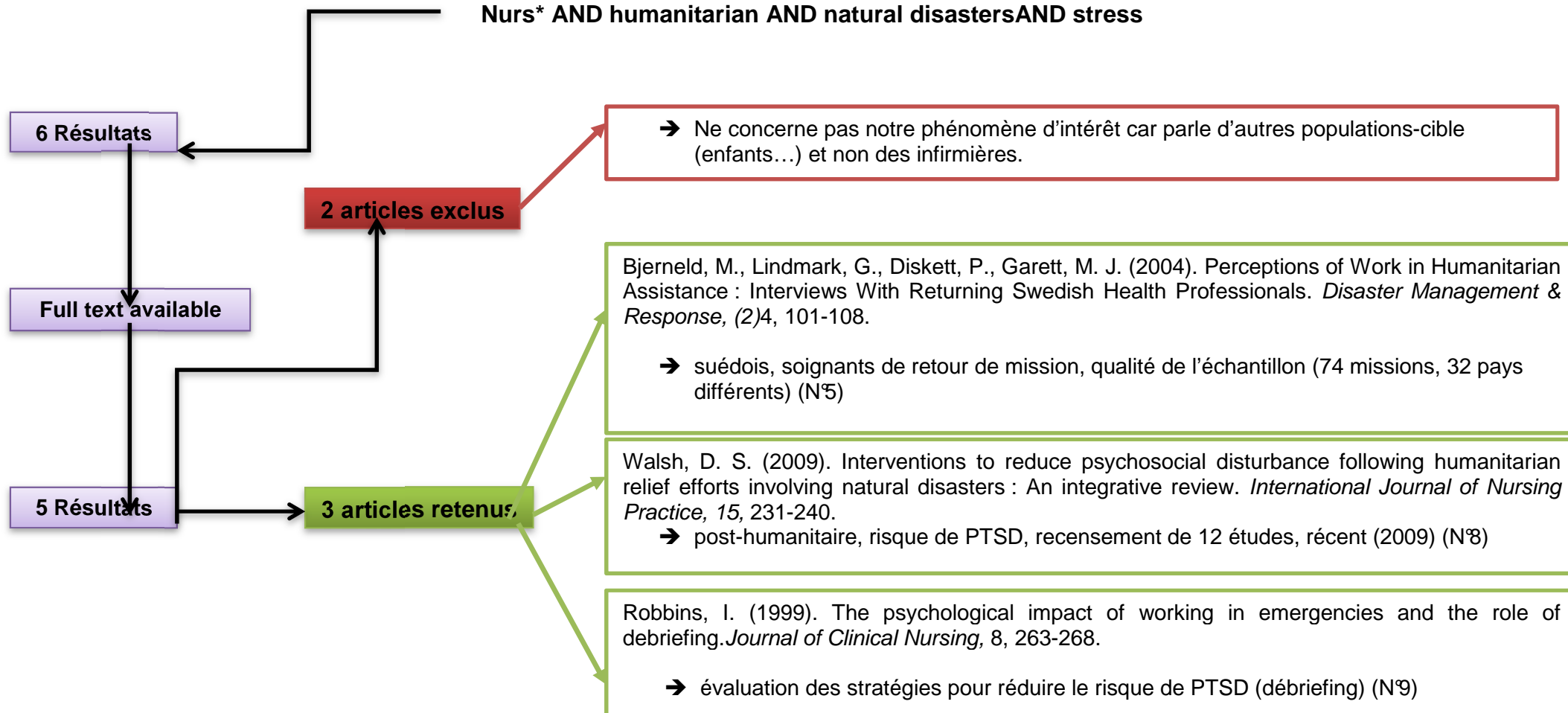
Article consulté

Battles, D. E. (2007). An Exploration of Post-traumatic Stress Disorder in Emergency Nurses Following Hurricane Katrina. *Journal of emergency nursing*, (33)4, 314-319.

