

# RAPPORT SUR LES DONNÉES ISSUES DE L'ENQUÊTE SUR LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL



Nations Unies

# RAPPORT SUR LES DONNÉES ISSUES DE L'ENQUÊTE SUR LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

© Siège de l'Organisation des Nations Unies, New York, 2017

Le présent document est publié par le Secrétariat de l'ONU pour distribution générale. Tous droits réservés. Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales et sous réserve que le Secrétariat de l'ONU soit cité.

## AUTEURS

- Abdalla Mansour Amer (MD, MHS), responsable du soutien antistress, Groupe de gestion du stress traumatique, Département de la sûreté et de la sécurité, Secrétariat de l'ONU
- Yosef Brody (PhD), psychologue clinicien, Bureau du Conseiller du personnel, Division des services médicaux, Secrétariat de l'ONU
- Adam D. Brown (PhD), professeur associé, Département de psychologie, Sarah Lawrence College ; professeur assistant adjoint, Département de psychiatrie, faculté de médecine de la New York University
- Jillann Farmer (MD), Directrice de la Division des services médicaux, Secrétariat de l'ONU
- Danny Horesh (PhD), professeur assistant, Département de psychologie, Université Bar-Ilan ; professeur assistant adjoint, Département de psychiatrie, faculté de médecine de la New York University
- Meng Li (PhD), biostatisticienne, Département de psychiatrie, faculté de médecine de la New York University
- Charles R. Marmar (MD), professeur et Président, Département de psychiatrie, faculté de médecine de la New York University
- Meng Qian (PhD), professeur assistant et statisticien principal, Département de psychiatrie, faculté de médecine de la New York University
- Katharina Schultebrucks (PhD), chargée de recherches postdoctorales, Département de psychiatrie, faculté de médecine de la New York University

## RELECTRICES

- Christine Goglia (BA), stagiaire, Division des services médicaux, Secrétariat de l'ONU
- Johanna Schubert (MA), stagiaire, Division des services médicaux, Secrétariat de l'ONU
- Dawn Straiton (DNP, MSN, NP), Chef du Bureau du Conseiller du personnel, Division des services médicaux, Secrétariat de l'ONU
- Helen Wood (MSc, MA, DiptOT), consultante en matière de stratégie pour la santé mentale, Secrétariat de l'ONU



# RAPPORT SUR LES DONNÉES ISSUES DE L'ENQUÊTE SUR LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

## TABLE DES MATIÈRES

---

Remerciements .....	2
Résumé analytique.....	4
Introduction .....	7
Objectifs.....	8
Méthodologie .....	9
Résultats .....	12
Examen .....	43
Bibliographie.....	47

## APPENDICES

A. Tests utilisés dans le cadre de l'enquête ...	51
B. Caractéristiques de l'échantillon .....	53
C. Prévalence des troubles psychiques.....	55
D. Tableaux de régression logistique à variables multiples .....	56
E. Liens entre les troubles psychiques et d'autres variables .....	61
F. Liste des figures .....	63
G. Liste des tableaux .....	67

---

## Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu être établi sans l'appui et la coopération de nombreux partenaires du monde universitaire et membres du personnel de l'ONU. L'enquête sur le bien-être du personnel de l'Organisation est le fruit d'une collaboration entre la Division des services médicaux, le Secrétariat, plus d'une dizaine d'entités des Nations Unies réparties dans le monde entier, la faculté de médecine de la New York University, la Webster University (campus de Genève) et le Sarah Lawrence College.

Les auteurs tiennent à saluer la contribution inestimable du docteur Francis Mas : après trois décennies consacrées au bien-être mental du personnel des Nations Unies, il a engagé entre l'ONU et la New York University le dialogue qui a abouti à la mise en œuvre en partenariat du projet d'enquête.

Enfin, nos remerciements les plus vifs et les plus sincères vont au personnel des Nations Unies pour son appui et sa participation.



## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

En 2015, la Division des services médicaux du Secrétariat de l'ONU a dirigé une enquête transversale dont l'objet était de déterminer la proportion de membres du personnel des Nations Unies qui présentaient des symptômes de troubles psychiques. En collaboration avec la Division, chaque représentant du Groupe de la qualité de vie a adressé aux fonctionnaires de 13 entités des Nations Unies, par courriel, un lien hypertexte permettant d'accéder à un questionnaire sur le bien-être du personnel, qui a été rempli en partie ou en totalité par 17 363 personnes.

L'enquête a permis de recueillir divers éléments d'information d'ordre sociodémographique, comportemental ou touchant à la santé mentale dans le but de recenser les facteurs les plus nettement associés à la diminution du bien-être et aux problèmes psychologiques parmi le personnel des Nations Unies. Elle visait par ailleurs à déterminer les liens entre le bien-être et des facteurs professionnels tels que le type de lieu d'affectation, l'exposition à des situations potentiellement traumatisantes, l'incivilité et les conflits au travail, ou encore l'utilisation des services proposant des soins de santé mentale. Les résultats en sont actuellement exploités aux fins de l'élaboration d'une stratégie globale pour la santé mentale, dont l'objectif sera d'améliorer le bien-être psychosocial de l'ensemble du personnel, partout dans le monde.

Les résultats de l'enquête ont fait apparaître que les fonctionnaires des Nations Unies qui y ont participé présentaient des symptômes correspondant à des troubles psychiques plus graves que ceux dont le grand public fait généralement état. En outre, la prévalence des troubles psychiques parmi les répondants s'est révélée semblable ou supérieure à celle qui avait été établie sur la base des données les plus directement comparables, concernant les défenseurs des droits de l'homme et les travailleurs humanitaires (voir tableau 1 ; cf. Connorton et. al., 2011 ; Dubravka et. al., 2016 ; Eaton et. al., 2008 ; Joscelyne et. al., 2015 ; Kessler et. al., 2009 ; Kessler et. al., 2013 ; McLaughlin et. al., 2015 ; Sommers et. al., 2006). En particulier, on a conclu à une prévalence élevée de l'anxiété généralisée, des troubles dépressifs majeurs et des troubles post-traumatiques parmi le personnel des Nations Unies.

Tableau 1

## PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Le tableau 1 fait apparaître la prévalence à un moment donné (ponctuelle) de l'anxiété généralisée, des troubles post-traumatiques, des troubles dépressifs graves et de la consommation dangereuse d'alcool parmi la cohorte, en comparaison de leur prévalence sur 12 mois dans la population en général et de leur prévalence ponctuelle parmi les défenseurs des droits de l'homme et les travailleurs humanitaires.

	PRÉVALENCE PONCTUELLE (COHORTE)	PRÉVALENCE PONCTUELLE (POPULATION EN GÉNÉRAL)	PRÉVALENCE SUR 12 MOIS (POPULATION EN GÉNÉRAL)	PRÉVALENCE PONCTUELLE (DÉFENSEURS DES DROITS DE L'HOMME) <sup>1</sup>	PRÉVALENCE PONCTUELLE (TRAVAILLEURS HUMANITAIRES) <sup>2</sup>
(EN POURCENTAGE)					
<b>Anxiété généralisée</b>	17.90	7,3 <sup>3</sup> (prévalence mondiale actuelle – à un moment donné/au cours du mois écoulé – des troubles anxieux – pas uniquement de l'anxiété généralisée)	2,6 <sup>4</sup> 3,6 (troubles anxieux – pas uniquement l'anxiété généralisée) <sup>5</sup>	Sans objet	8–29 (troubles anxieux – pas uniquement l'anxiété généralisée)
<b>Troubles post-traumatiques</b>	19.89	0.28 <sup>6</sup>	1.2 <sup>7</sup>	19.4	1–43
<b>Troubles dépressifs graves</b>	22.78	4.7 <sup>8</sup>	4.4 <sup>9</sup>	14.7	8–20
<b>Consommation dangereuse d'alcool</b>	23.15	Sans objet	1,8 <sup>10</sup> (utilisation nocive)	Sans objet	Sans objet

<sup>1</sup> Joscelyne *et al.* (2015).

<sup>2</sup> Connorton *et al.* (2011).

<sup>3</sup> Baxter *et al.* (2013).

<sup>4</sup> Sommers *et al.* (2006).

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé (2017).

<sup>6</sup> Murray *et al.* (1996).

<sup>7</sup> Sommers *et al.* (2006).

<sup>8</sup> Ferrari *et al.* (2013).

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la Santé (2017).

<sup>10</sup> Organisation mondiale de la Santé (2014).

Des analyses statistiques ont mis en évidence des associations notables entre chaque trouble psychique étudié et diverses variables sociodémographiques et professionnelles (N. B. : Aucune des analyses présentées ne dévoile d'information sur la relation de causalité ni sur le sens dans lequel elle s'opère).

Dans l'ensemble, la satisfaction professionnelle (faible), l'ancienneté dans le système des Nations Unies (nombreuses années) et l'exposition signalée à un traumatisme au cours des 12 derniers mois sont ressorties comme les indices les plus clairs de la vulnérabilité à l'anxiété généralisée, aux troubles post-traumatiques et aux troubles dépressifs graves.

En revanche, les facteurs les plus propices à la consommation dangereuse d'alcool ont été définis comme tels : situation matrimoniale caractérisée par l'absence de relation ou par une relation non reconnue par l'Organisation, ainsi que par l'absence d'enfant à charge, et exposition signalée à une situation traumatisante pendant le service (les périodes se situant en dehors des heures de service étant exclues).

On a également relevé des associations significatives, d'un point de vue statistique, entre les incivilités ou les conflits perçus comme tels sur le lieu de travail et les troubles psychiques. Le degré de perception de tels conflits ou incivilités était le plus élevé parmi les personnes présentant les critères diagnostiques de l'anxiété généralisée, des troubles dépressifs graves, des troubles post-traumatiques ou de la consommation dangereuse d'alcool.

En dépit de la fréquence des troubles psychiques constatée, la grande majorité des répondants (94 %) n'avait reçu aucun soutien en la matière au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, 25 % des répondants ont indiqué ne pas avoir sollicité l'aide d'un professionnel de santé mentale, soit parce que l'idée les mettait mal à l'aise (15 %), soit parce qu'ils pensaient (parfois à tort) ne pas avoir accès à des services appropriés (10 %).

L'ensemble de ces données révèle une prévalence des symptômes de troubles psychiques plus élevée parmi le personnel des Nations Unies que parmi la population en général ; une corrélation possible avec l'environnement professionnel qui est celui des fonctionnaires internationaux ; la vulnérabilité plus grande, d'un point de vue démographique, de certains membres du personnel ; la portée insuffisante et l'efficacité aléatoire des programmes de soutien psychosocial en place.

En conséquence, l'étude suggère un certain nombre de mesures qui, si elles étaient appliquées, pourraient entraîner une amélioration en profondeur du bien-être du personnel des Nations Unies et, par extension, de l'efficacité de l'action menée par celui-ci en réponse aux besoins des populations bénéficiaires. Ces mesures sont les suivantes :

- 1.** Élaborer un plan d'action stratégique pour la santé mentale, assorti d'objectifs précis, à l'intention du personnel des Nations Unies ;
- 2.** Faire de la prévention la pierre angulaire de toute stratégie future ;
- 3.** Faire obligation aux Nations Unies de rendre des soins psychosociaux de haute qualité accessibles à la totalité du personnel ;
- 4.** Lutter contre la stigmatisation – axe de réforme important – de sorte que les personnes qui en ont besoin soient en mesure de solliciter l'aide requise et de reprendre le travail ;
- 5.** Hiérarchiser les interventions en fonction des données issues de l'enquête ;
- 6.** Réaliser d'autres études pour suivre les progrès accomplis.





## INTRODUCTION

Très tôt, l'ONU a pris acte de l'existence des troubles psychiques et elle a mis en œuvre plusieurs politiques et initiatives propres à en faire diminuer la prévalence et à améliorer le bien-être psychique de la population mondiale. Dernièrement, en 2017, le Conseil des droits de l'homme a affirmé que la santé mentale était un droit fondamental au même titre que le droit à la santé physique. Par ailleurs, la Déclaration universelle des droits de l'homme a consacré le droit au travail, faisant du même coup ressortir qu'il était important d'apporter des réponses aux besoins non satisfaits du personnel des Nations Unies (Lauterpacht, 1948). La santé psychologique est un aspect particulièrement crucial de la santé au travail dans la mesure où elle peut avoir une incidence sur l'aptitude du personnel à s'acquitter durablement des tâches complexes qui lui sont confiées dans le système des Nations Unies et parce que la stigmatisation des maladies psychiatriques constitue parfois un obstacle de taille à l'établissement d'un diagnostic, au traitement et à la guérison.

On a déjà constaté par le passé qu'une minorité significative de personnes travaillant dans des secteurs d'activité où l'exposition à des situations potentiellement traumatisantes ou hautement stressantes était courante souffrait de troubles psychiques tels que la dépression, l'anxiété, les troubles post-traumatiques ou l'abus des substances psychoactives (Berger et. al., 2012 ; Keane et Wolfe, 1990 ; Marmar et. al., 2006 ; Simons et. al., 2005). Bien que la plupart des recherches effectuées dans ce domaine aient porté sur les militaires, les policiers, les pompiers et le personnel d'organismes d'intervention d'urgence, certaines études ont montré qu'une prévalence élevée des troubles psychiques était parfois enregistrée parmi les membres du personnel d'organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme, ou parmi les personnes qui y étaient associées (Connorton et. al., 2012 ; Dubravka et. al., 2016 ; Joscelyne et. al., 2015 ; Bureau des questions de qualité de vie du Bureau de la coordination des affaires humanitaires du Secrétariat, 2015 ; Rodin et. al., sous presse ; Shigemura et. al., 2016 ; Strohmeier et Scholte, 2015 ; Tol et. al., 2011). Il s'agit notamment d'études menées par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires

du Secrétariat. Toutefois, il est important de préciser qu'une proportion importante des personnes qui travaillent dans de tels environnements semblent y faire face ; autrement dit, même dans des conditions délicates, la plupart des fonctionnaires ne font qu'assez rarement état de troubles psychiques, et les recherches tendent à prouver que la résilience est un trait de caractère qui peut s'acquérir (Agabi et Wilson, 2012 ; Bonanno, 2004 ; Bonanno et. al., 2011 ; Joscelyne et. al., 2015).

Le personnel des Nations Unies fait face à des défis singuliers. Au cœur d'un système mondial complexe, il a pour mission principale d'améliorer la paix et la sécurité, le respect des droits de l'homme et les conditions économiques et sociales lorsqu'elles sont difficiles. En conséquence, la diversité des tâches à accomplir est extrême, tout comme celle des conditions et des situations géographiques dans lesquelles le personnel évolue. Malgré cette diversité qui les caractérise sur le plan professionnel, les fonctionnaires employés par les entités des Nations Unies présentes dans le monde entier peuvent être considérés comme un seul et même groupe d'individus, qui partagent la même culture institutionnelle – la plupart s'y adaptent et l'adoptent au fil du temps. Dès lors, l'étude et l'amélioration de la santé et du bien-être de ces fonctionnaires ne constituent pas seulement une responsabilité fondamentale associée au devoir de protection, mais sont également de nature à contribuer à l'instauration de conditions de travail plus satisfaisantes dans la durée à l'échelle du système des Nations Unies.

## OBJECTIFS

L'enquête avait pour but d'évaluer la proportion du personnel des Nations Unies qui présentait des troubles psychiques, d'évaluer l'utilisation qu'il faisait des services proposant des soins de santé mentale, ainsi que de recenser les facteurs laissant présager une vulnérabilité accrue face aux troubles en question. Ses résultats sont actuellement exploités aux fins de l'élaboration de stratégies propres à améliorer le bien-être du personnel à l'échelle du système.

Plus spécifiquement, les objectifs de l'enquête étaient les suivants :

- Déterminer le pourcentage de fonctionnaires des Nations Unies présentant les critères diagnostiques de l'anxiété généralisée, des troubles dépressifs graves, des troubles post-traumatiques ou de la consommation dangereuse d'alcool ;
- Déterminer dans quelle mesure des variables sociodémographiques et professionnelles, comme le sexe, l'âge, la satisfaction professionnelle et autres, pesaient sur la santé mentale de ce personnel ;

- Déterminer quelles variables sociodémographiques et professionnelles étaient le plus clairement associées au risque d'apparition d'un trouble psychique afin d'optimiser les structures de soutien psychosocial du système des Nations Unies, en mettant particulièrement l'accent sur la prestation d'une assistance ciblée en temps opportun – en cas de situation à haut risque, ou aux cohortes les plus vulnérables ;
- Examiner les besoins des membres du personnel des Nations Unies, les vues qu'ils exprimaient et leur taux d'utilisation des services proposant des soins de santé mentale.

## MÉTHODOLOGIE

Pour établir la prévalence des troubles psychiques parmi le personnel des Nations Unies, une enquête sur son bien-être a été réalisée par l'intermédiaire du site de sondage en ligne Survey Monkey. Les employés de toutes les entités participantes ont reçu par courriel un lien vers le questionnaire, ainsi que des renseignements sur les objectifs de l'enquête, les clauses de confidentialité et la durée approximative nécessaire pour répondre aux questions. Les participants pouvaient choisir de ne pas répondre à toutes les questions, voire d'ignorer certaines sections (les questionnaires incomplets n'ont été pris en compte dans l'analyse que s'ils étaient pertinents d'un point de vue statistique). Aucun élément d'information permettant d'identifier personnellement les répondants n'a été recueilli. Une fois les données collectées, les résultats, rendus complètement anonymes, ont été analysés avec le concours de chercheurs de la faculté de médecine de la New York University. Les méthodes d'analyse employées ont été approuvées par les comités d'éthique de la recherche de la faculté de médecine et par le Directeur du Service médical de l'ONU.

Les données de cette enquête ont été recueillies durant huit mois, en 2015 et 2016. Au total, 17 363 personnes ont répondu à l'ensemble ou à une partie du questionnaire. Il s'agissait de fonctionnaires des 13 entités ci-après :

- (a) Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, y compris :
- Siège (New York)
  - Commission économique pour l'Afrique ;
  - Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes ;
  - Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique ;
  - Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale ;
  - Office des Nations Unies à Genève ;

- Office des Nations Unies à Nairobi ;
  - Office des Nations Unies à Vienne ;
  - Missions de maintien de la paix et concernant les affaires politiques et autres lieux d'affectation hors Siège ;
- (b) Programme des Nations Unies pour le développement ;
- (c) Fonds des Nations Unies pour l'enfance ;
- (d) Fonds des Nations Unies pour la population.

## ENQUÊTE SUR LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

L'enquête sur le bien-être du personnel a pris la forme d'un questionnaire en ligne, élaboré de concert par plusieurs organismes des Nations Unies en consultation avec des partenaires de la New York University et du Sarah Lawrence College. Simultanément, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et la Webster University (Genève) ont mené une enquête similaire, dont les résultats ont été analysés et publiés indépendamment de ceux de la première enquête.

Pour estimer le degré de vulnérabilité aux troubles psychiques et leur taux de prévalence, on a eu recours à l'autodéclaration sur la base des outils de mesure normalisés et validés suivants (dont on trouvera une description détaillée à l'appendice A) :

- Échelle GAD-7 (anxiété généralisée) ;
- Questionnaire PCL-6 (troubles post-traumatiques) ;
- Questionnaire PHQ-9 (troubles dépressifs graves) ;
- Questionnaire AUDIT-C (consommation dangereuse d'alcool) ;
- Échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail (incivilité et conflits sur le lieu de travail).

En outre, l'enquête avait pour but d'évaluer l'utilisation faite des services proposant des soins de santé mentale, qu'ils soient dispensés dans le système des Nations Unies ou en dehors, et de déterminer si les répondants estimaient avoir besoin de tels services et quel regard ils portaient sur eux.