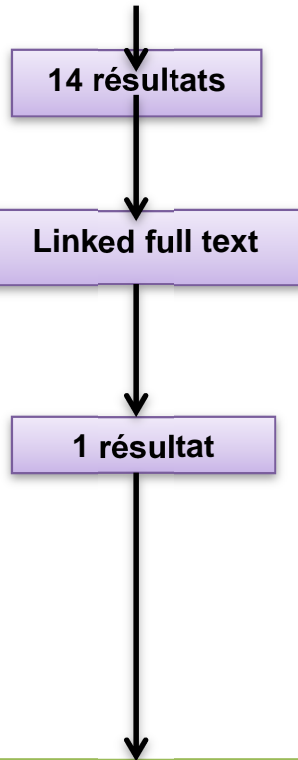
→ Échantillon faible (5 personnes), infirmières aux urgences durant l'ouragan de Katrina, évaluation du PTSD et du degré de satisfaction du soutien offert par l'administration.

Stratégie de recherche (PUBMED)

Nurs* AND humanitarian AND natural disasters AND stress



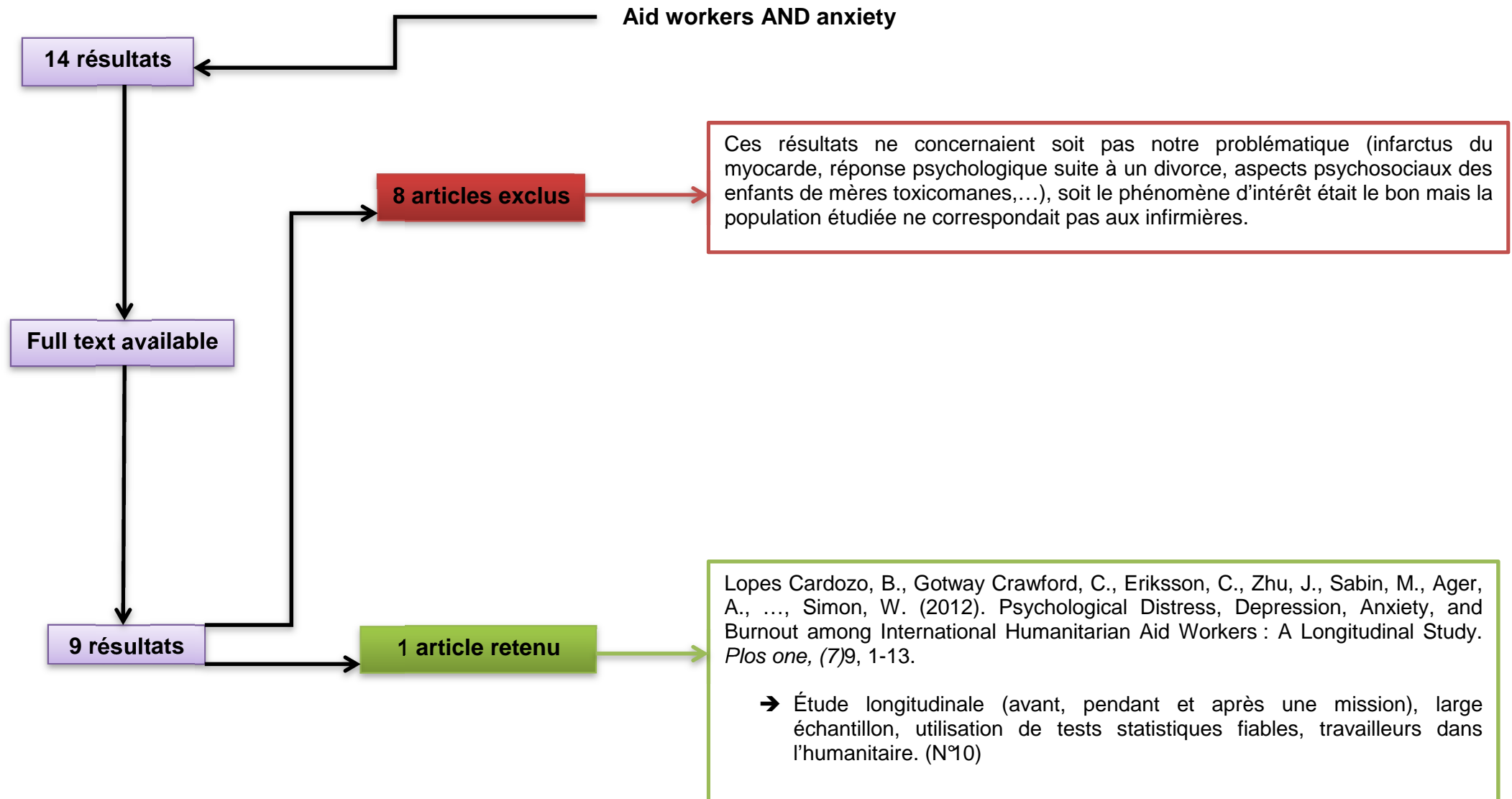
Stratégies de recherche (CINHAL)
Rescue workers AND posttraumatic stress



Mager Stellman, J., Smith, R.P., Katz, C.L., Sharma, V., Charney, D.S., Herbert, R., ..., Southwick, S. (2008). Enduring Mental Health Morbidity and Social Function Impairment in World Trade Center Rescue, Recovery, and Cleanup Workers : The Psychological Dimension of an Environmental Health Disaster. *Environnemental Health Perspectives*, (116)9, 1248-1253.

- Echantillon large (10'000 participants), outils de mesure fiables, même si les intervenants viennent du pays touché par la catastrophe, l'événement et ses conséquences sont d'une influence suffisamment importante pour être à risque de développer un PTSD. (N°11)

Stratégie de recherche (PUBMED)



Annexe IV : Tableau récapitulatif des articles de recherche

Auteurs, année	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Résultats
Rogers et al., 2007	Identifier les rôles, déterminer les ressources et améliorer la préparation des professionnels	4300 membres de la AAOHN et 4525 membres de la ACOEM	Questionnaire	Manque de communication et de planification lors des ouragans Katrina et Rita
Secore-Turner et al., 2006	Identifier les variables influençant le travail des infirmières lors de bioterrorisme	Revue de la littérature : 21 articles scientifiques	Recherche sur bases de données (Ovid-Medline, Pubmed)	Infirmières travaillant sur le terrain sont plus à risque de développer un PTSD que les soignants dans les hôpitaux
Ehring et al., 2011	Investiguer la prévalence et les déterminants du PTSD, de la dépression, des troubles anxieux et du burn-out	267 travailleurs de reconstruction et de réhabilitation	Questionnaires et échelles d'évaluation (IES-R Scale, PADQ, BSI, etc.)	Sévérité de l'exposition au trauma est directement en lien avec la sévérité des symptômes de PTSD
Dahlgren et al., 2009	Évaluer le comportement à risque et les risques de santé d'expatriés humanitaires	1190 travailleurs humanitaires du CICR	Questionnaires anonymes afin d'évaluer l'état de santé avant et après la mission.	Plus d'1/3 ont rapporté une détérioration de l'état de santé après la mission
Bjernerud et al., 2004	Étudier le ressenti et les perceptions vécus par les travailleurs humanitaires à leur retour de mission	20 participants (médecins et infirmières)	Interviews semi-structurées de 1h	Identification de plusieurs thèmes suite aux interviews (Stress et frustration, manque de préparation, sentiment positif, etc.)
Connorton et al., 2011	Investiguer la littérature existante sur le travail humanitaire et ses effets sur la santé mentale	Revue de la littérature	Recherche sur les bases de données (Medline, PsychInfo, Google Scholar)	Niveau de PTSD plus élevé chez les travailleurs humanitaires que dans la population générale
Eriksson et al., 2001	Étudier le risque de développer un PTSD lors d'exposition directe ou indirecte à un traumatisme lors	113 employés de 5 agences humanitaires (42% hommes, 58% femmes)	Questionnaires et échelles pour évaluer l'exposition à des traumatismes et la réaction	La sévérité de l'exposition joue un rôle dans le développement et la sévérité du PTSD. Le soutien social diminue la