Il a également été demandé aux participants de répondre à diverses questions d'ordre sociodémographique visant à établir :

- Leur sexe, leur âge, leur situation matrimoniale et le nombre d'enfants à leur charge

Des renseignements portant sur des variables professionnelles ont été recueillis, à savoir :

- L'ancienneté dans le système des Nations Unies ;
- Le type d'engagement (à titre permanent, de durée déterminée, temporaire ou contrat de consultant) ;
- Le type de recrutement défini pour le poste occupé (local ou international) ;
- Le lieu d'affectation (famille autorisée ou non autorisée) ;
- Le degré de satisfaction professionnelle ;
- L'exposition à une situation potentiellement traumatisante (c'est-à-dire ayant occasionné ou risqué d'occasionner un décès ou des blessures graves) au cours des 12 mois précédents, pendant le service ou en dehors.

La plupart des participants ont répondu à l'enquête en anglais. Celle-ci était également disponible en français et en espagnol, les trois versions linguistiques ayant été validées par relecture comparée.

## ANALYSES STATISTIQUES

Pour déterminer la prévalence des troubles psychiques et de la comorbidité ainsi que le taux d'utilisation des services proposant des soins de santé mentale, des pourcentages ont été calculés au moyen de la division du nombre de réponses positives aux questions de l'enquête concernant la santé mentale (anxiété généralisée, troubles post-traumatiques, troubles dépressifs graves, consommation dangereuse d'alcool, recours aux soins de santé mentale ou conflits sur le lieu de travail, par exemple) par le nombre total de personnes interrogées. Lors de l'analyse des résultats relatifs à chaque trouble psychique, il a été tenu compte des réponses des participants ayant rempli l'intégralité du questionnaire de dépistage, lesquels étaient au nombre de 15 417 pour l'anxiété généralisée, 14 191 pour les troubles post-traumatiques, 15 000 pour les troubles dépressifs graves et 14 557 pour la consommation dangereuse d'alcool.

### Test du khi-carré

Afin d'évaluer dans quelle mesure l'échantillon examiné était représentatif de l'ensemble du personnel des Nations Unies, les variables sociodémographiques et professionnelles qui le caractérisaient ont été comparées à celles de l'ensemble du personnel au moyen d'un test du

khi-carré visant à déterminer l'existence d'une différence statistiquement significative (voir l'appendice B).

Des tests du khi-carré ont également été réalisés pour déterminer s'il existait un lien significatif entre une variable sociodémographique ou professionnelle donnée (sexe, âge ou degré de satisfaction professionnelle, par exemple) et les résultats de l'enquête (s'agissant par exemple de l'anxiété généralisée ou de la consommation dangereuse d'alcool ; voir le tableau 9, appendice E). Ce type de test n'a pas pour objet d'analyser d'éventuels liens de causalité et ne prend pas en compte l'influence d'autres variables sociodémographiques.

## **Analyse de régression logistique à variables multiples**

Étant donné que les variables sociodémographiques et professionnelles (covariables) n'existent pas isolément dans la réalité, des analyses de régression logistiques à variables multiples (voir l'appendice D) ont été effectuées pour déterminer dans quelle mesure ces deux types de variable pouvaient contribuer à l'apparition de certains troubles psychiques (dépressifs graves ou post-traumatiques, par exemple).

Ce type d'analyse ne porte pas sur d'éventuels liens de causalité. Cependant, contrairement aux tests du khi-carré, il permet de déterminer quelles variables demeurent significatives lorsqu'on applique un contrôle statistique à l'influence d'autres variables sociodémographiques.

## **Rapport des cotes**

Les résultats des analyses de régression logistique à variables multiples sont présentés sous la forme de rapport des cotes. Lorsque celui-ci est supérieur à 1, la probabilité d'un événement donné augmente à mesure qu'augmente la valeur de la variable de prédiction. Par exemple, si une variable de prédiction donnée multiplie par deux la probabilité d'aboutir à un effet donné, les membres du personnel des Nations Unies auxquels cette variable s'applique ont deux fois plus de risques de subir l'effet en question.

## **Seuil de signification**

Un lien ou un écart est « significatif » lorsqu'il est peu probable qu'il soit simplement le fruit du hasard. Pour distinguer les liens et les écarts significatifs de ceux qui ne le sont pas, on définit un seuil d'exclusion. Dans la présente étude, les conventions habituelles ont été suivies et le seuil de signification choisi correspond à un niveau de probabilité de 95 % ( $p < 0,05$ ). Le seuil de signification le plus élevé s'établit à  $p < 0,0001$ .

## RÉSULTATS

### Caractéristiques de l'échantillon

En tout, 17 363 membres du personnel des Nations Unies ont répondu à l'ensemble ou à une partie du questionnaire. Les analyses pertinentes ont montré que cet échantillon était représentatif de l'ensemble du personnel. Aucune différence notable n'a été établie entre l'échantillon et l'ensemble des fonctionnaires au titre de variables sociodémographiques et professionnelles telles que l'âge, le sexe et le type d'engagement – excepté pour une variable. La seule différence constatée a été la suivante : la proportion d'individus ayant un ou plusieurs enfants à charge était plus élevée parmi la cohorte (on trouvera dans le tableau 2, appendice B, une comparaison détaillée des variables sociodémographiques et professionnelles appliquées aux deux groupes).

### Prévalence ponctuelle des troubles psychiques

Le dépistage de l'anxiété généralisée, des troubles post-traumatiques, des troubles dépressifs graves et de la consommation dangereuse d'alcool a donné un résultat positif pour une proportion comprise entre 18 % et 23 % des membres du personnel des Nations Unies. La figure 1 présente le pourcentage exact de membres du personnel qui ont déclaré présenter des symptômes correspondant à l'un ou l'autre des troubles psychiques pris en compte. On trouvera dans le tableau 3, appendice C, des données détaillées et rendues anonymes sur la prévalence de ces troubles parmi les membres du personnel de chacune des entités participantes.

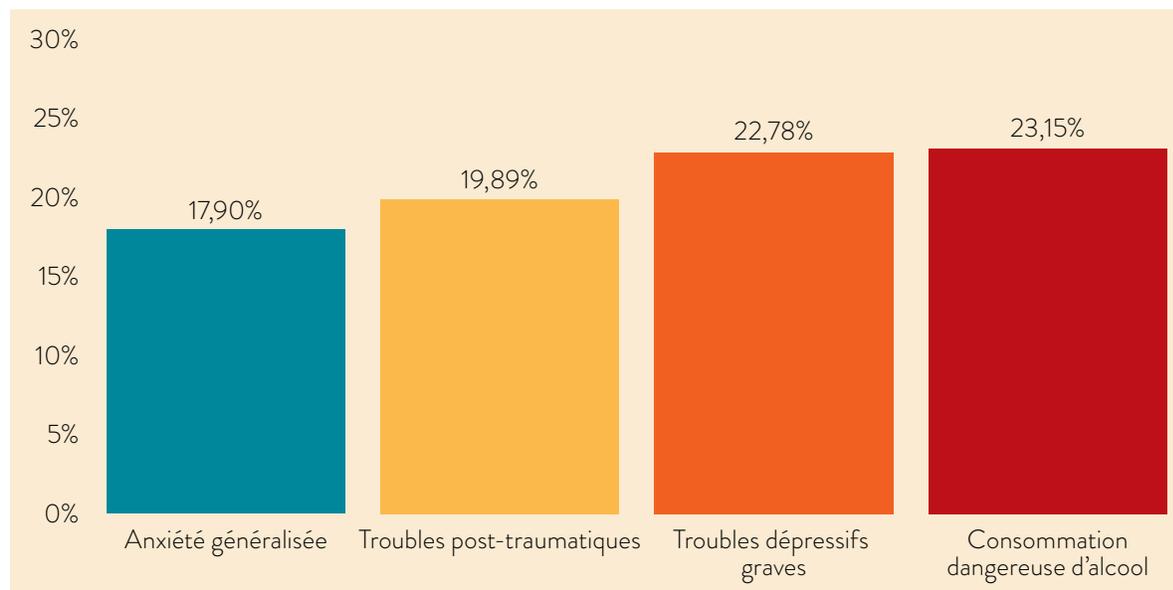
Au total, 13 731 participants à l'enquête sur le bien-être du personnel des Nations Unies ont répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage portant sur les quatre types de trouble psychique considérés. Comme l'indique la figure 2, plus de la moitié des personnes interrogées ne présentaient aucun de ces troubles ; 49 % des répondants en présentaient au moins un et quelque 22 % en présentaient deux ou plus (voir la figure 2).

### ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

L'anxiété est souvent un signal d'alerte qui attire l'attention sur les dangers et sur les menaces qui doivent susciter la vigilance. Par contraste, une inquiétude excessive quant à l'avenir ou face à l'incertitude, une montée d'anxiété hors de propos ou la crainte perpétuelle que le pire est à venir conduisent parfois à une détresse, à une agitation ou à une irritabilité débilitantes, susceptibles de se traduire par une détérioration importante de la vie sociale et professionnelle (Fricchione, 2004).

Figure 1

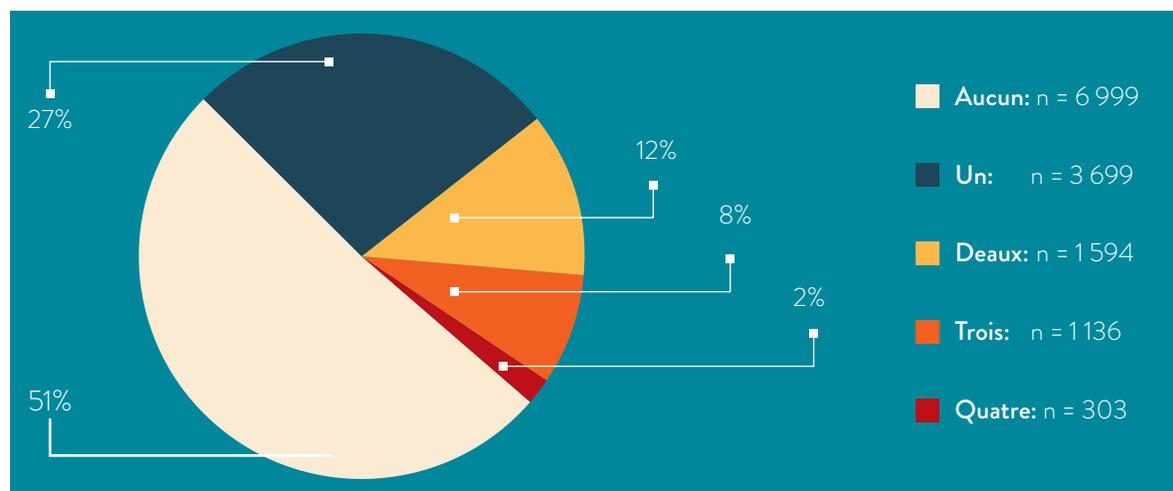
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES PRÉSENTANT L'UN DES TROUBLES PSYCHIQUES CONSIDÉRÉS



**Note:** Les pourcentages correspondent au rapport entre, d'une part, les personnes interrogées ayant déclaré présenter des symptômes associés à un trouble psychique et, d'autre part, les participants ayant répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage correspondant (lesquels sont au nombre de 15 417 pour l'anxiété généralisée, 14 191 pour les troubles post-traumatiques, 15 000 pour les troubles dépressifs graves et 14 557 pour la consommation dangereuse d'alcool).

Figure 2

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES PRÉSENTANT PLUSIEURS DES TROUBLES PSYCHIQUES CONSIDÉRÉS



**Note:** Proportion des 13 731 participants ayant répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage qui ont déclaré présenter des symptômes associés à zéro, un, deux, trois ou quatre troubles psychiques (anxiété généralisée, troubles dépressifs graves, troubles post-traumatiques, consommation dangereuse d'alcool).

D'après les résultats de l'enquête, 2 579 participants, soit 18 % des répondants, ont déclaré présenter des symptômes correspondant à l'anxiété généralisée (voir la figure 1). Comme l'indique la figure 3, l'anxiété généralisée est beaucoup plus fréquente parmi les femmes que parmi les hommes. Les fonctionnaires mariés ou membres d'un partenariat domestique officialisé et reconnu par l'organisme pour lequel ils travaillent sont nettement moins nombreux à faire état de symptômes d'anxiété généralisée (voir la figure 4). Aucune différence liée à l'âge des participants ou au fait qu'ils aient des enfants n'a été constatée. Les répondants titulaires d'un engagement temporaire ou d'un contrat de consultant sont apparus comme moins susceptibles de présenter de tels symptômes que les titulaires d'un engagement permanent ou de durée déterminée (voir la figure 5). En ce qui concerne les facteurs professionnels, un lien significatif a été établi entre l'anxiété généralisée et la satisfaction professionnelle (voir la figure 6) ou encore l'ancienneté (voir la figure 7). En outre, les personnes chez lesquelles le dépistage a révélé des symptômes d'anxiété généralisée ont fait état de taux d'incivilité sur le lieu de travail bien plus élevés que les autres (voir la figure 8). Enfin, l'anxiété généralisée est apparue comme nettement plus répandue parmi les membres du personnel des Nations Unies qui avaient dû faire face à un événement potentiellement traumatisant au cours des 12 derniers mois (voir la figure 9).

Aucun lien significatif n'a été établi entre, d'une part, le lieu d'affectation (famille autorisée ou non autorisée) ou le type de recrutement (local ou international) et, d'autre part, la probabilité de présenter des symptômes d'anxiété généralisée.

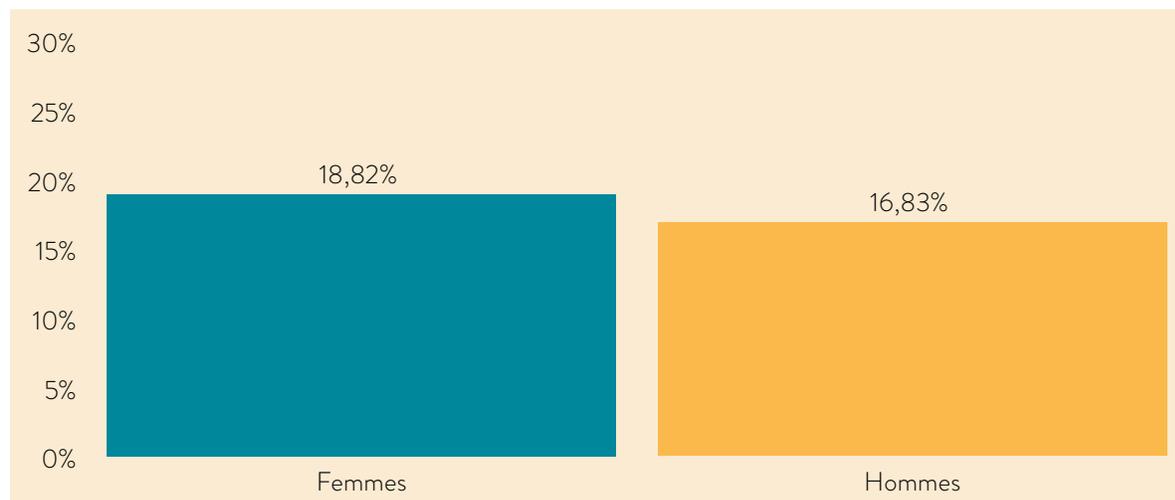
## Prédicteurs de l'anxiété généralisée

Afin de déterminer quelles variables sociodémographiques et professionnelles contribuaient le plus à accroître le risque pour un membre du personnel des Nations Unies de présenter des symptômes d'anxiété généralisée, une analyse de régression logistique à variables multiples a été réalisée (on trouvera les valeurs exactes des estimations paramétriques dans le tableau 4, appendice D). En procédant à un contrôle statistique de l'influence combinée de l'ensemble des variables sociodémographiques et professionnelles, le risque d'anxiété généralisée a été mesuré comme suit

- Les fonctionnaires âgés de 50 à 54 ans présentaient un risque 1,79 fois inférieur à celui des fonctionnaires de moins de 35 ans ;
- Le risque était 2,7 fois plus élevé parmi les fonctionnaires totalisant entre 5 et 10 années d'ancienneté que parmi les nouvelles recrues, et il était multiplié par 3,2 pour les membres du personnel totalisant plus de 10 années d'ancienneté ;
- Les fonctionnaires présentant le degré de satisfaction professionnelle le plus élevé étaient environ 10 fois moins susceptibles de souffrir d'anxiété généralisée que ceux qui n'étaient pas du tout satisfaits de leur emploi, tandis que le risque était divisé par 2 pour ceux qui en tiraient une satisfaction limitée ;
- Le risque était accru par l'exposition à un traumatisme. Il est apparu qu'il était 1,6 fois moindre parmi les fonctionnaires qui n'avaient pas subi de traumatisme au cours des 12 derniers mois.

Figure 3

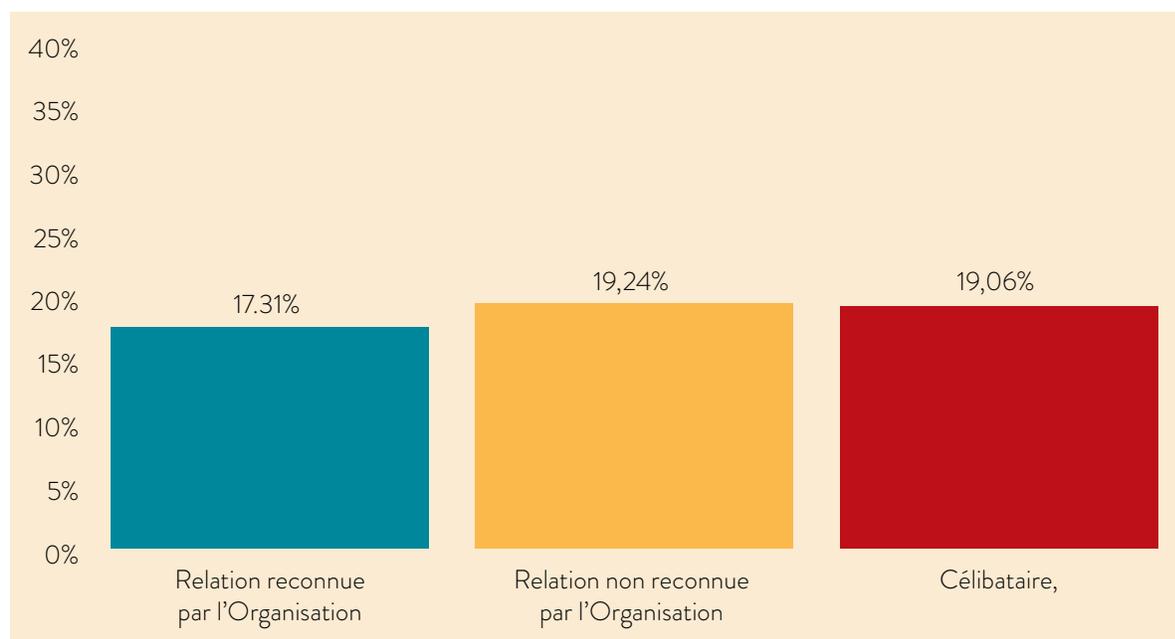
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, PAR SEXE



**Note:** Proportions respectives d'hommes et de femmes présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi l'ensemble des hommes et des femmes ayant répondu au questionnaire GAD-7.

Figure 4

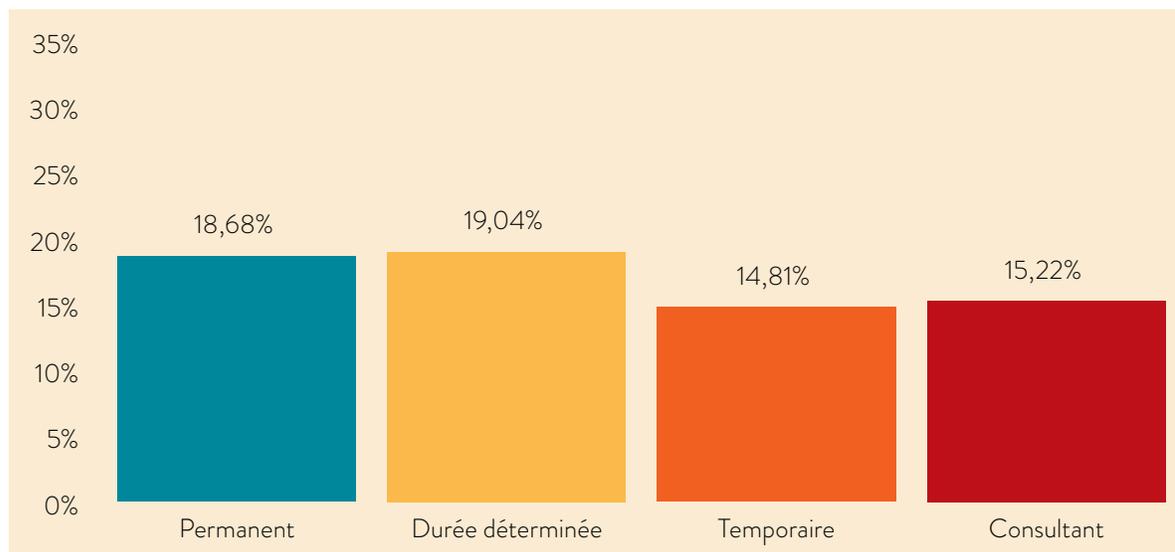
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE



**Note:** Proportion de répondants présentant des symptômes d'anxiété généralisée, en fonction de la situation matrimoniale, parmi les répondants ayant rempli le questionnaire sur l'anxiété généralisée dont la situation matrimoniale était identique (célibataire, relation reconnue ou non reconnue, selon le cas).

Figure 5

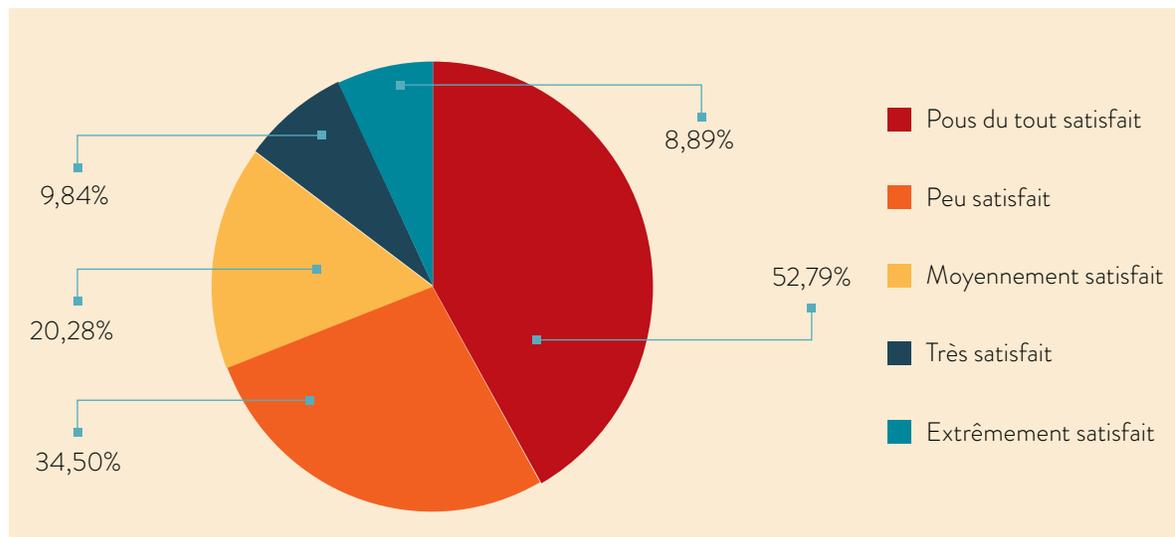
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, EN FONCTION DU TYPE D'ENGAGEMENT



**Note:** Proportion, pour chaque type d'engagement, de répondants présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi ceux qui ont rempli le questionnaire GAD-7.

Figure 6

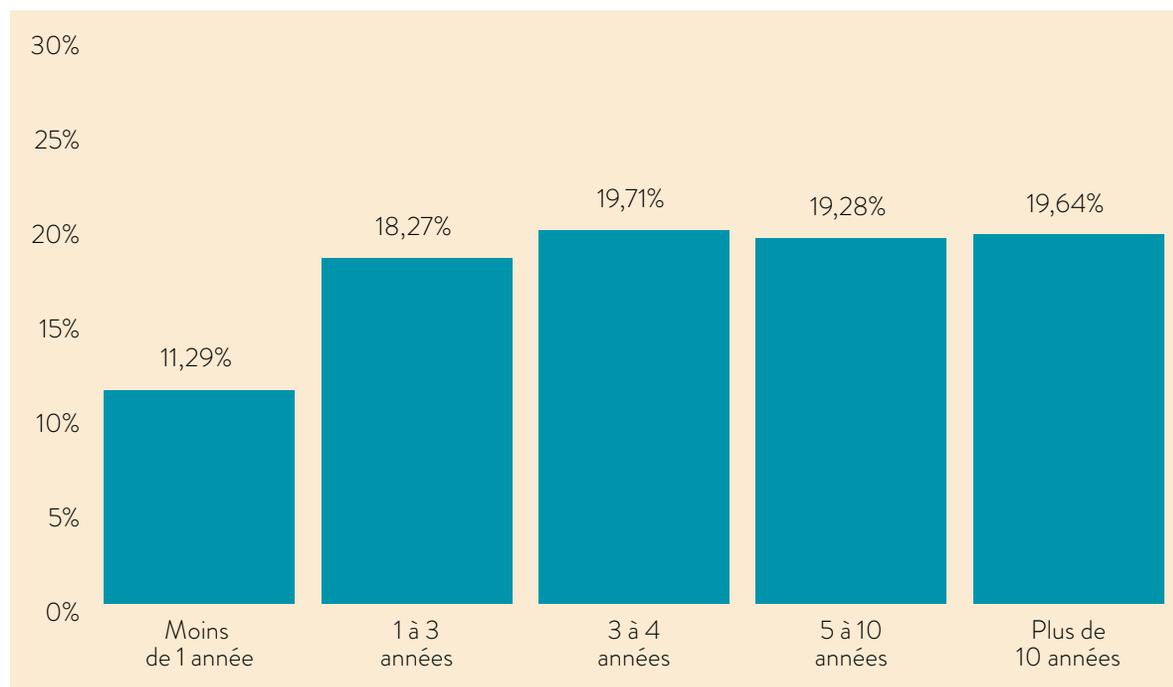
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, EN FONCTION DU DEGRÉ DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE



**Note:** Proportion de personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi l'ensemble de celles qui présentaient le même degré de satisfaction professionnelle et avaient rempli intégralement le questionnaire GAD-7. Il existe un lien très étroit entre un degré élevé de satisfaction professionnelle et une faible incidence de l'anxiété généralisée ( $p < 0,0001$ ).

Figure 7

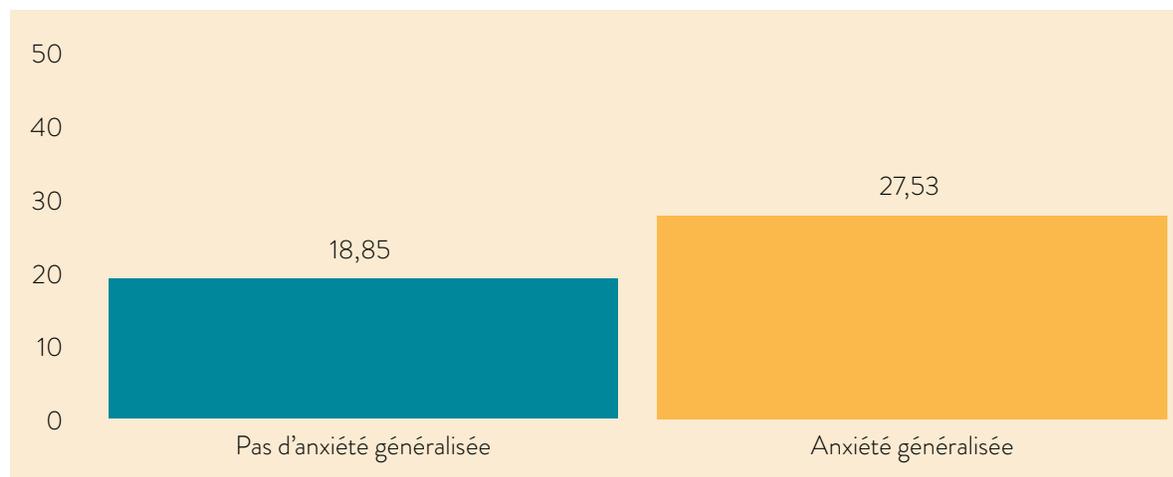
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, EN FONCTION DE L'ANCIENNETÉ



**Note:** Proportion de personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi l'ensemble de celles qui avaient accumulé la même ancienneté et ont rempli intégralement le questionnaire GAD-7.

Figure 8

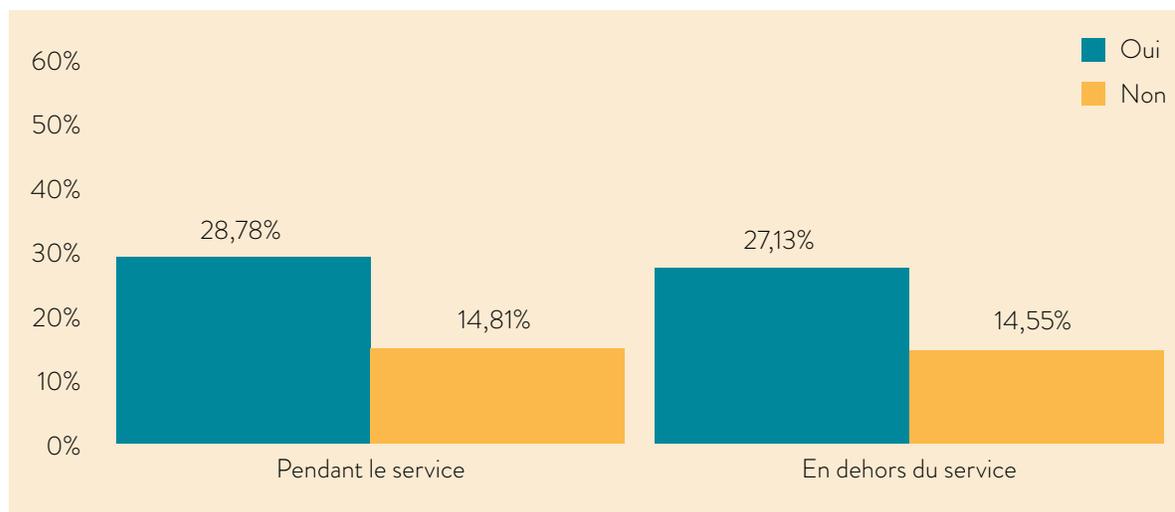
### PERCEPTION DE L'INCIVILITÉ ET DES CONFLITS SUR LE LIEU DE TRAVAIL SELON QUE LE RÉPONDANT SOUFFRAIT OU NON D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE



**Note:** Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée et, d'autre part, pour celles qui n'en présentaient pas.

Figure 9

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, PAR TYPE D'EXPOSITION À UNE SITUATION TRAUMATISANTE



**Note:** Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 derniers mois parmi l'ensemble des répondants qui présentaient des symptômes d'anxiété généralisée et ont rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors.

#### Encadré 1

#### RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT FAIT ÉTAT DE SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET PRINCIPALES CONCLUSIONS DU VOLET DE L'ENQUÊTE CONSACRÉ À CE TROUBLE

18 % des membres du personnel des Nations Unies interrogés, soit 2 759 participants, ont déclaré présenter des symptômes associés à l'anxiété généralisée. Les cas d'anxiété généralisée étaient nettement plus fréquents parmi :

- Les femmes ;
- Les membres du personnel célibataires ou dont la relation n'était pas reconnue par l'Organisation ;
- Les fonctionnaires titulaires d'un engagement à titre permanent ou de durée déterminée ;
- Les membres du personnel ayant plus d'un an d'ancienneté ;
- Les participants qui n'étaient pas du tout ou peu satisfaits sur le plan professionnel ;
- Les personnes ayant déclaré être exposées à davantage d'incivilités et de conflits sur leur lieu de travail ;
- Les personnes qui avaient été exposés à une situation traumatisante au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Le principal prédicteur de l'anxiété généralisée parmi le personnel des Nations Unies était le degré de satisfaction professionnelle – venaient ensuite l'ancienneté, l'âge et l'exposition à une situation traumatisante.

## TROUBLES POST-TRAUMATIQUES

La violence, les blessures et la mort sont des exemples typiques de faits auxquels il est potentiellement traumatisant d'être exposé. À l'échelle mondiale, 36 % des adultes subissent au moins une fois une blessure ou un accident traumatisants ; il s'agit là des types d'événement psychologiquement traumatisants les plus courants (Shalev, Liberzon et Marmar, 2017). Bien que la majorité des personnes ayant vécu une expérience psychologiquement traumatisante ne soit pas ensuite affectée par un trouble psychique chronique, il ressort régulièrement des études menées sur la question qu'une minorité significative de ces personnes développe des troubles post-traumatiques, en raisons desquels elles revivent de façon récurrente et involontaire le traumatisme qu'elles ont subi et évitent l'ensemble des situations, des personnes, des lieux ou des activités susceptibles de leur rappeler ce traumatisme (ibid., 2017).

Comme l'indique la figure 1, 20 % des répondants à l'enquête sur le bien-être du personnel des Nations Unies, soit 2 823 personnes, présentaient des troubles post-traumatiques. Ce risque est apparu comme étroitement lié à l'âge, au sexe et à la situation matrimoniale. Les fonctionnaires âgés de 55 ans et plus étaient moins nombreux à présenter ce type de troubles que ceux des autres groupes d'âge (voir la figure 10). Comme l'indiquent les figures 11 et 12, les troubles post-traumatiques étaient plus fréquents chez les femmes et chez les personnes célibataires. En outre, comme le montre la figure 13, les personnes ayant un ou plusieurs enfants à leur charge risquaient nettement plus de développer de tels troubles que celles qui n'en avaient pas.

Un lien significatif a été établi entre les troubles post-traumatiques et plusieurs variables professionnelles, à savoir : l'ancienneté (voir la figure 14), le type d'engagement (à titre permanent, de durée déterminée, temporaire ou contrat de consultant), le type de recrutement (local ou international) et le degré de satisfaction professionnelle (voir la figure 17). Comme l'indiquent les figures 15 et 16, les troubles post-traumatiques étaient moins fréquents chez les consultants que parmi les fonctionnaires titulaires d'autres types d'engagement, et plus fréquents parmi le personnel local que parmi le personnel recruté sur le plan international. Les personnes ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques ont également fait état d'un degré d'incivilité sur le lieu de travail plus élevé (voir la figure 18). Un lien significatif a été établi entre l'exposition à une situation traumatisante et l'accroissement du risque de troubles post-traumatiques (voir la figure 19).

Aucune différence significative n'a été constatée entre les fonctionnaires nommés dans un lieu d'affectation famille autorisée et ceux qui étaient en poste dans un lieu d'affectation famille non autorisée.

## Prédicteurs des troubles post-traumatiques

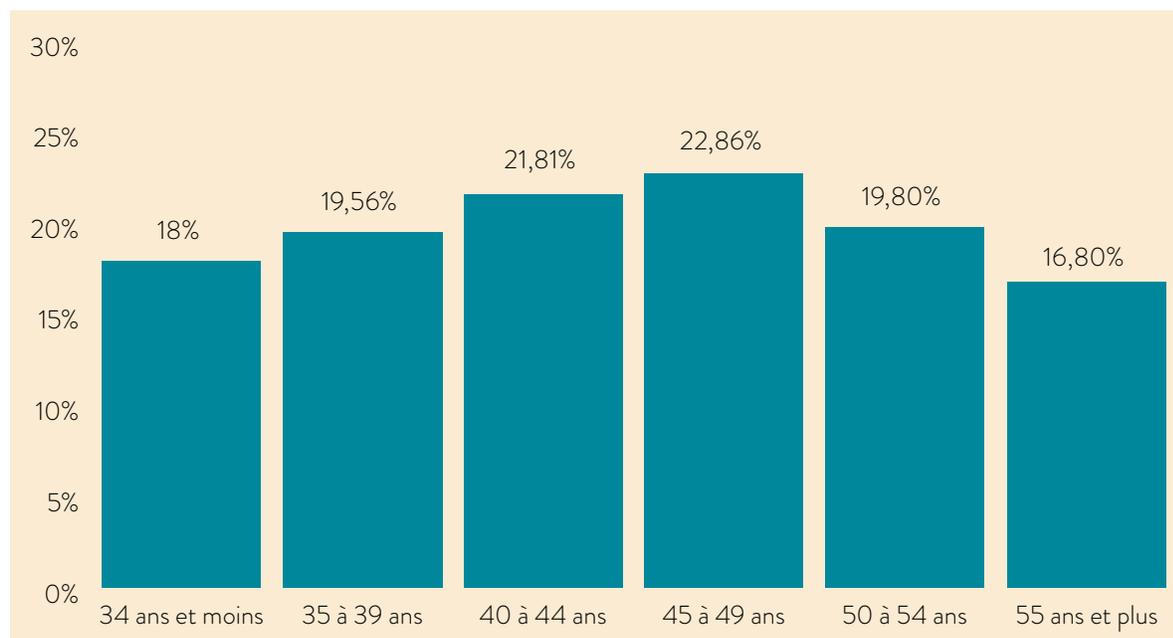
Afin de déterminer quelles variables sociodémographiques et professionnelles contribuaient le plus à accroître le risque d'apparition de troubles post-traumatiques, une analyse de régression logistique à variables multiples a été réalisée (on trouvera les valeurs exactes des estimations paramétriques dans le tableau 5, appendice D). Une fois neutralisée l'influence statistique combinée de l'ensemble des variables sociodémographiques et professionnelles, l'influence des variables prédictives sur le risque d'apparition de troubles post-traumatiques s'établissait comme suit :

Les fonctionnaires âgés de 55 ans ou plus présentaient un risque 1,92 fois inférieur à celui auquel étaient exposés ceux de moins de 35 ans ;

- Les fonctionnaires vivant en couple dans le cadre d'une relation reconnue par l'Organisation présentaient un risque 1,32 fois inférieur à celui auquel étaient exposés les fonctionnaires célibataires ;
- Les fonctionnaires sans enfant à charge présentaient un risque 1,22 fois inférieur à celui auquel étaient exposés ceux qui en avaient ;
- Le risque d'apparition de troubles post-traumatiques était 2 fois plus élevé parmi les fonctionnaires des Nations Unies totalisant de 5 à 10 années d'ancienneté que parmi les nouvelles recrues, et il était multiplié par 2,5 pour le personnel totalisant plus de 10 années d'ancienneté ;
- Les fonctionnaires dont le degré de satisfaction professionnelle était le plus élevé étaient exposés à un risque de présenter des symptômes de troubles post-traumatiques 5,9 fois inférieur à celui auquel étaient exposés ceux qui n'étaient pas du tout satisfaits au travail, et ce risque était 1,3 fois moindre pour les fonctionnaires peu satisfaits de leur vie professionnelle ;
- L'exposition à une situation traumatisante au cours des 12 derniers mois entraînait un risque accru d'obtenir un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques. En effet, le risque était quatre fois moindre parmi les membres du personnel qui n'avaient été exposés à aucun événement traumatisant au cours des 12 derniers mois.