	d'aide humanitaire.		émotionnelle	sévérité des symptômes.
Walsh, 2009	Décrire les réponses psychologiques des travailleurs humanitaires et identifier les interventions qui réduisent le PTSD	Revue de la littérature	Recherche sur base de données (CINHAL, Medline via Pubmed, Ovid, etc.), évaluation, analyse et synthèse des résultats	Trois thèmes ont émergé des résultats : débriefing, team building et préparation
Robbins, 1999	Revue de la littérature sur l'impact du travail d'urgence et d'aide humanitaire ainsi que sur les stratégies réduisant l'impact psychologique (débriefing)	Nombre d'articles étudiés inconnu	Bases de données utilisées non précisées	Absence d'études décrivant de manière précise l'impact du travail humanitaire et manque d'études évaluant l'efficacité des interventions de débriefing
Cardozo et al., 2012	Prouver le lien entre les facteurs de stress au travail et la détresse mentale et le burn out et amener des recommandations	212 travailleurs humanitaires de 19 ONG différentes	Questionnaires	Les travailleurs humanitaires sont à risque pour la dépression, burn-out et PTSD une fois de retour de mission
Mager Stellman et al., 2008	Investiguer la prévalence d'un PTSD, d'une dépression majeure et de troubles paniques	10'132 sauveteurs ayant participé à la mission de secours après les attentats du 11 septembre	Questionnaires pour évaluer le statut émotionnel, la dépression et la consommation d'alcool.	10% des participants présentent un PTSD. 24% ont augmenté leur consommation d'alcool après le 11/09.
Guo et al., 2004	Investiguer la prévalence du PTSD chez des sauveteurs professionnels et non-professionnels lors du tremblement de terre à Taiwan en 1999.	252 sauveteurs (167 professionnels et 85 non-professionnels)	Evaluation des critères du PTSD à l'aide des échelles Davidson Trauma Scale (DTS-C) et SPAN-C	Les non-professionnels ont démontré des scores plus élevés que les professionnels. Les professionnels sont toutefois aussi à risque de développer un PTSD.
Armagan et al., 2006	Évaluer la fréquence et les facteurs du PTSD chez les sauveteurs du	33 participants (médecins, infirmières, logisticiens, psychologue)	Interviews, échelle d'évaluation des symptômes du PTSD (CAPS-1)	Les équipes de sauvetage sont plus à risque de développer des maladies

	Croissant Rouge après le tsunami.		un mois après le tsunami	psychiatriques
Hunt, 2009	Explorer le vécu moral de professionnels de la santé canadiens en mission humanitaire	18 participants (médecins, infirmières, administrateurs d'ONG)	Questionnaire semi-structuré	Cinq thèmes identifiés, importance de la motivation, de la relation et du soutien entre collègues, ainsi que des briefings avant de partir
Soffer et al., 2011	Examiner la corrélation entre des variables psychosociales et des réactions post-traumatiques.	20 sauveteurs israéliens ayant participé au sauvetage des victimes à Haïti	Questionnaire démographique et échelles (SPANNE, SoMe, IES-R, etc.)	La confrontation à une catastrophe peut engendrer des symptômes psychosociaux mais haut niveau de coping et de soutien moral
Fullerton et al., 2004	Examiner le stress sévère, le PTSD, les symptômes dissociatifs, la dépression et l'utilisation des soins lors de catastrophes	Comparaison de 2 groupes : exposés (N=207) et non-exposés (N=421) après un crash aérien	Utilisation d'échelle pour identifier les symptômes et leur degré d'importance	Les exposés ont un risque augmenté de stress sévère, de dépression et de PTSD
Hearns et al., 2007	Etudier la perception du concept de soutien chez les travailleurs humanitaires	6 participants employés par une ONG.	Interviews composées de questions ouvertes	Identification d'améliorations possibles. La perception du soutien affecte l'estime de soi. Importance de la communication.
Bjernerud et al., 2006	Mettre en évidence les motivations des volontaires à s'engager dans des ONG	19 participants (médecins, infirmières)	Interviews	Huit thèmes identifiés : recherche de nouvelles expériences, développement personnel, satisfaction au travail, etc.

Annexe V : Catégories des réactions par Michel Berclaz

Réactions physiologiques

Baisse d'énergie, épuisement
Faiblesse du système immunitaire (tendance aux rhumes, gripes, etc.)
Perturbations endocriniennes (menstruations, problèmes thyroïdiens, etc.)
Maux de tête, douleurs au dos ou musculaires
Problèmes cardio-vasculaires
Frilosité avec bouffées de chaleur
Changement dans les habitudes sexuelles : baisse ou augmentation de la libido, anorgasmie (absence d'orgasme)
Autres désordres somatiques.

Réactions psycho-émotionnelles

Anhédonie (absence de plaisir), tonnement, incrédulité
Engourdissement émotionnel, sentiment de détachement
Peur, phobie
Vulnérabilité, susceptibilité
Culpabilité ou sentiment d'indignité
Impuissance
Tristesse, solitude, désespoir, résignation
Anxiété, angoisse
Colère, rage
Sentiment de ne pas être compris
Tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime

Réactions cognitives

Troubles de la mémoire, impossibilité de se souvenir d'aspects importants de l'événement;
Difficultés de concentration
Diminution du champ de l'attention
Pensées récurrentes
Images intrusives, flash-back
Diminution de la confiance en soi, en ses capacités de jugement et de décision
Perte d'objectivité
Confusion
Etat de choc.

Réactions comportementales

Comportements d'évitement
Retrait, diminution de la participation à des activités significatives
Prostration
Altération des champs familiaux et professionnels
Irritabilité, hostilité, instabilité et/ou comportements maniaques
Tendance à se mettre en situation de danger
Troubles du sommeil et de l'appétit
Installation de dépendance aux toxiques (alcool, drogues et médicaments)

Annexe VI : Critères diagnostiques du PTSD

CIM 10	DSM-IV
<p>F43.1 Etat de stress post-traumatique</p> <p>Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.</p> <p>Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés</p>	<p>309.81 Trouble Etat de Stress post-traumatique</p> <p>A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. 2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. <p>B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des façons suivantes et provoquant un sentiment de détresse : souvenirs répétitifs, rêves répétitifs de l'événement, impression ou agissements soudains « comme si » l'événement allait se produire, sentiment intense de détresse psychique ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause,</p> <p>C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes: efforts pour éviter les pensées, sentiments, conversations, activités, endroits ou gens associés au traumatisme, incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme, réduction nette de l'intérêt pour ou la participation à des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres,</p>

<p>fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psychoactive.</p> <p>La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (F62.0).</p> <p>Directives pour le diagnostic</p> <p>Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble.</p> <p>Inclure : <i>névrose traumatique</i></p>	<p>restriction des affects, sentiment d'avenir « bouché ».</p> <p>D. Présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative (3 symp.) : troubles du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.</p> <p>E. La perturbation dure plus d'un mois.</p> <p>F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p> <p><i>Spécifier si</i> : □</p> <p>Aigu : si la durée est de moins de trois mois. □</p> <p>Chronique : si la durée est de trois mois ou plus. □</p> <p>Survenue différée : si le début survient au moins six mois après le facteur de stress.</p>
---	---