Figure 10

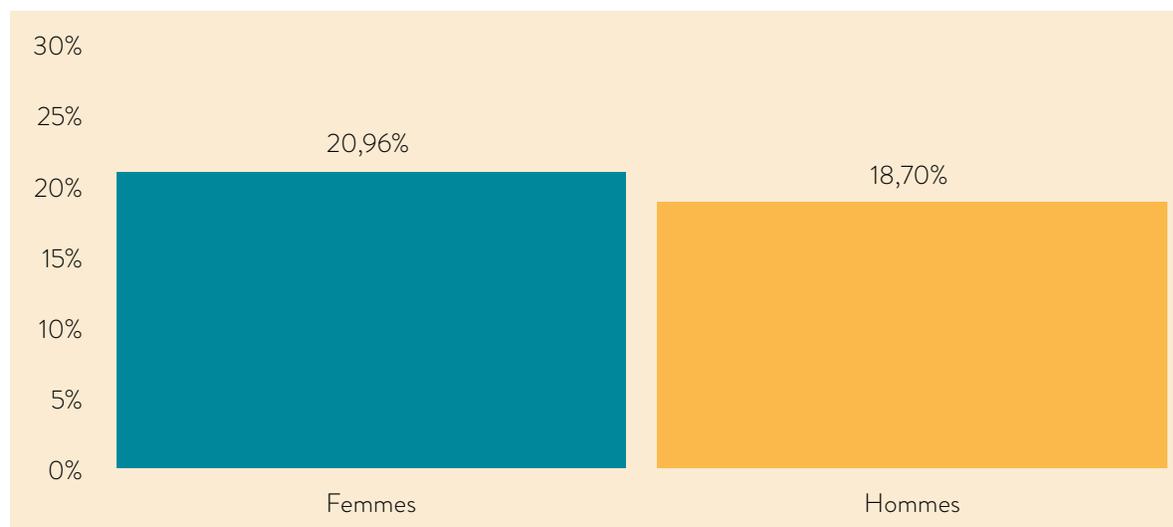
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, PAR GROUPE D'ÂGE**



**Note:** Proportion de personnes d'un même groupe d'âge ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants qui avaient rempli l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques.

Figure 11

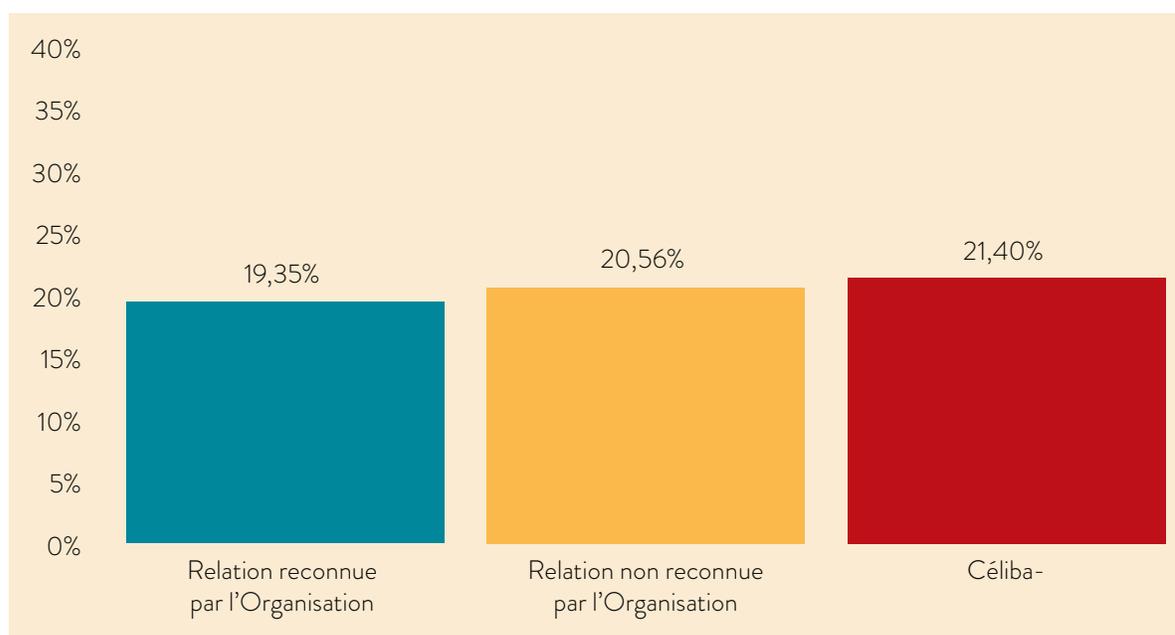
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, PAR SEXE**



**Note:** Proportion de femmes/d'hommes ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants des deux sexes qui avaient rempli l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques. survey.

Figure 12

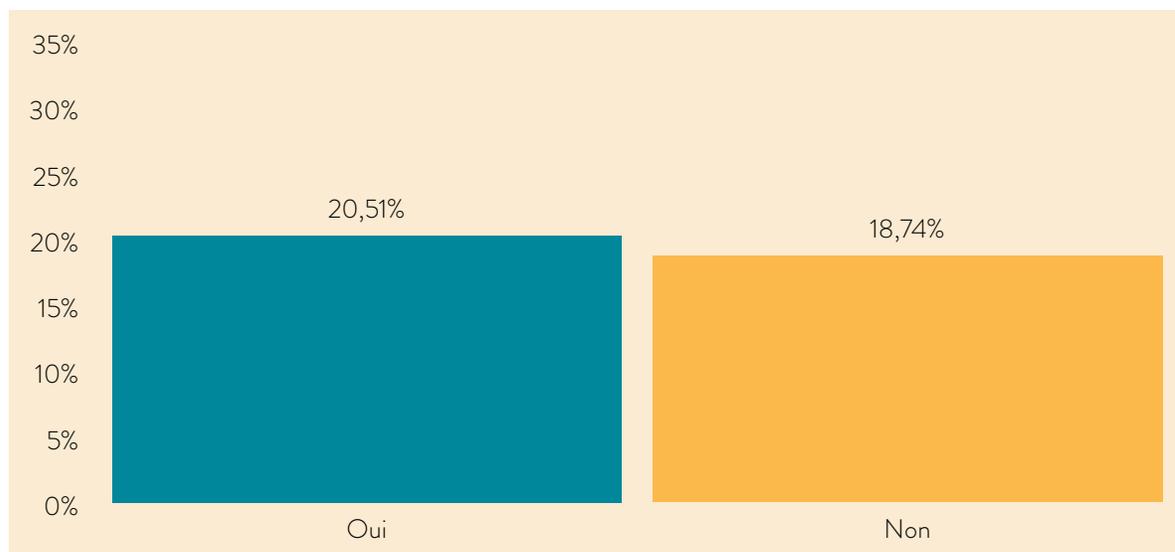
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE**



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les répondants ayant rempli le questionnaire dont la situation matrimoniale était identique (célibataire, relation reconnue ou non reconnue, selon le cas).

Figure 13

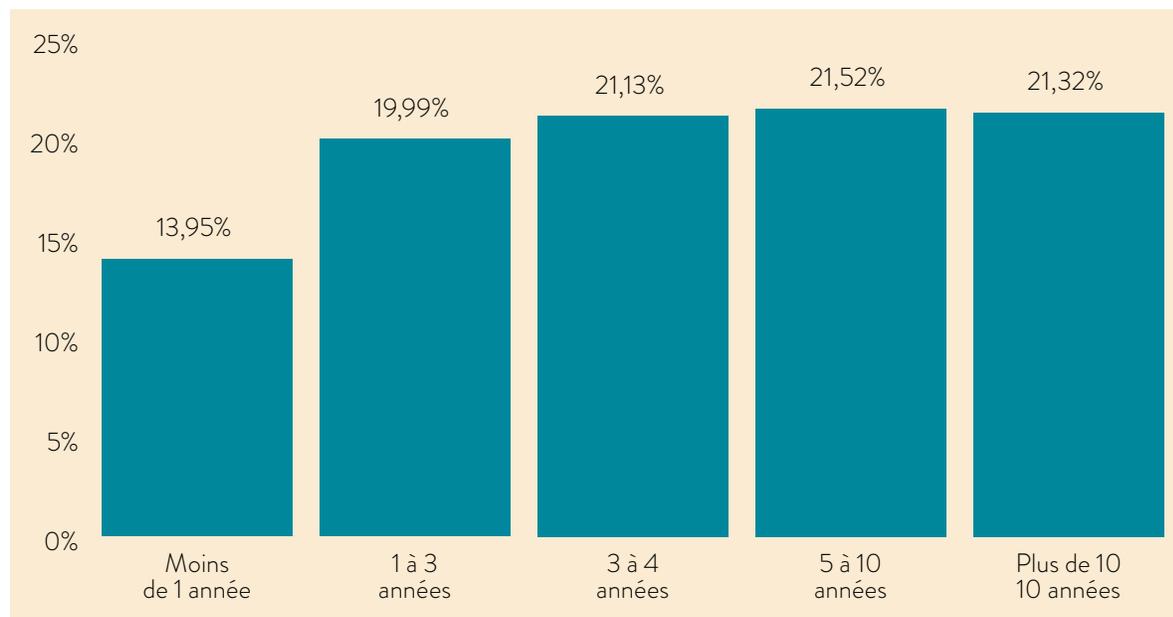
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, AVEC OU SANS ENFANT(S) À CHARGE**



**Note:** Proportion de personnes avec ou sans enfant(s) à charge ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants au questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques.

Figure 14

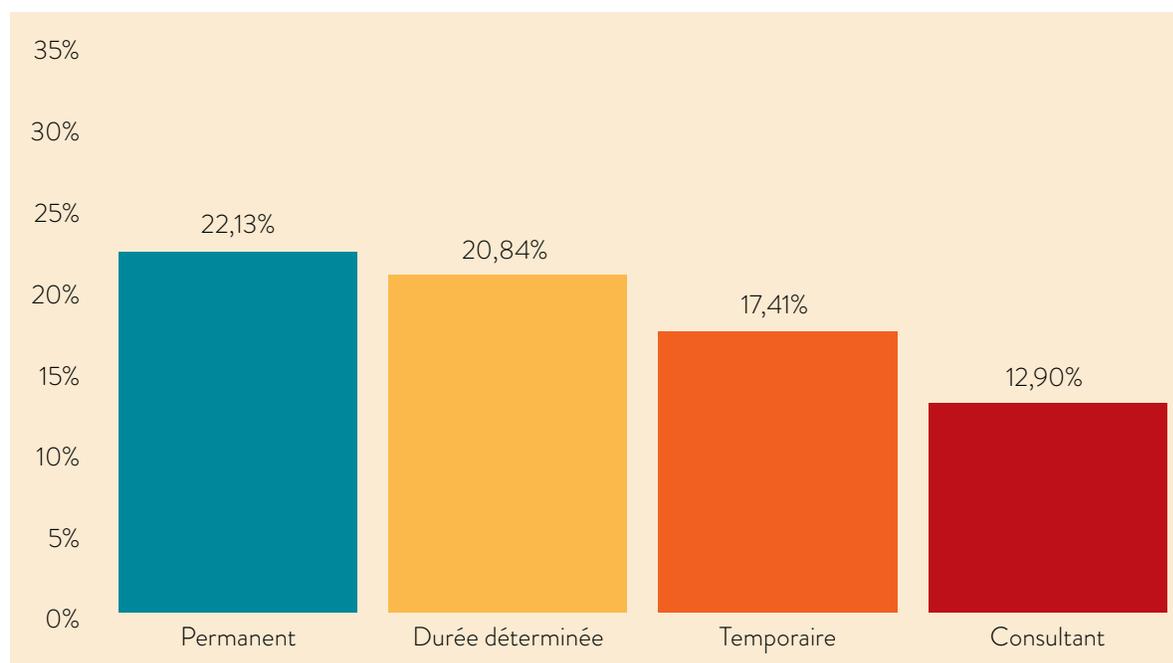
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, EN FONCTION DE L'ANCIENNETÉ



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies de même ancienneté qui avaient rempli en intégralité le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques.

Figure 15

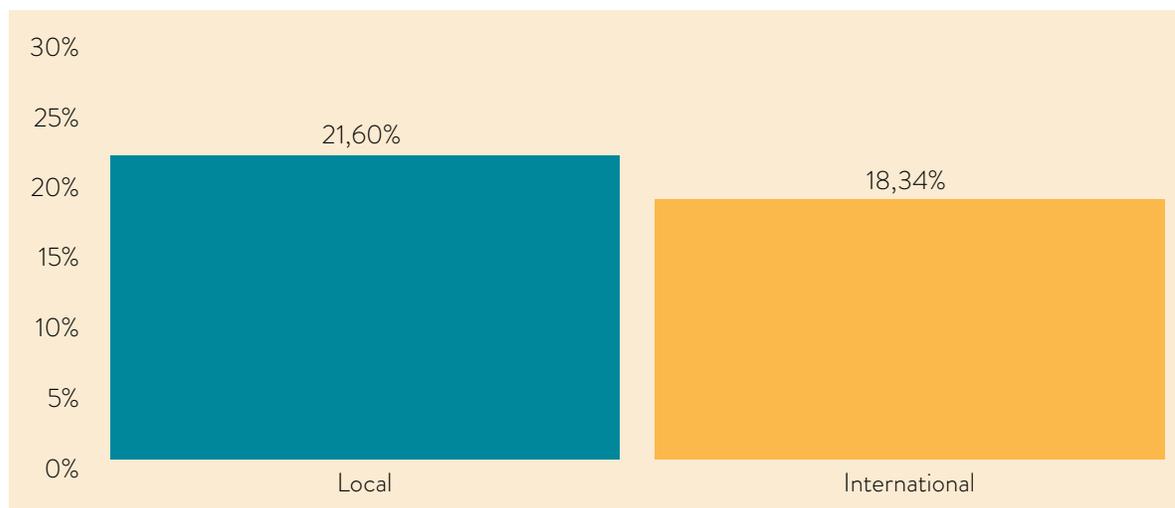
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, PAR TYPE D'ENGAGEMENT



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies titulaires d'un engagement ou contrat de même type qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques.

Figure 16

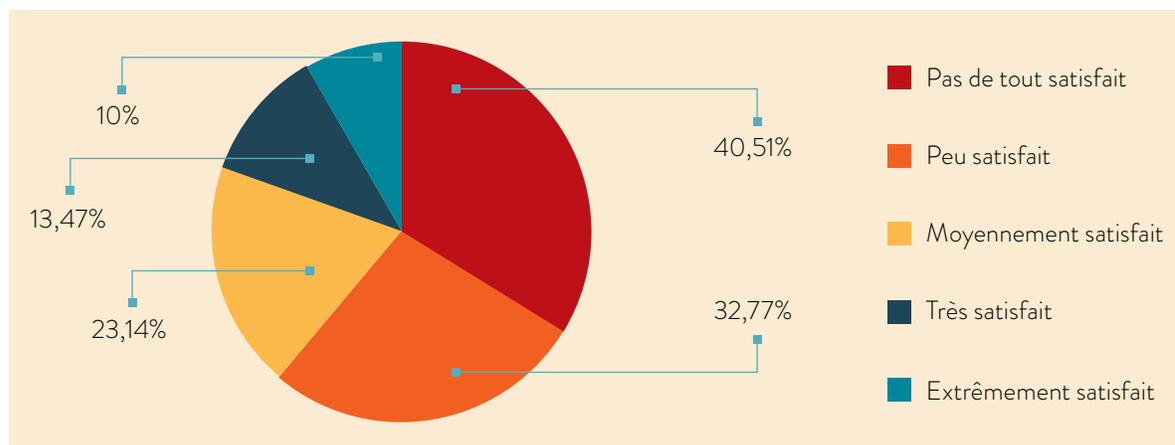
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, PAR TYPE DE RECRUTEMENT



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les participants occupant un poste soumis au même type de recrutement (local/international) qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques.

Figure 17

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, EN FONCTION DU DEGRÉ DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies présentant le même degré de satisfaction professionnelle qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques. Il existe un lien très étroit entre troubles post-traumatiques et faible degré de satisfaction professionnelle ( $p < 0,0001$ ).

## Encadré 2

### **RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT FAIT ÉTAT DE TROUBLES POST-TRAUMATIQUES ET PRINCIPALES CONCLUSIONS DU VOLET DE L'ENQUÊTE CONSACRÉ À CES TROUBLES**

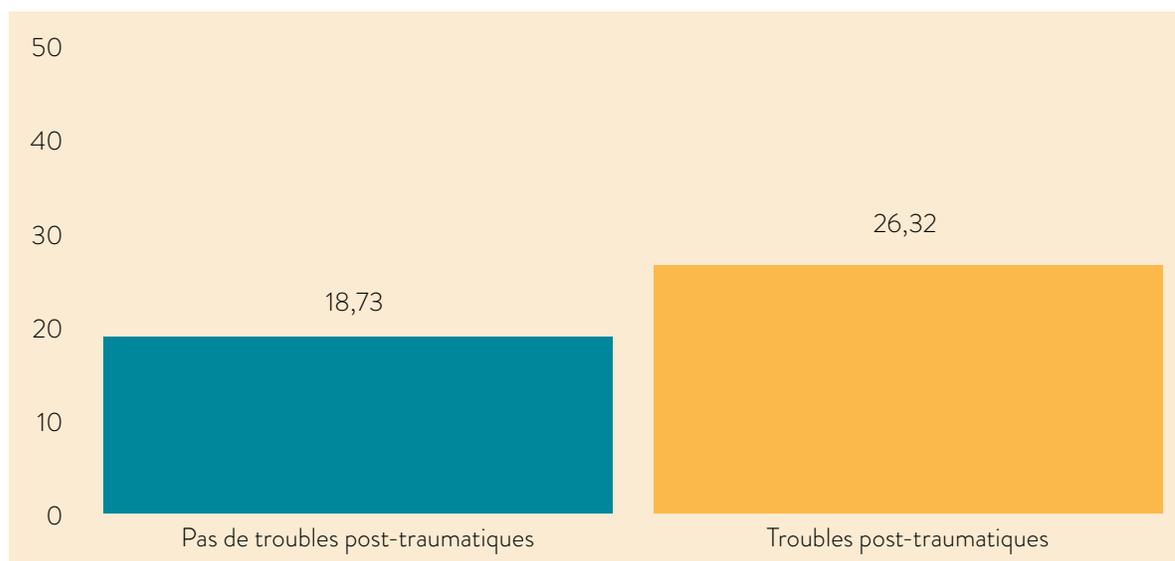
20 % des membres du personnel des Nations Unies interrogés, soit 2 823 participants, ont déclaré présenter des symptômes de troubles post-traumatiques. Plus de 40 % d'entre eux ont déclaré avoir été exposés à une situation traumatisante au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les troubles post-traumatiques étaient nettement plus fréquents parmi :

- Les membres du personnel âgés de 40 à 50 ans ;
- Les femmes ;
- Les membres du personnel célibataires ou dont la relation n'était pas reconnue par l'Organisation ;
- Les participants ayant un ou plusieurs enfants à charge ;
- Les membres du personnel ayant plus d'un an d'ancienneté ;
- Les fonctionnaires titulaires d'un engagement à titre permanent ou de durée déterminée ;
- Le personnel local ;
- Les participants qui n'étaient pas du tout satisfaits au travail ou qui l'étaient peu ;
- Les personnes qui avaient le plus insisté sur les incivilités et les conflits sur leur lieu de travail ;
- Les membres du personnel qui avaient été exposés à une situation traumatisante au cours des 12 derniers mois.

La variable pesant le plus sur le risque d'apparition de troubles post-traumatiques était le degré de satisfaction professionnelle – venaient ensuite l'exposition à une situation traumatisante au cours des 12 derniers mois et l'ancienneté.

Figure 18

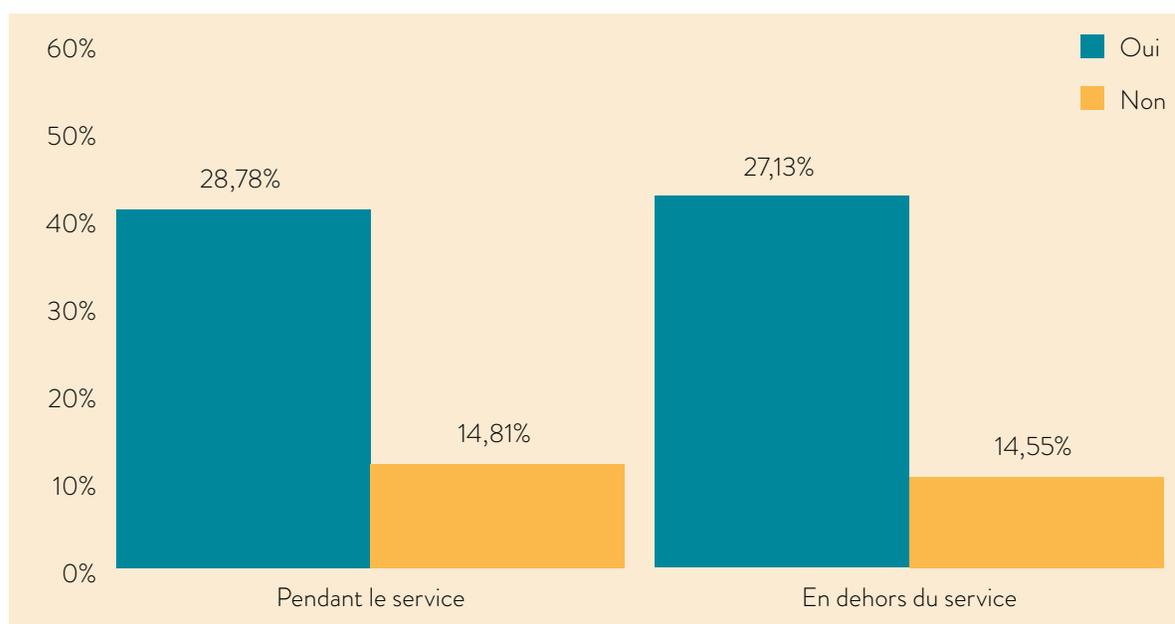
### PERCEPTION DE L'INCIVILITÉ ET DES CONFLITS SUR LE LIEU DE TRAVAIL SELON QUE LE RÉPONDANT PRÉSENTAIT OU NON DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES



**Note:** Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes présentant des symptômes de troubles post-traumatiques et, d'autre part, pour celles qui n'en présentaient pas.

Figure 19

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES, EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION À UNE SITUATION TRAUMATISANTE



**Note:** Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, par rapport à l'ensemble des répondants qui présentaient des troubles post-traumatiques et qui avaient rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors.

## TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES

Tout au long de notre vie, nous sommes soumis à des changements : notre humeur, nos centres d'intérêt, notre faculté d'acquérir des connaissances et ce qui nous procure du plaisir évoluent. Généralement, ces changements sont le reflet de fluctuations naturelles, inhérentes à la vie quotidienne, et ne s'apparentent pas à des troubles psychiques. Toutefois, il arrive qu'ils persistent et s'accumulent jusqu'à atteindre un seuil où ils sont alors susceptibles de nuire gravement au bien-être et à la santé mentale de la personne concernée. Par exemple, une fatigue chronique, une perte d'énergie ou un sentiment de tristesse persistant durant plus de deux semaines, un sentiment d'inutilité, une culpabilité excessive ou un manque flagrant d'intérêt à l'égard de presque toutes les activités peuvent être révélateurs d'un trouble psychique, qui peut entraîner une souffrance significative sur le plan clinique ainsi que la détérioration d'aspects importants de la vie sociale ou professionnelle (Otte et. al., 2016).

D'après les résultats de l'enquête, 23 % des personnes interrogées, soit 3 417 membres du personnel des Nations Unies, souffraient de troubles dépressifs graves, la catégorie d'âge la plus touchée étant celle des fonctionnaires de moins de 50 ans (voir la figure 20). Comme l'indique la figure 21, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à présenter des symptômes de troubles dépressifs graves. Ces troubles étaient plus fréquemment observés parmi les fonctionnaires célibataires ou dont la relation n'était pas reconnue par l'Organisation que parmi ceux qui étaient mariés ou dont le partenariat domestique était reconnu par l'Organisation (voir la figure 22). Aucun lien significatif n'a été établi entre les troubles dépressifs graves et le fait d'avoir ou non des enfants..

Comme le montre la figure 23, les fonctionnaires en poste dans des lieux d'affectation famille autorisée étaient plus nombreux à présenter des troubles dépressifs graves que ceux qui l'étaient dans des lieux d'affectation famille non autorisée. Les troubles dépressifs graves étaient nettement moins fréquents parmi les membres du personnel avec moins d'un an d'ancienneté que parmi ceux qui travaillaient pour l'Organisation depuis un an ou plus (voir la figure 24). Les consultants étaient plus nombreux à présenter des symptômes de troubles dépressifs graves que les titulaires d'un engagement à titre permanent, temporaire ou de durée déterminée (voir la figure 25). Comme l'indique la figure 26, il est apparu que les risques de troubles dépressifs étaient nettement plus élevés parmi les membres du personnel local que parmi le personnel recruté sur le plan international. En outre, un lien significatif a été établi entre un faible degré de satisfaction professionnelle et les troubles dépressifs graves (voir la figure 27). Les personnes ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves étaient également plus nombreuses à faire état d'incivilités sur le lieu de travail (voir la

figure 28). Enfin, il est apparu que ces troubles étaient nettement plus fréquents parmi les membres du personnel des Nations Unies ayant été exposés à une situation traumatisante durant leur service ou en dehors au cours des 12 derniers mois (voir la figure 29).

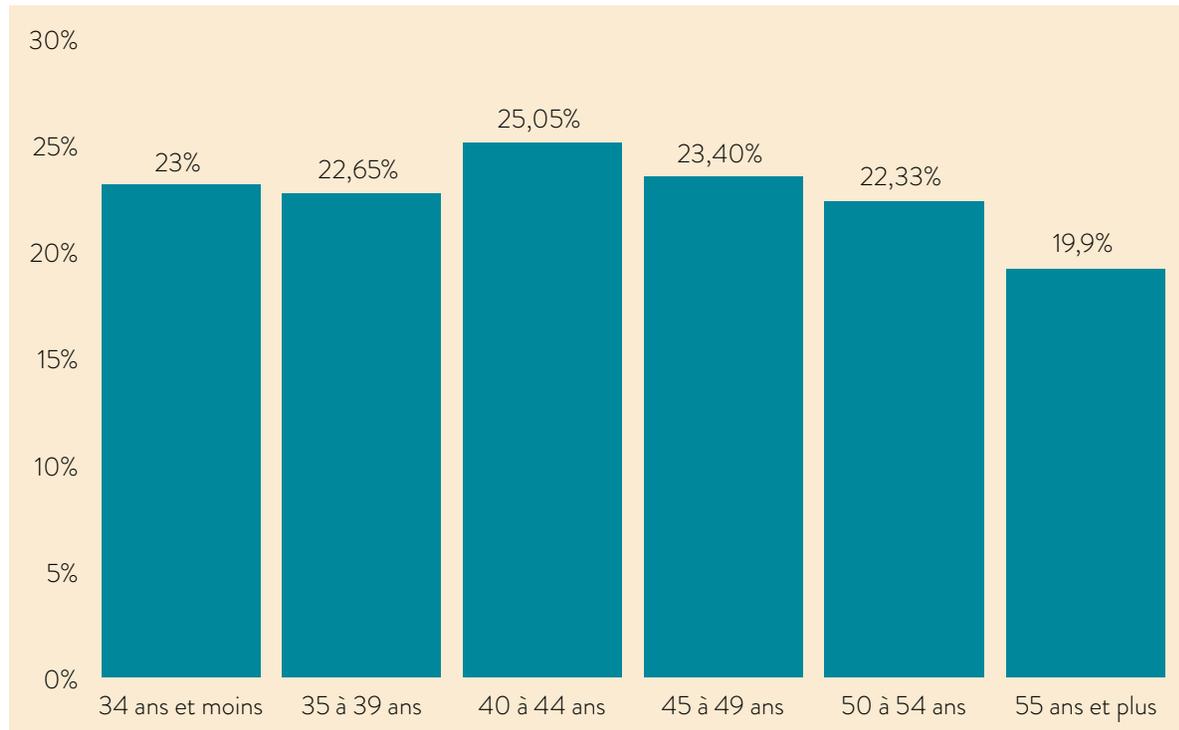
## Prédicteurs des troubles dépressifs graves

Afin de déterminer quelles variables sociodémographiques et professionnelles contribuaient le plus à accroître le risque d'apparition de troubles dépressifs graves, une analyse de régression logistique à variables multiples a été réalisée (on trouvera les valeurs exactes des estimations paramétriques dans le tableau 6, appendice D). Une fois neutralisée l'influence statistique combinée de l'ensemble des variables sociodémographiques et professionnelles, l'influence des variables prédictives sur le risque d'apparition de troubles dépressifs graves s'établissait comme suit :

- Les membres du personnel des Nations Unies âgés de 50 ans ou plus présentaient un risque 1,7 fois inférieur à celui auquel étaient exposés les fonctionnaires de moins de 35 ans ;
- Pour les répondants qui travaillaient pour l'Organisation depuis au moins cinq ans, le risque était deux fois supérieur à celui auquel étaient exposés les fonctionnaires totalisant moins de trois ans d'ancienneté ;
- Les membres du personnel des Nations Unies dont le degré de satisfaction professionnelle était le plus élevé étaient exposés à un risque d'apparition de troubles dépressifs graves environ 10 fois moindre que ceux qui n'étaient pas du tout satisfaits au travail, et ce risque était 1,9 fois moindre pour les personnes peu satisfaites de leur vie professionnelle ;
- L'exposition à une situation traumatisante entraînait un risque accru d'apparition de troubles dépressifs graves. En effet, le risque était 1,7 fois moindre parmi les membres du personnel qui n'avaient été exposés à aucun événement traumatisant au cours des 12 derniers mois.

Figure 20

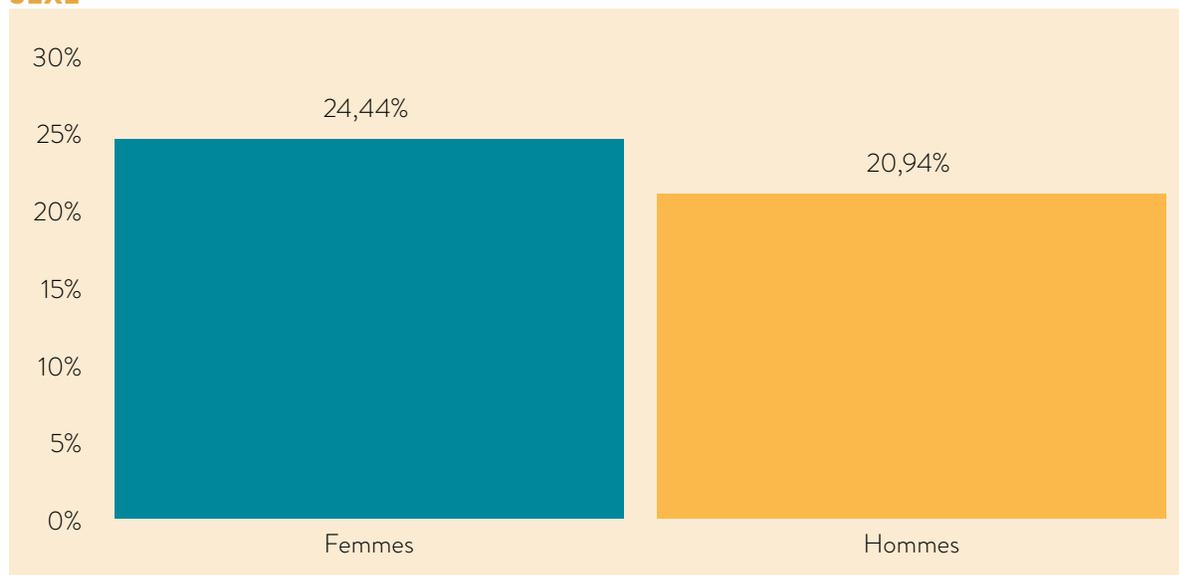
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, PAR GROUPE D'ÂGE**



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies du même groupe d'âge qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves.

Figure 21

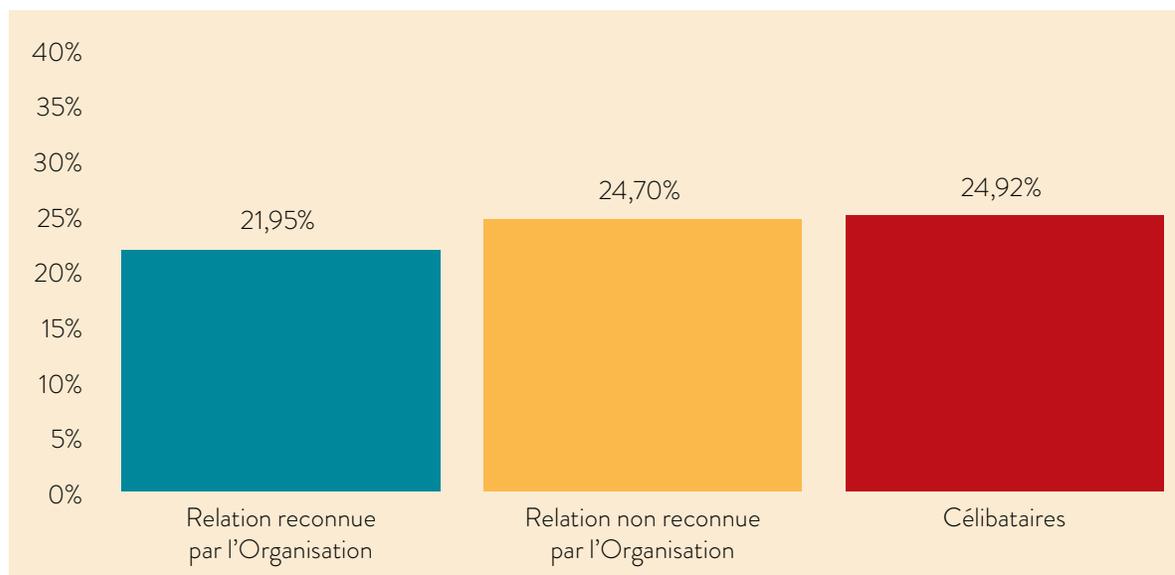
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, PAR SEXE**



**Note:** Proportion de femmes/d'hommes ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants des deux sexes qui avaient rempli l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves.

Figure 22

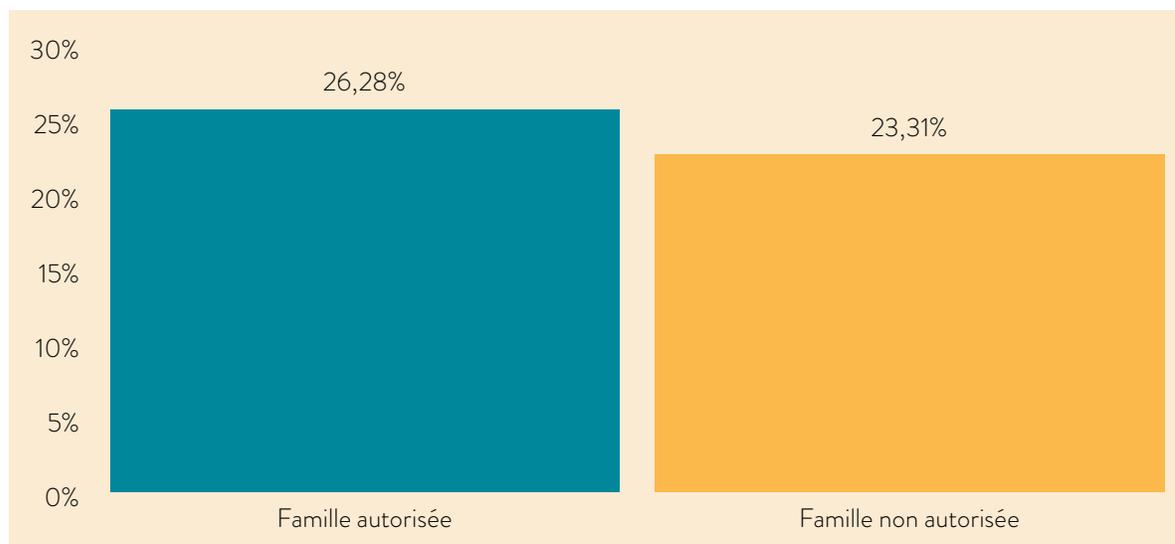
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel dont la situation matrimoniale était la même et qui avaient répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves.

Figure 23

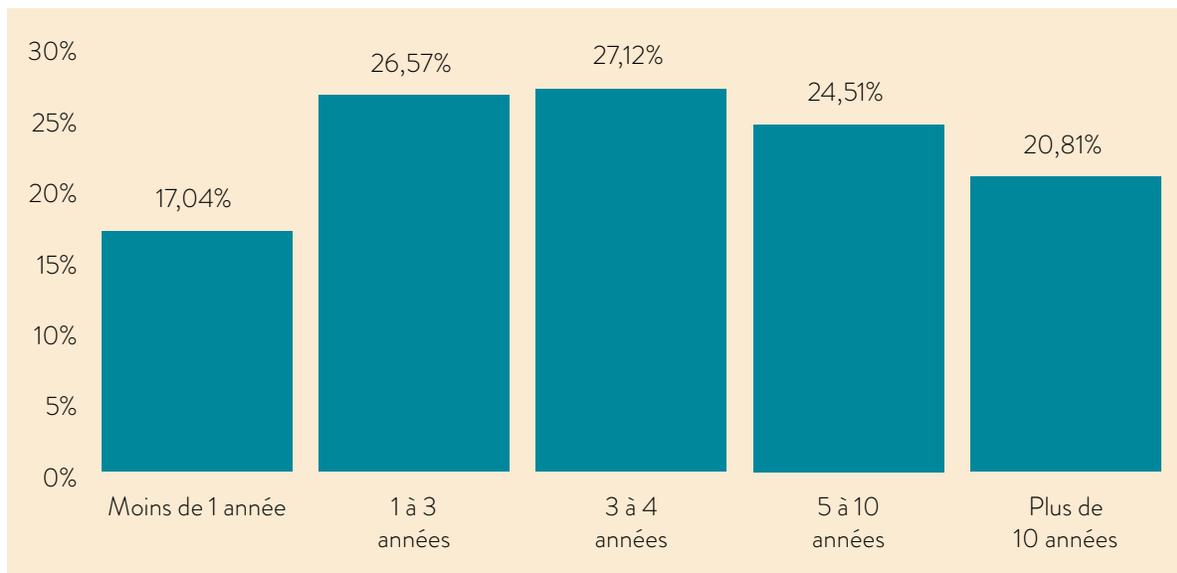
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, PAR TYPE DE LIEU D'AFFECTATION



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel qui occupaient un poste dans un lieu d'affectation de même type (famille autorisée/non autorisée) et avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves.

Figure 24

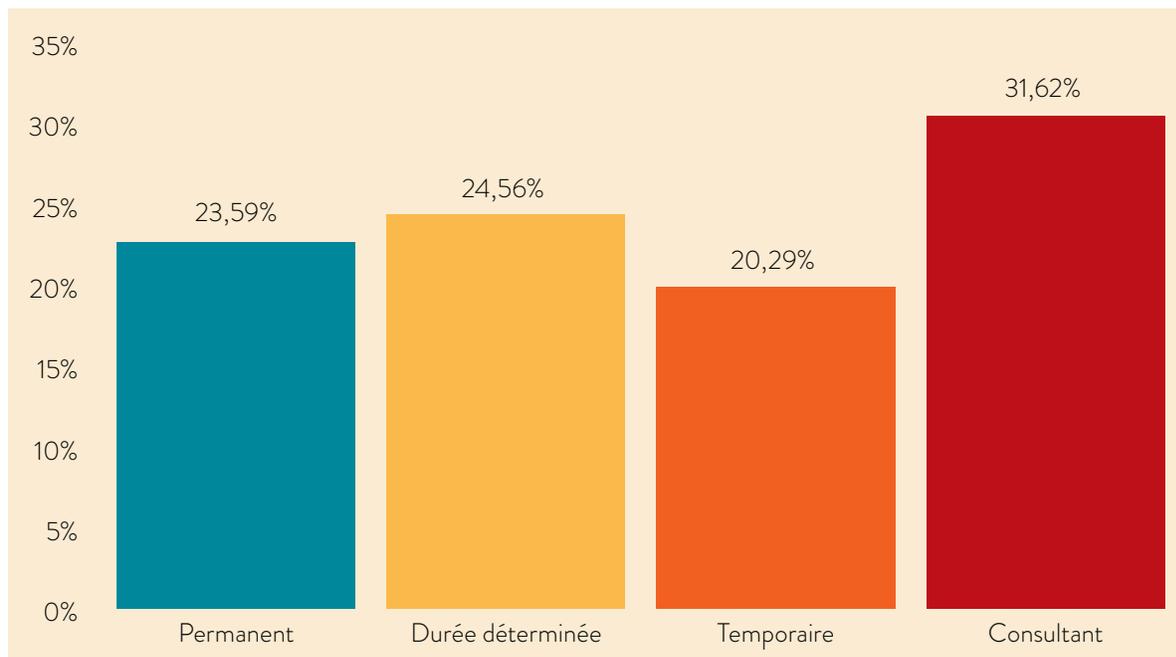
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, EN FONCTION DE L'ANCIENNETÉ**



**Note:** Proportion de personnes présentant des troubles dépressifs graves parmi l'ensemble de celles qui présentaient la même ancienneté et avaient rempli intégralement le questionnaire correspondant.