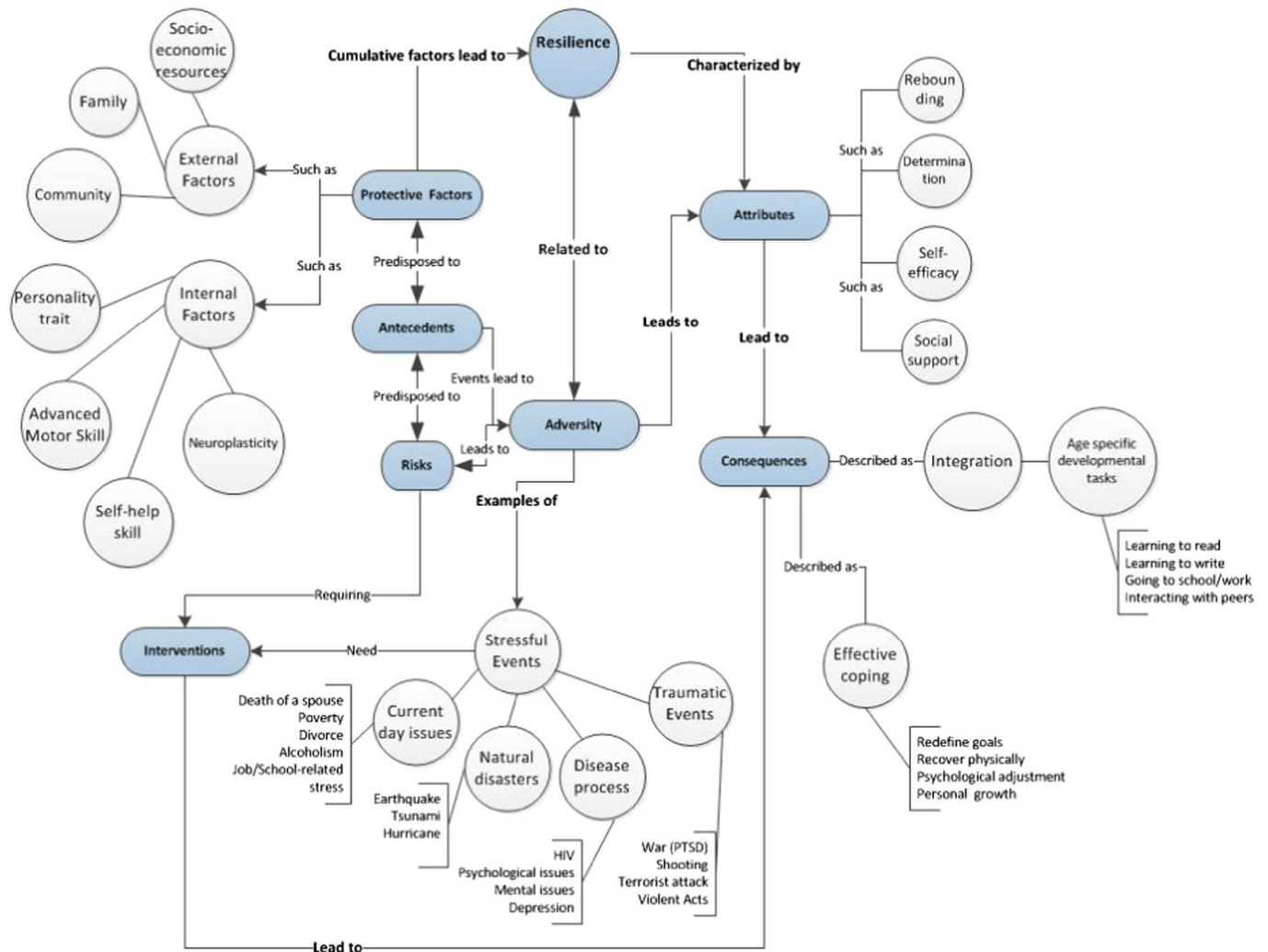
Annexe VII : Débriefing

Débriefing	Modèle de débriefing pour traumatismes multiples
<p>. Introduction : les buts de cette phase sont de permettre à l'équipe de se présenter et d'exprimer sa sollicitude envers les victimes de l'événement, d'expliquer la méthode, son intérêt et ses règles fondamentales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - confidentialité, - choix des participants, - pas l'obligation de parler, - égalité entre les participants, - respect de ce qui est révélé, - ne pas quitter la réunion, - entrevue individuelle après si nécessaire. <p>2. Description: les participants sont incités à décrire l'événement, les faits qu'ils ont vécus, leurs rôles et fonctions pendant l'événement.</p> <p>3. Réflexion : les participants révèlent les premières pensées ayant fait irruption pendant la situation traumatique ainsi que les ressentis et les impressions sensorielles.</p> <p>Ainsi, les participants redonnent du sens à leurs pensées morcelées et de l'intérêt à leur vécu par rapport au récit sensationnel des faits.</p> <p>4. Réactions : on y aborde les réactions apparues pendant et après la situation critique. Les ressemblances et différences individuelles sont relevées.</p> <p>Le vécu émotionnel de cette phase est généralement intense avec l'expression des émotions (pleurs, angoisse, vécu de frustration) ou, au contraire, repli hermétique sur des émotions semblables (frustration, angoisse, culpabilité).</p> <p>5. Symptômes : chaque participant est invité à décrire ce qui est différent dans son comportement et son vécu depuis l'événement. Il s'agit de la recherche des symptômes.</p> <p>6. Enseignement : le leader résume les émotions, pensées, impressions, vécus, etc. de</p>	<p>1. La narration des événements : les leaders y décrivent les paramètres de l'intervention, comme la durée, les buts et les limitations de la confidentialité (en lien avec les lois par exemple). Ils expliquent au groupe qu'il ne s'agit ni d'une thérapie, ni a priori d'une critique des événements passés. Le débriefing offre aux personnes un temps pour faire une pause dans leur mission et pour développer une réflexion sur les aspects positifs et négatifs de leur travail. Au cours de cette phase, les leaders encouragent les membres à discuter un ou deux points particulièrement difficiles. Un des leaders écrit les situations au tableau. L'utilisation du support visuel souligne l'aspect éducationnel ou didactique et diminue l'inquiétude des membres d'être diagnostiqués pendant la procédure. Il s'agit également d'une façon concrète de montrer l'intérêt porté à leurs pensées, sentiments et émotions. De plus, placer les événements en dehors des personnes (sur le tableau), de manière organisée, peut permettre une prise de distance propre à faciliter l'intégration de l'expérience. Les éléments clairement positifs, les stratégies d'adaptation efficaces et les points forts sont identifiés au cours de cette phase.</p> <p>2. Emotions et réactions : les membres sont amenés à ventiler leurs pensées et émotions concernant les points inscrits sur un tableau, elles sont reconnues comme normales dans une telle situation.</p> <p>3. Les stratégies d'adaptation: les réactions normales et pathologiques au stress sont présentées et discutées. Les leaders orientent les participants quant aux éventuels mécanismes de défense désadaptatifs. On y répertorie également les divers moyens mis en place par chacun pour supporter de telles situations, ce aussi bien dans le cadre de cette catastrophe que dans celle d'autres situations précédentes. De même le retour à la maison est abordé. Sont recommandés par exemple : 1) l'exercice physique 2) une bonne alimentation 3) un congé professionnel 4) des activités de détente 5) l'échange avec les</p>

<p>tous les participants et en quittance la normalité.</p> <p>Il présente les réactions possibles à court, moyen et long terme et aborde les stratégies à mettre en place pour faire face à ces troubles. Il évoque la possible nécessité d'un suivi médicopsychologique.</p> <p>7. Conclusion : le retour dans les foyers respectifs est discuté. On répond aux questions. Des points de contact sont proposés aux personnes pouvant nécessiter des conseils supplémentaires.</p> <p>Des rafraîchissements sont généralement distribués et une conversation libre peut s'engager, permettant d'exprimer un sentiment de détente.</p>	<p>collègues 6) la participation aux réunions d'équipe 7) le contact avec la famille et les amis 8) l'utilisation des méthodes personnelles destressantes utilisées par le passé. On souligne le fait que l'aide qu'ils pourraient apporter aux autres va dépendre du soutien et de l'attention qu'ils s'apporteront à eux-mêmes.</p> <p>4. L'étape de clôture : les aspects positifs de l'expérience sont évoqués. Des liens intenses s'étant probablement noués, un moment est offert pour les adieux. Il est vital de parler de la transition vers le foyer. Les effets retardés de la réaction aiguë sont expliqués. Un follow-up individuel ou familial est vivement recommandé à ceux qui sont encore en difficulté.</p>
--	---

Mitchell et al. tiré du Précis de victimologie générale (1999)

Annexe VIII : Resilience Concept Mapping



Tiré de Garcia-Dia et al. (2013)

Annexe IX : Débriefing selon le CICR

Tableau 1 : Le contrôle du stress en mission: principes de base

Les réactions émotionnelles de stress sont des réactions normales à des situations anormales.