Figure 25

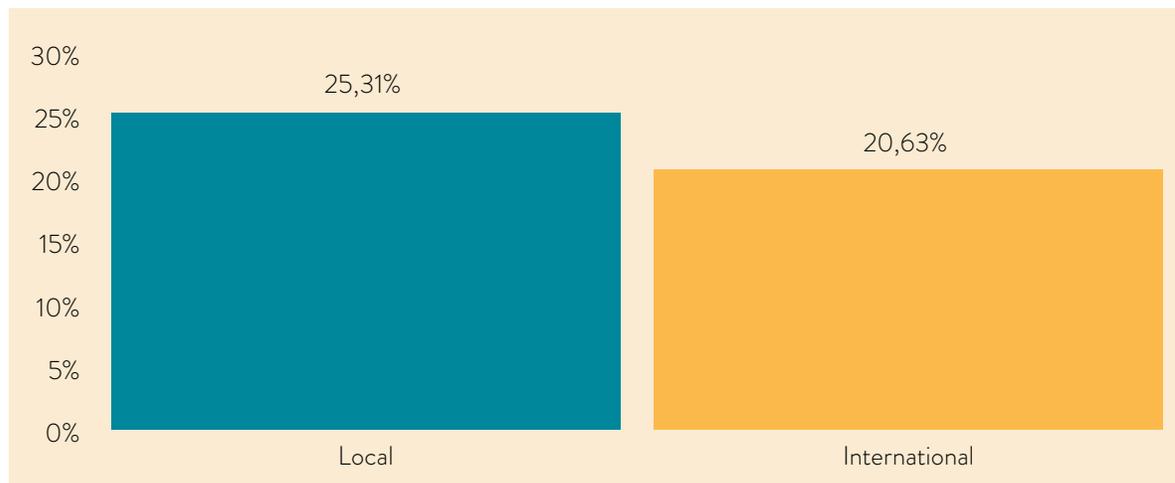
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, PAR TYPE D'ENGAGEMENT**



**Note:** Proportion, pour chaque type d'engagement, de répondants présentant des troubles dépressifs graves parmi ceux qui ont rempli le questionnaire correspondant.

Figure 26

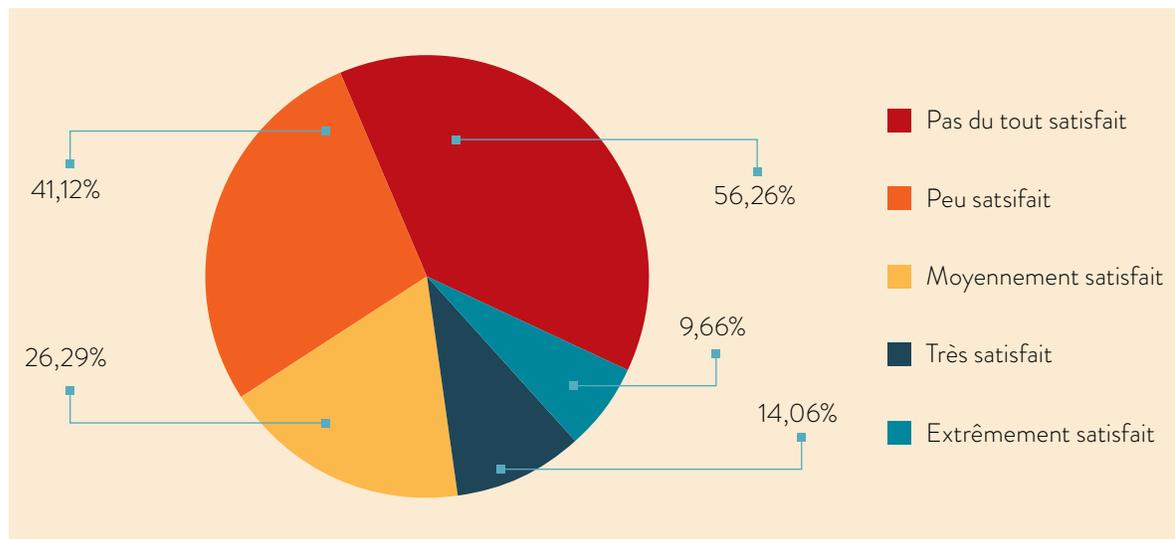
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, PAR TYPE DE RECRUTEMENT



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les participants occupant un poste soumis au même type de recrutement (local/international) qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves.

Figure 27

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, EN FONCTION DU DEGRÉ DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE



**Note:** Proportion de personnes présentant des troubles dépressifs graves parmi l'ensemble de celles qui présentaient le même degré de satisfaction professionnelle et avaient rempli intégralement le questionnaire. Un lien très étroit est apparu entre un degré élevé de satisfaction professionnelle et une faible incidence des troubles dépressifs graves ( $p < 0,0001$ ).

Figure 28

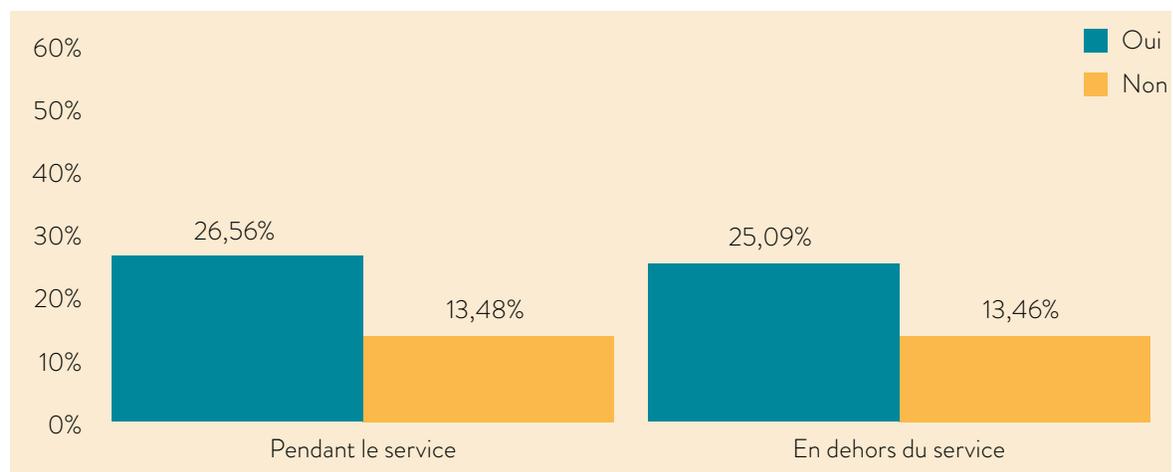
### PERCEPTION DE L'INCIVILITÉ ET DES CONFLITS SUR LE LIEU DE TRAVAIL SELON QUE LE RÉPONDANT PRÉSENTAIT OU NON DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES



**Note:** Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes présentant des troubles dépressifs graves et, d'autre part, pour celles qui n'en présentaient pas.

Figure 29

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES, EN FONCTION DU DEGRÉ DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE



**Note:** Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 derniers mois parmi l'ensemble des répondants qui présentaient des troubles dépressifs graves et avaient rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors.

### Encadré 3

#### **RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT FAIT ÉTAT DE TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES ET PRINCIPALES CONCLUSIONS DU VOLET DE L'ENQUÊTE CONSACRÉ À CES TROUBLES**

23 % des membres du personnel des Nations Unies interrogés, soit 3 417 participants, ont déclaré présenter des symptômes associés aux troubles dépressifs graves. Les troubles dépressifs graves étaient nettement plus fréquents parmi :

- Les fonctionnaires de moins de 55 ans ;
- Les femmes ;
- Les membres du personnel célibataires ou dont la relation n'était pas reconnue par l'Organisation ;
- Les fonctionnaires nommés dans un lieu d'affectation famille autorisée ;
- Les membres du personnel ayant plus d'un an d'ancienneté ;
- Les consultants ;
- Le personnel local ;
- Les participants qui n'étaient pas du tout satisfaits au travail ou qui l'étaient peu ;
- Les personnes qui avaient le plus insisté sur les incivilités et les conflits sur leur lieu de travail ;
- Les membres du personnel qui avaient été exposés à une situation traumatisante au cours des 12 derniers mois..

Les principaux prédicteurs des troubles dépressifs graves étaient, dans l'ordre : le degré de satisfaction professionnelle, l'ancienneté, l'âge et l'exposition à une situation traumatisante.

## CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL

La consommation d'alcool est une pratique très courante dans de nombreuses cultures qui, bien qu'elle soit perçue différemment selon les normes sociales, ne nuit pas nécessairement à la santé et au bien-être. Cependant, une consommation d'alcool dépassant une certaine quantité, qui est fonction de la masse corporelle de l'individu, peut devenir dommageable, voire dangereuse. Selon les définitions reconnues par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une consommation dangereuse d'alcool correspond à un volume ou des habitudes de consommation posant un risque pour la santé, tandis qu'une consommation nocive d'alcool est une consommation ayant une incidence négative sur la santé physique et mentale (Fujji et. al., 2016). L'abus d'alcool est parfois révélateur de troubles psychiques sous-jacents, qui ne se manifestent pas toujours sur le plan émotionnel. En outre, il peut avoir des répercussions sur des aspects importants de la vie sociale et professionnelle et donc être la source d'une souffrance morale parfois profonde.

Au total, 23 % des répondants, soit 3 370 membres du personnel des Nations Unies, ont obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse

d'alcool. Comme l'indique la figure 30, parmi ces personnes, le groupe d'âge le plus représenté était celui des moins de 34 ans. Le risque de consommation dangereuse d'alcool était relativement plus élevé pour les fonctionnaires dont le partenariat domestique n'était pas reconnu par l'organisme employeur que pour les autres et était moins élevé pour ceux dont le mariage ou le partenariat domestique était reconnu (voir la figure 31). La proportion de personnes exposées au risque de consommation dangereuse d'alcool était supérieure de 11 % parmi les répondants sans enfant à charge – par rapport à ceux qui en avaient (voir la figure 32).

Comme le montre la figure 33, les fonctionnaires en poste dans un lieu d'affectation famille autorisée ont été plus nombreux à obtenir un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool que ceux qui l'étaient dans un lieu d'affectation famille non autorisée. Les membres du personnel de moins de trois ans d'ancienneté ont fait plus souvent état que les autres d'une consommation dangereuse d'alcool (voir la figure 34). Les consultants étaient plus exposés au risque de consommation dangereuse d'alcool que les titulaires d'un engagement temporaire (voir la figure 35). Comme l'indique la figure 36, le taux de consommation dangereuse d'alcool était nettement moins élevé parmi le personnel local que parmi le personnel recruté sur le plan international. Comme le montre la figure 37, un lien significatif est apparu entre le degré de satisfaction professionnelle et la consommation dangereuse d'alcool. Les personnes dont la consommation d'alcool était excessive étaient plus nombreuses à se plaindre d'incivilités sur le lieu de travail (voir la figure 38). Si le risque de consommation abusive d'alcool était plus élevé parmi les membres du personnel ayant été exposés à une situation

potentiellement traumatisante pendant le service (voir la figure 39), aucun lien n'a pu être établi avec l'exposition à une telle situation en dehors du service.

## Prédicteurs de la consommation dangereuse d'alcool

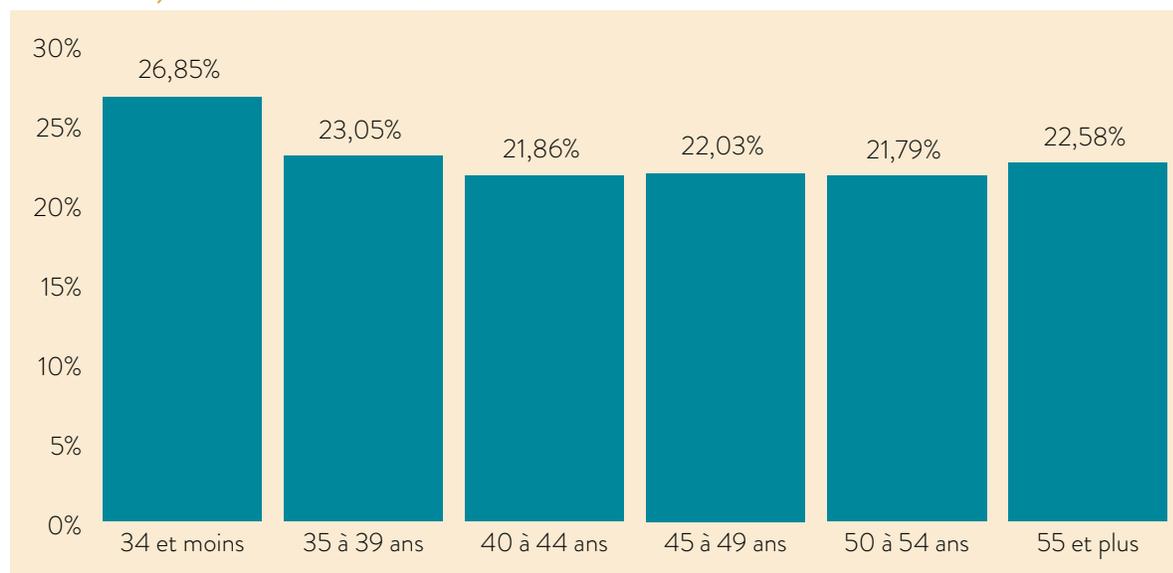
Afin de déterminer quelles variables sociodémographiques et professionnelles contribuaient le plus à accroître le risque de consommation dangereuse d'alcool, une analyse de régression logistique à variables multiples a été réalisée (on trouvera les valeurs exactes des estimations paramétriques dans le tableau 7, appendice D). Une fois neutralisée l'influence statistique combinée de l'ensemble des variables sociodémographiques et professionnelles, l'influence des variables prédictives sur le risque de consommation dangereuse d'alcool s'établissait comme suit :

- Le risque était 1,7 fois plus élevé parmi les membres du personnel dont le partenariat domestique n'était pas reconnu par l'Organisation que parmi les célibataires ;
- Les membres du personnel n'ayant pas d'enfant(s) à leur charge présentaient un risque 1,7 fois supérieur ;
- Le risque était 1,5 fois moins élevé parmi le personnel temporaire que parmi le personnel permanent ;
- La consommation dangereuse d'alcool était 1,4 fois moins fréquente parmi les fonctionnaires qui étaient extrêmement satisfaits de leur vie professionnelle que parmi ceux qui n'en étaient pas du tout satisfaits ;
- Le risque était 1,3 fois moins élevé parmi les membres du personnel n'ayant pas été exposé à une situation traumatisante au cours des 12 derniers mois.

Aucune différence significative n'a été constatée entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'incidence de la consommation dangereuse d'alcool (N. B. : dans l'AUDIT C, le seuil à partir duquel la consommation d'alcool est considérée comme dangereuse est plus élevé pour les hommes que pour les femmes).

Figure 30

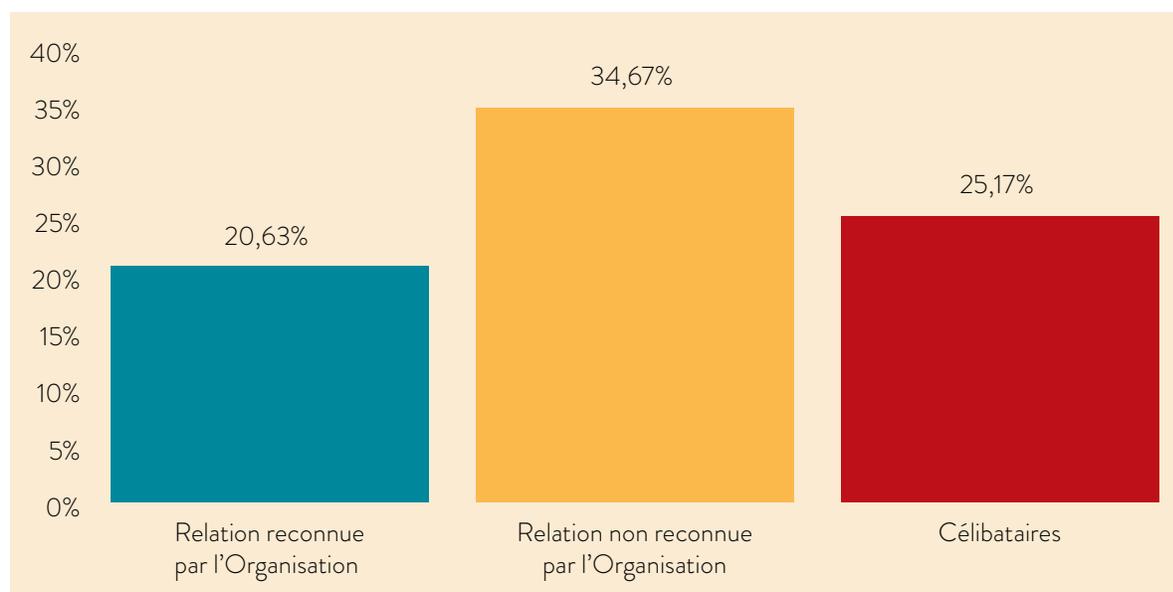
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, PAR GROUPE D'ÂGE



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies du même groupe d'âge qui avaient rempli le questionnaire de dépistage de la consommation dangereuse d'alcool.

Figure 31

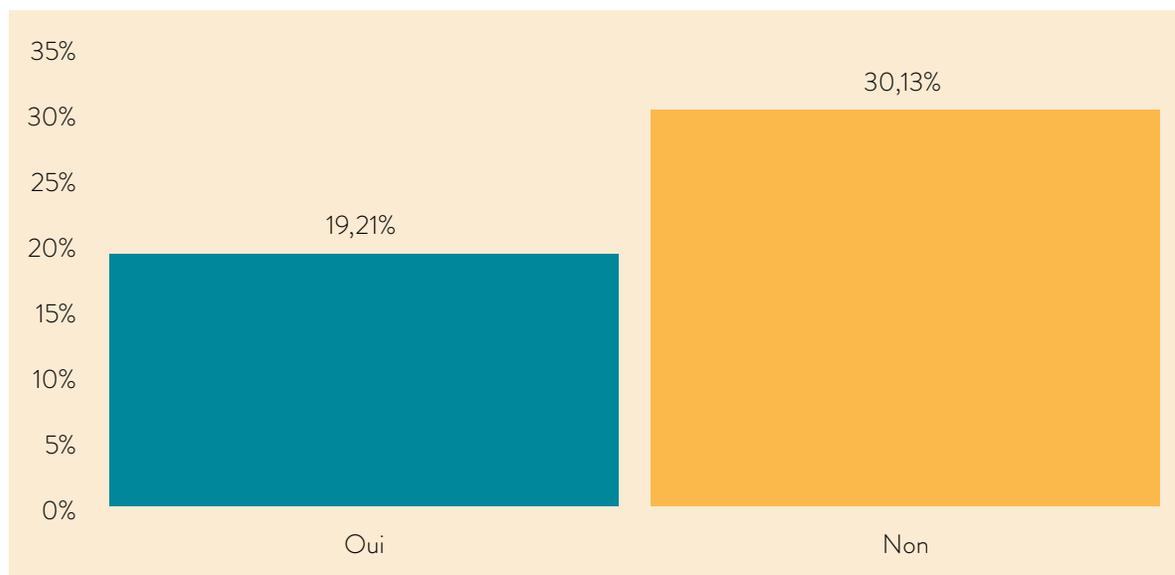
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE



**Note:** Proportion de personnes ayant fait état d'une consommation dangereuse d'alcool parmi les répondants ayant rempli le questionnaire et dont la situation matrimoniale était identique (célibataire, relation reconnue ou non reconnue, selon le cas).

Figure 32

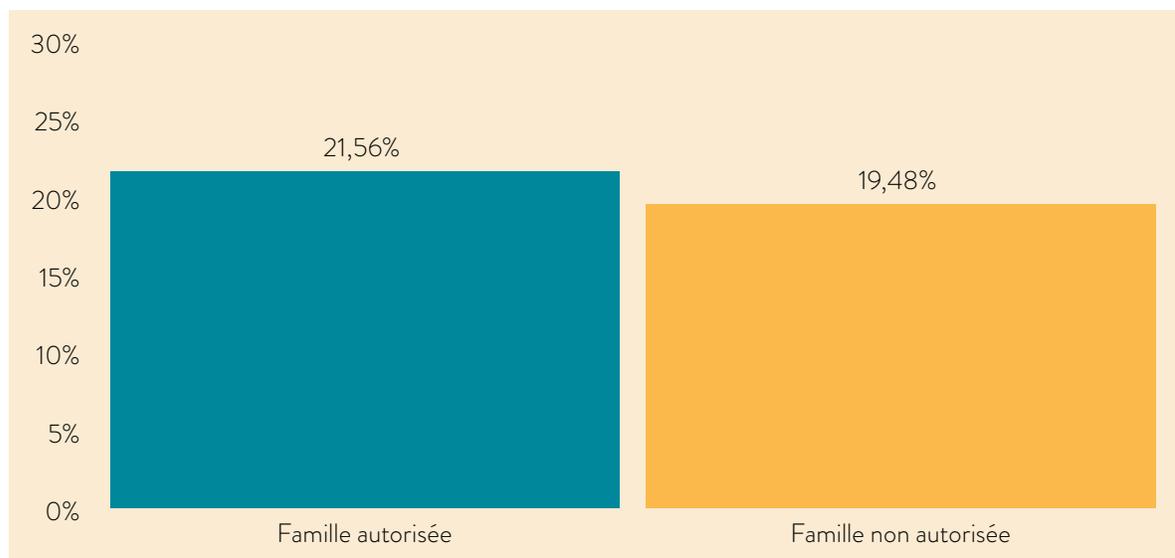
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, AVEC OU SANS ENFANT(S) À CHARGE**



**Note:** Proportions respectives de personnes avec ou sans enfant(s) à charge ayant obtenu un résultat positif parmi la totalité des répondants au questionnaire de dépistage.

Figure 33

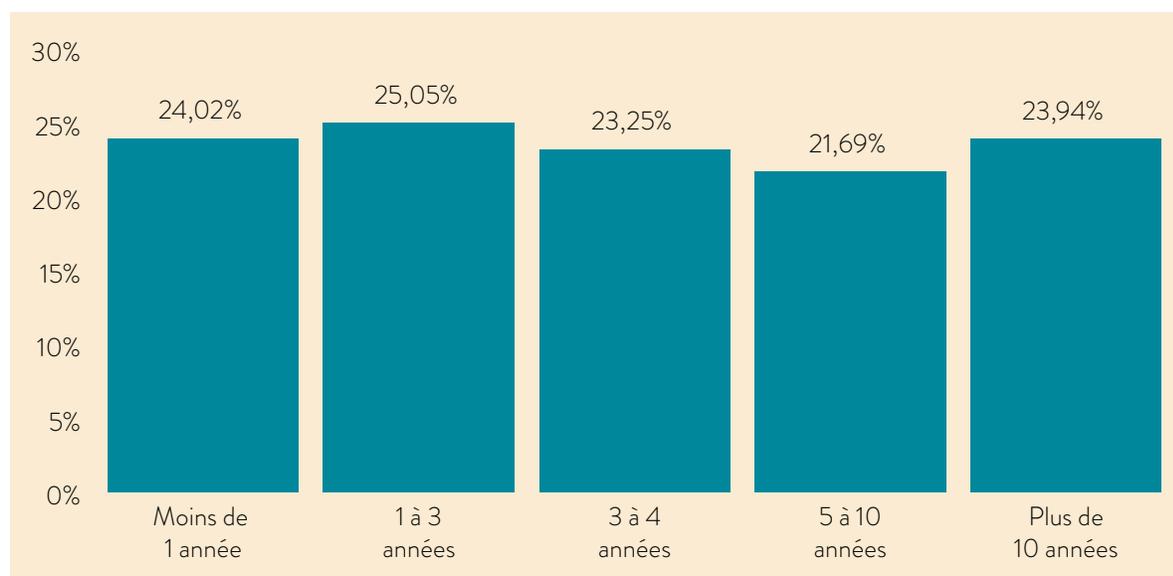
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, PAR TYPE DE LIEU D'AFFECTATION**



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel en poste dans un même type de lieu d'affectation (famille autorisée/non autorisée) ayant répondu au questionnaire de dépistage.

Figure 34

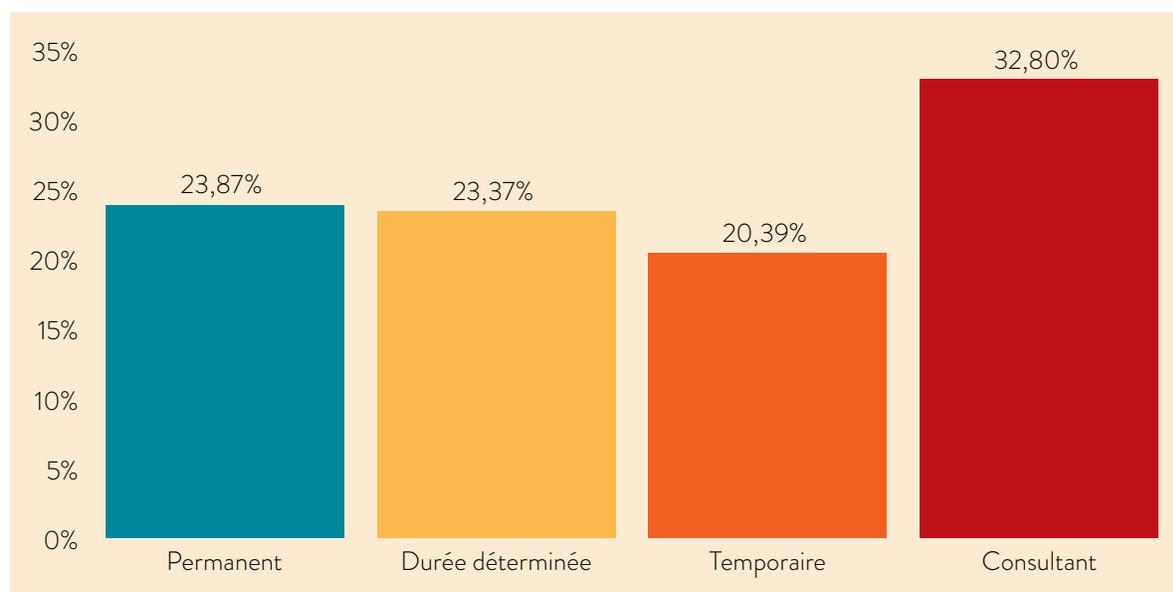
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, EN FONCTION DE L'ANCIENNETÉ**



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble de celles qui présentaient la même ancienneté et avaient rempli le questionnaire de dépistage.

Figure 35

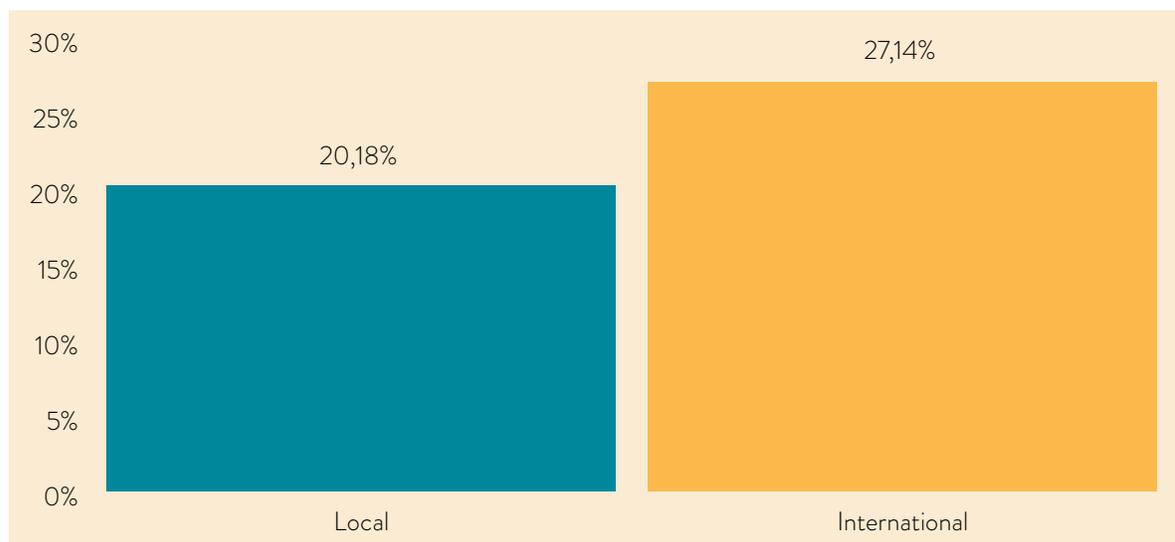
**POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, PAR TYPE D'ENGAGEMENT**



**Note:** Proportion, pour chaque type d'engagement, de répondants ayant fait état d'une consommation dangereuse d'alcool parmi l'ensemble de ceux qui ont rempli le questionnaire.

Figure 36

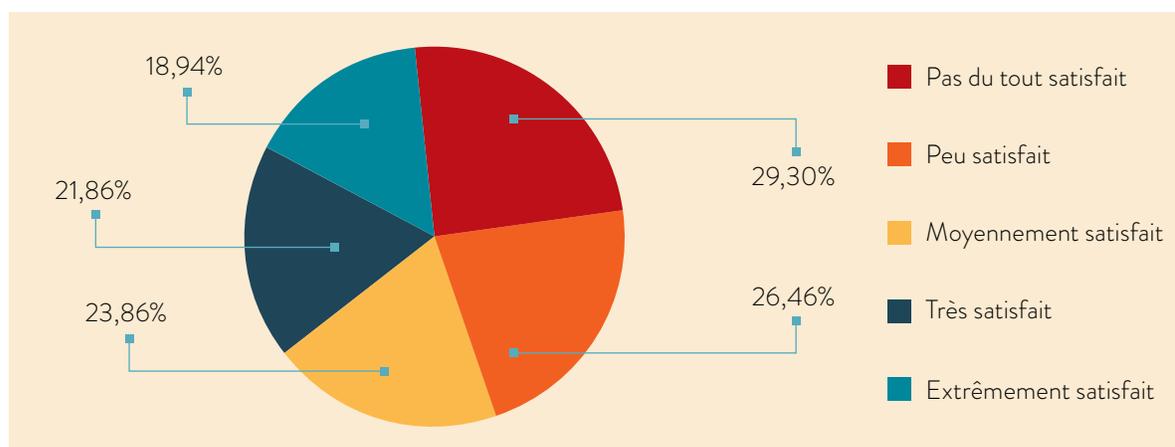
### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, PAR TYPE DE RECRUTEMENT



**Note:** Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les participants occupant un poste soumis au même type de recrutement (local/international) qui avaient rempli le questionnaire de dépistage.

Figure 37

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, PAR TYPE D'ENGAGEMENT



**Note:** Proportion de personnes ayant fait état d'une consommation dangereuse d'alcool parmi l'ensemble de celles qui présentaient le même degré de satisfaction professionnelle et avaient rempli intégralement le questionnaire. Un lien très étroit est apparu entre consommation d'alcool non dangereuse et degré élevé de satisfaction professionnelle ( $p < 0,0001$ ).

#### Encadré 4

### **RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT FAIT ÉTAT D'UNE CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL ET PRINCIPALES CONCLUSIONS DU VOLET DE L'ENQUÊTE CONSACRÉ À CE TROUBLE**

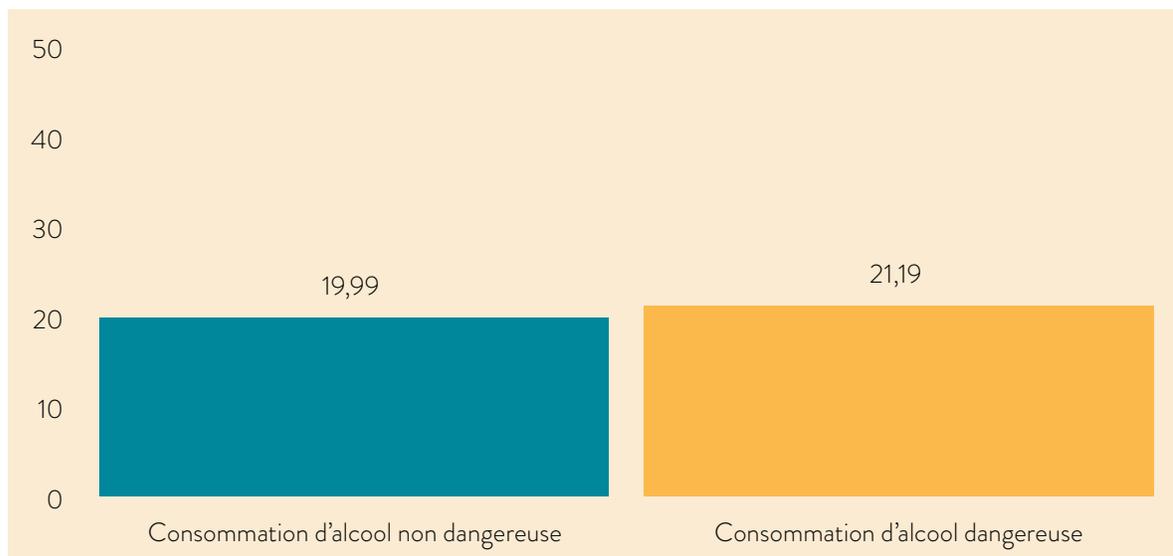
23 % des répondants, soit 3 370 membres du personnel des Nations Unies, ont obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool. Celle-ci était nettement plus répandue parmi :

- Les personnes de moins de 34 ans ;
- Les membres du personnel dont le partenariat domestique n'était pas reconnu par l'Organisation ;
- Les participants sans enfant à charge ;
- Les fonctionnaires nommés dans un lieu d'affectation famille autorisée ;
- Les fonctionnaires totalisant moins de 3 ans ou plus de 10 ans d'ancienneté ;
- Les consultants ;
- Le personnel recruté sur le plan international ;
- Les participants qui n'étaient pas du tout satisfaits au travail ou qui l'étaient peu ;
- Les personnes qui avaient le plus insisté sur les incivilités et les conflits sur leur lieu de travail ;
- Les personnes qui avaient été exposés à une situation traumatisante au cours des 12 derniers mois.

Les principaux prédicteurs de la consommation dangereuse d'alcool étaient la situation matrimoniale, le fait d'avoir ou non des enfants à charge, le type d'engagement, le degré de satisfaction professionnelle et l'exposition à une situation traumatisante pendant le service.

Figure 38

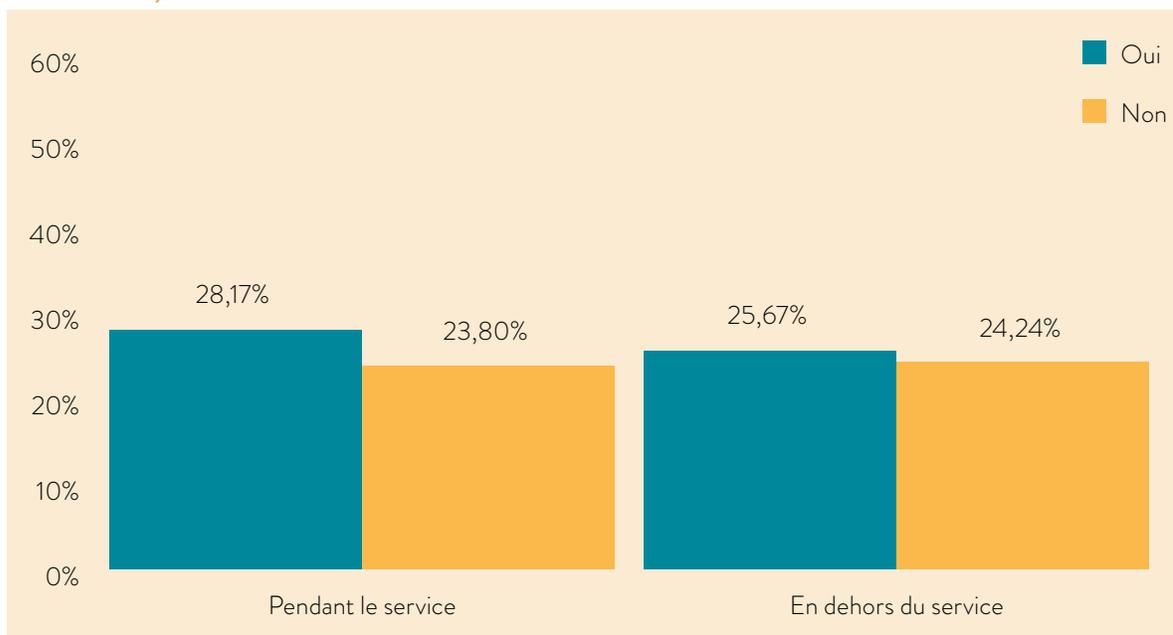
### PERCEPTION DE L'INCIVILITÉ ET DES CONFLITS SUR LE LIEU DE TRAVAIL SELON QUE LE RÉPONDANT PRÉSENTAIT OU NON UNE CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL



**Note:** Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes qui ont fait état d'une consommation dangereuse d'alcool et, d'autre part, pour celles qui n'en ont pas fait état.

Figure 39

### POURCENTAGE DE MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT OBTENU UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL, PAR TYPE D'EXPOSITION À UNE SITUATION TRAUMATISANTE



**Note:** Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 derniers mois, par rapport à l'ensemble des répondants qui ont fait état d'une consommation dangereuse d'alcool et avaient rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors.

## COMBINAISON DE TROUBLES PSYCHIQUES : OBTENTION SIMULTANÉE D'UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES ET DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES

### Prédicteurs de la combinaison de plusieurs troubles psychiques

Une analyse de régression logistique à variables multiples a été effectuée pour établir quelles variables sociodémographiques et professionnelles déterminaient en priorité le risque d'exposition simultanée d'un membre du personnel des Nations Unies à l'anxiété généralisée, à des troubles post-traumatiques et à des troubles dépressifs graves (on trouvera les valeurs exactes des estimations paramétriques dans le tableau 8, appendice D). Une fois neutralisée l'influence statistique combinée de l'ensemble des variables sociodémographiques et professionnelles, l'influence des variables prédictives sur le degré de probabilité de voir les trois types de trouble psychique susmentionnés apparaître simultanément chez un même individu s'établissait comme suit :

- Le risque était 1,2 fois moins élevé chez les hommes que chez les femmes ;
- Les fonctionnaires dont le mariage ou le partenariat domestique était reconnu par l'Organisation présentaient un risque 1,2 fois moins élevé que les célibataires ;
- Les membres du personnel n'ayant pas d'enfant(s) à leur charge présentaient un risque 1,2 fois moins élevé que les autres ;
- Le risque était 2,3 fois plus élevé parmi les fonctionnaires des Nations Unies ayant accumulé entre 5 et 10 années d'ancienneté que parmi les nouvelles recrues, et il était 2,8 fois plus élevé pour ceux qui en avaient accumulé 10 ;
- Les fonctionnaires dont le degré de satisfaction professionnelle était le plus élevé avaient 10,5 fois moins de chances de présenter simultanément des symptômes d'anxiété généralisée, des troubles post-traumatiques et des troubles dépressifs graves que ceux qui n'étaient pas du tout satisfaits au travail, et les personnes peu satisfaites de leur vie professionnelle avaient 1,5 fois moins de chances de les présenter simultanément ;
- L'exposition à une situation traumatisante avait pour effet d'accroître le risque de souffrir simultanément d'anxiété généralisée, de troubles post-traumatiques et de troubles dépressifs graves : les membres du personnel qui ont déclaré ne pas avoir été exposés à une telle situation au cours des 12 derniers mois avaient en effet deux fois moins de chances de présenter ces troubles simultanément.