Chacun réagit au stress selon un mode personnel et particulier.

Chacun est responsable de la bonne maîtrise de ses émotions.

Le contrôle et la prise en charge des réactions de stress sont de la responsabilité du chef de délégation.

Après un incident critique, l'aide doit être offerte immédiatement, sur place, dans la simplicité et dans l'espoir d'une restitution rapide.

Il faut recourir à un débriefing de groupe chaque fois que cela est possible.

Tableau 3 : Situations nécessitant un débriefing émotionnel collectif

Incident de sécurité avec décès ou blessures graves d'un ou de plusieurs collaborateurs

Incident de sécurité avec grave menace sur plusieurs collaborateurs (évacuation d'urgence d'un bureau ou d'une sous-délégation, acte de banditisme, kidnapping, vol à main armée, pillage, viol)

Prise d'otages (collaborateurs captifs ou agissants comme intermédiaires neutres)

Catastrophes (cf. massacres) sur une large échelle

Surcharge professionnelle grave dans un contexte menaçant ou émotionnellement éprouvant

Toute autre situation à haute charge émotionnelle.

Quels sont les objectifs de cette intervention?

Il s'agit d'atténuer les souffrances psychologiques de chacun:

en partageant au sein du groupe le déroulement des événements, le ressenti et les réactions émotionnelles;

en aidant à prendre la mesure des événements par une compréhension précise de leur déroulement et par une mise à distance des émotions à travers le langage;

en atténuant les tensions et les conflits du groupe en relation avec l'événement décrit;

en mobilisant les ressources du groupe, éventuellement des proches, pour offrir un soutien et une entraide.

Quand faut-il la mettre en place?

En cas d'incident critique, tel un incident de sécurité collectif, un deuil au sein d'un équipe, une prise d'otages, il faut procéder au débriefing, dans les deux à trois jours qui suivent l'événement, lorsque la mémoire en est encore fraîche. On considère qu'il vaut mieux laisser passer quelques heures après le defusing pour permettre à chacun de se rétablir, de se nourrir, de dormir et de se reposer.

En cas de débriefing pour un stress cumulatif ou une traumatisation secondaire, il est bon d'instituer le débriefing de routine en fin de semaine ou chaque soir.

Comment procéder au débriefing?

L'animateur part du passé pour aller vers le futur. Il cherche à permettre aux rescapés de « tourner la page ». Pour cela, il se fonde sur l'expression des émotions et sur la dynamique de groupe. En suivant un canevas très simple (tableau 2) comportant *quatre étapes*, il va

partir des faits pour aller vers les émotions en s'assurant que chacun trouve la possibilité de s'exprimer.

En résumé, en matière de débriefing émotionnel, le CICR a établi certains principes:

1. Le débriefing émotionnel est une mesure de routine. Il faut la proposer à toutes les équipes qui ont vécu un incident critique.
2. Le débriefing émotionnel doit être enseigné et entraîné au préalable, lors d'une formation à la gestion du personnel.
3. Plus il sera fidèle, dans son application, aux principes de Salmon plus il sera efficace.
4. Si ceux qui le conduisent sont proches des équipes survivantes (mais indemnes) et s'ils sont bien informés des circonstances qui entourent l'incident ou la situation particulière, ils obtiendront plus facilement la confiance des rescapés.
5. Enfin si, au sein du groupe, une dynamique de soutien spontanée risque d'être altérée par l'adhérence à un modèle de débriefing collectif trop rigoureux, il vaut mieux y renoncer.

Tiré de : Le débriefing émotionnel collectif des intervenants humanitaires. Accès : <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzf97.html>