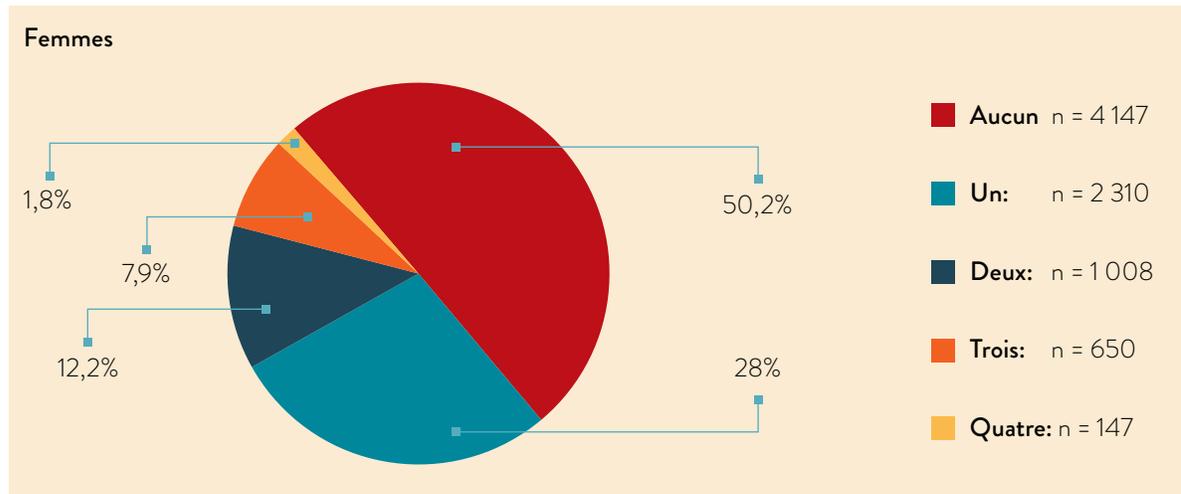
### SANTÉ MENTALE EN FONCTION DU SEXE

Les symptômes associés à des troubles psychiques dont ont fait état les fonctionnaires des deux sexes ont été comparés au moyen de tests du khi-carré, qui ont permis d'établir un écart significatif

entre hommes et femmes s'agissant du nombre de cas positifs ( $\chi^2(4) = 60,33, p < 0,001$ ). Il est apparu que le risque d'obtenir un résultat positif au dépistage d'au moins un trouble psychique était plus élevé pour les femmes que pour les hommes ( $\chi^2(1) = 52,40, p < 0,001$ ).

Figure 40

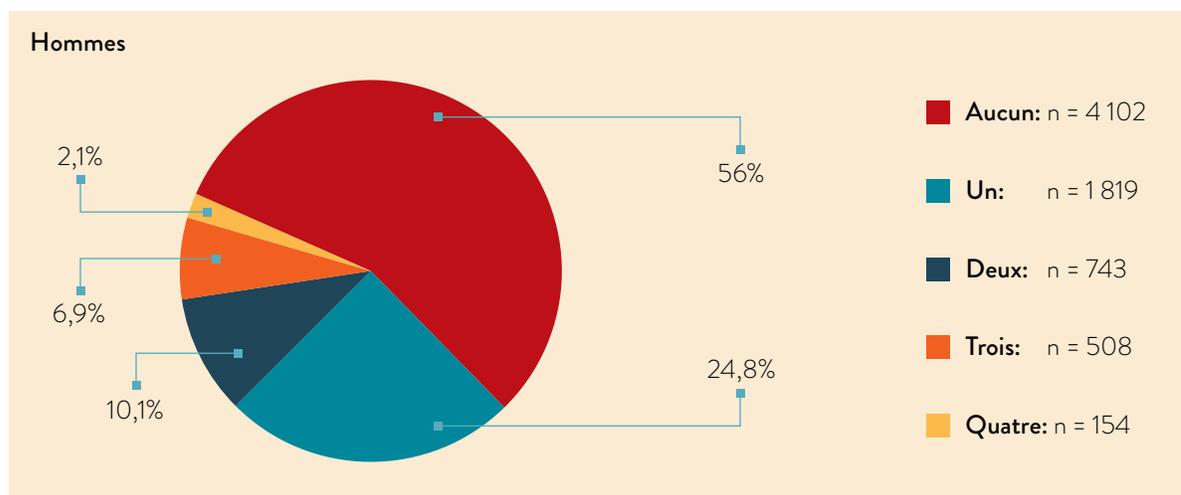
### FEMMES MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT FAIT ÉTAT DE TROUBLES PSYCHIQUES MULTIPLES (EN POURCENTAGE)



**Note:** Proportion de répondantes ayant déclaré présenter des symptômes associés à zéro, un, deux, trois ou quatre troubles psychiques (anxiété généralisée, troubles dépressifs graves, troubles post-traumatiques, consommation dangereuse d'alcool) en proportion du nombre de femmes membres du personnel des Nations Unies ayant fait état de leur sexe et rempli l'intégralité des questionnaires.

Figure 41

### HOMMES MEMBRES DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES AYANT FAIT ÉTAT DE TROUBLES PSYCHIQUES MULTIPLES (EN POURCENTAGE)



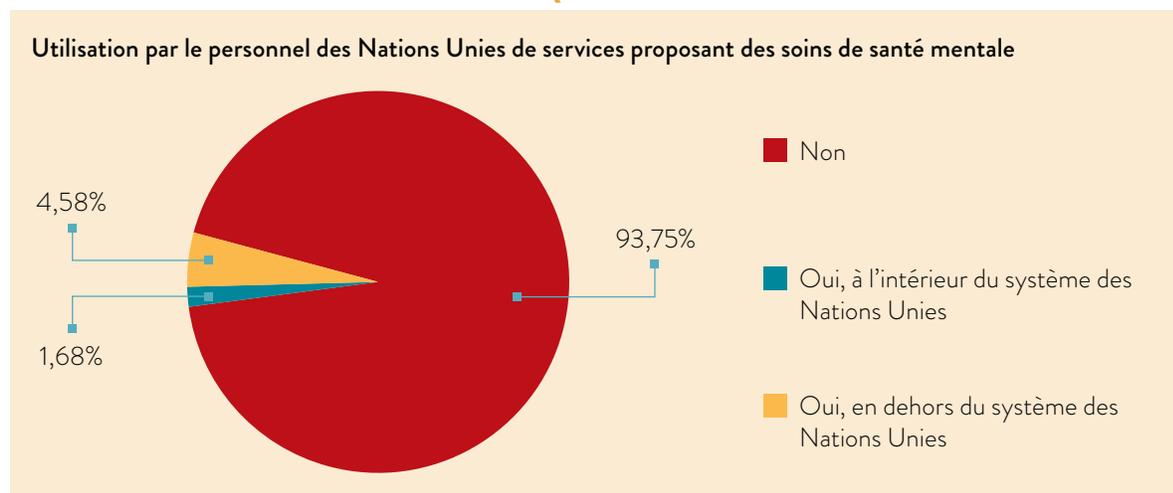
**Note:** Proportion de répondants ayant déclaré présenter des symptômes associés à zéro, un, deux, trois ou quatre troubles psychiques (anxiété généralisée, troubles dépressifs graves, troubles post-traumatiques, consommation dangereuse d'alcool) en proportion du nombre d'hommes membres du personnel des Nations Unies ayant fait état de leur sexe et rempli l'intégralité des questionnaires.

## UTILISATION DES SERVICES PROPOSANT DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Bien que l'enquête ait révélé une prévalence élevée de troubles psychiques, seule une faible proportion des répondants a déclaré avoir récemment reçu des services en lien avec la santé mentale (voir la figure 42).

Figure 42

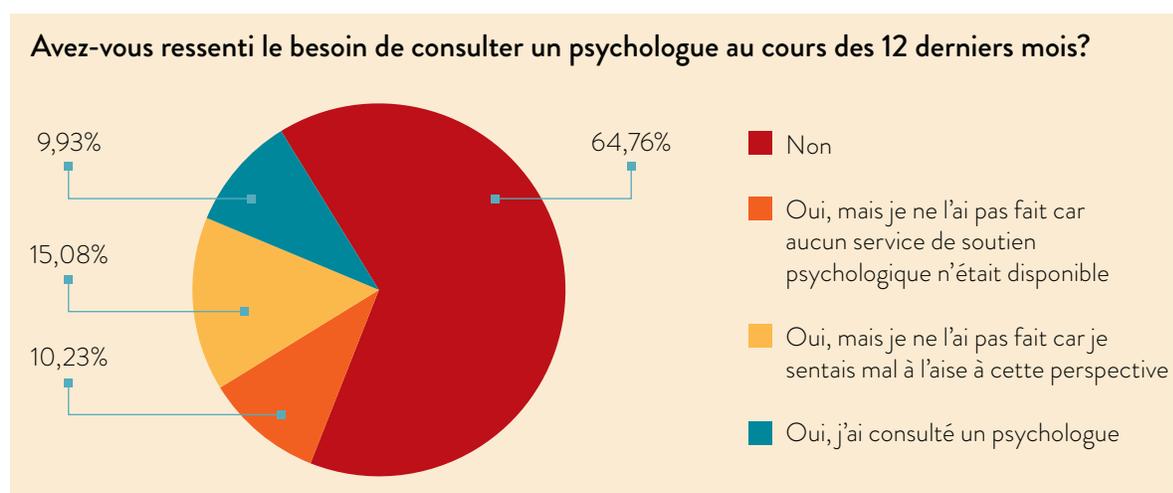
### POURCENTAGE DE PERSONNES INTERROGÉES QUI RECEVAIENT DES SOINS DE SANTÉ MENTALE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE



**Note:** Parmi les fonctionnaires ayant répondu aux questions portant sur l'utilisation des services proposant des soins de santé mentale (soit 11 752 personnes), rares ont été ceux qui ont déclaré recevoir de tels soins, que soit à l'intérieur du système des Nations Unies (197 personnes) ou en dehors (538).

Figure 43

### BESOINS EN MATIÈRE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE RESENTIS AU COURS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE DU FAIT DE PROBLÈMES PERSONNELS OU PROFESSIONNELS



**Note:** Les pourcentages correspondent aux différentes réponses apportées par les 5 690 membres du personnel ayant répondu aux questions de l'enquête visant à déterminer leurs besoins en matière de soutien psychologique.

On a dénombré autant de personnes intéressées à l'idée de bénéficier de la présence d'un responsable du soutien antistress que de personnes ayant déclaré ne pas l'être. Environ 15 % des participants ont déclaré avoir ressenti le besoin de consulter un psychologue mais ne pas l'avoir fait car cette perspective les mettait mal à l'aise, et 10 % pensaient qu'aucun service de soutien psychologique n'était à leur disposition (voir la figure 43).

## EXAMEN

À l'issue de l'enquête sur le bien-être du personnel, qui représentait l'évaluation de la santé mentale des fonctionnaires des Nations Unies la plus ambitieuse et la plus approfondie jamais entreprise, on est parvenu à cinq conclusions marquantes :

1. Environ la moitié des répondants ont indiqué présenter des symptômes correspondant à un trouble du psychisme : 49 % d'entre eux ont fait état de symptômes correspondant à l'un au moins des quatre types de troubles susmentionnés et 22 % à deux d'entre eux au moins ;
2. L'ancienneté d'un fonctionnaire dans le système des Nations Unies servait de prédicteur pour déterminer s'il présentait ou non les critères diagnostiques de troubles psychiques. Le personnel ayant le moins d'expérience professionnelle dans le système était de loin le moins concerné par ces troubles, conclusion confirmée par les statistiques sur l'anxiété généralisée, les troubles dépressifs graves et les troubles post-traumatiques ventilées par sexe, par âge et en fonction d'autres variables sociodémographiques ;
3. L'exposition d'un fonctionnaire à des situations potentiellement traumatisantes (avoir vécu des situations présentant un danger de mort ou une menace pour l'intégrité physique, ou ayant causé la mort ou des blessures graves, ou en avoir été témoin) au cours des 12 derniers mois, pendant le service ou en dehors, avait pour effet d'accroître fortement la probabilité pour l'intéressé de présenter les critères diagnostiques d'un trouble psychique. Cette corrélation directe entre les situations traumatisantes et la santé du personnel démontre que les contraintes particulières auxquelles font face les fonctionnaires des Nations Unies sont susceptibles d'avoir des répercussions sur leur santé mentale et elle aide à comprendre, dans une certaine mesure, pourquoi la prévalence de symptômes déclarés augmente avec l'ancienneté : plus une personne travaille longtemps dans le système des Nations Unies, plus elle a de risques d'être exposée à une situation traumatisante ;
4. Un ensemble de facteurs négatifs liés au lieu de travail était associé aux troubles psychiques : une corrélation étroite a ainsi été établie avec un faible degré de satisfaction professionnelle. De même, plus l'insistance mise par un fonctionnaire à faire état d'incivilités et de conflits

sur le lieu de travail était marquée, plus il était susceptible de présenter des symptômes de troubles psychiques ;

5. Il a été établi que 94 % des fonctionnaires ne faisaient actuellement appel à aucun service proposant des soins de santé mentale, que ce soit à l'extérieur du système ou par l'intermédiaire d'un groupe de soutien psychosocial ou de soutien antistress mis en place par l'organisme employeur. Bien que 50 % d'entre eux aient déclaré qu'ils souhaiteraient avoir la possibilité, sur leur lieu de travail, de consulter un conseiller de temps à autre en toute confidentialité, seuls 2 % ont dit avoir bénéficié récemment d'un service de ce type de la part de l'organisme employeur.

L'étude a fait ressortir de multiples autres corrélations, mais il s'agit là des cinq conclusions primordiales qui ont été tirées des données recueillies.

Elle a certes ses limites, dont il faut tenir compte pour interpréter et appliquer les conclusions qui en découlent, mais aucune n'est de nature à invalider ces résultats. Les limites en question sont les suivantes :

1. La participation à l'enquête était volontaire. La comparaison des caractéristiques des participants et de celles de l'ensemble du personnel des Nations Unies permet d'établir avec suffisamment de certitude que l'échantillon était largement représentatif, mais un biais n'est pas à exclure dans la manière dont les données ont été présentées. Toutefois, il est probable, en l'espèce, que le biais inhérent au caractère volontaire de l'étude a fonctionné dans les deux sens et s'est traduit par un jeu à somme nulle : en effet, si certaines personnes présentant des symptômes de troubles psychiques étaient plus enclines à participer à l'étude pour cette raison, il est tout aussi probable que d'autres y ont renoncé par manque de motivation. Le biais de la désirabilité sociale a peut-être lui aussi joué un rôle important, en poussant certains à ne pas faire état de leurs problèmes, par crainte d'être pointés du doigt ou parce qu'ils doutaient de la confidentialité de l'enquête ;
2. L'enquête a été conduite sous la forme d'un questionnaire à remplir en ligne de façon spontanée et non dans le cadre d'entretiens permettant d'établir des diagnostics cliniques. Or, même si certaines études donnent à penser que les réponses apportées aux enquêtes électroniques sont tout aussi valides que celles qui sont recueillies en entretien (Griffin et al., 2004 ; Rush et al., 2006), la méthode optimale à appliquer pour poser un diagnostic demeure l'examen clinique. C'est pourquoi les résultats de l'enquête sont présentés sous la forme de « symptômes déclarés » plutôt que comme un diagnostic proprement dit ;

3. L'enquête a permis de collecter des données relatives à la « prévalence ponctuelle » – pourcentage de personnes qui, à un moment donné, ont indiqué qu'elles présentaient des symptômes correspondant à des troubles psychiques. Pour établir la plupart des données épidémiologiques, on mesure la prévalence sur 12 mois – c'était le cas pour les données de référence mentionnées plus haut. Il n'a donc pas été possible d'établir de comparaisons avec des données similaires relatives à la prévalence ponctuelle. La prévalence sur 12 mois permet de déterminer, dans une population donnée, le nombre de personnes présentant déjà des symptômes et le nombre de celles pour lesquelles un nouveau diagnostic a été posé au cours de la période. En toute logique, elle est en principe supérieure à la prévalence ponctuelle, car sur une durée d'un an, le nombre de personnes répondant par « oui » lorsqu'on leur demande si elles ont présenté des symptômes au cours des 12 derniers mois augmente régulièrement ;
4. Bien que la comparaison statistique des caractéristiques démographiques de l'échantillon par rapport à l'ensemble du personnel des Nations Unies ait démontré que la cohorte était largement représentative, peu de consultants ont participé à l'enquête (1 %). Faut de savoir combien étaient employés dans le système des Nations Unies pendant la période où le personnel pouvait participer à l'enquête en ligne, il n'a pas été possible de déterminer la représentativité statistique de cette catégorie de personnel. Par conséquent, les résultats les concernant, y compris les comparaisons de cette catégorie avec d'autres, doivent être interprétés avec précaution ;
5. Les données recueillies donnent principalement un aperçu à un moment donné et ne permettent donc pas d'évaluer les liens de cause à effet. Par exemple, dans le cas des incivilités dont il a été fait état sur le lieu de travail, il est impossible de déterminer si elles étaient la cause de troubles psychiques ou si la perception de telles incivilités était la conséquence des troubles. Seules les études longitudinales permettent d'apporter des réponses précises à ce type d'interrogation.

En dépit des limites évoquées plus haut, les données recueillies contribueront au premier chef à l'élaboration d'une stratégie pour la santé mentale, propre à améliorer de façon durable le bien-être mental du personnel des Nations Unies. Les enseignements suivants ont été tirés de l'enquête :

## **IL FAUT FAIRE DE LA PRÉVENTION LA PIERRE ANGULAIRE DE TOUTE STRATÉGIE FUTURE**

Une étude transversale ne peut certes pas permettre d'établir que certaines personnes développent des symptômes au fil des années, mais une prévalence beaucoup plus marquée des

symptômes de troubles psychiques parmi les fonctionnaires travaillant de longue date pour les Nations Unies que parmi les nouvelles recrues indique clairement que certains facteurs associés à une longue carrière dans une entité du système augmentent les risques d'apparition de troubles psychiques. Bien que de nombreux programmes de prévention soient en place dans le système, il est difficile de garantir qu'ils ciblent les bonnes personnes, au moment opportun et de façon appropriée.

La sécurité des opérations est un élément essentiel qui permet de prévenir l'exposition à des situations potentiellement traumatisantes. L'encadrement doit évaluer au plus juste les risques et les avantages avant de prendre la décision de placer le personnel dans une telle situation. Les risques psychologiques associés à tout lieu de travail, qu'il s'agisse de l'exposition à de possibles traumatismes ou de risques d'ordre plus général pour la santé, par exemple l'état d'esprit qui y règne, doivent être évalués tout aussi précisément que les risques d'exposition à un danger pour l'intégrité physique. Le devoir de protection exige, entre autres, que l'on détermine avec certitude s'il est nécessaire ou non d'exposer le personnel à de possibles traumatismes dans le cadre d'une opération donnée, et que l'on y renonce dans toute la mesure possible.

Lorsque le personnel est exposé à des situations potentiellement traumatisantes en dépit des efforts consentis pour l'en préserver, l'intervention rapide de professionnels de la santé mentale favorise la résilience et réduit les risques d'apparition de troubles psychiques. En outre, le lien qui existe entre l'exposition à des traumatismes en dehors du service et les problèmes psychologiques rappelle s'il en était besoin que la vie du personnel ne se limite pas à la sphère professionnelle : ce qui se passe en dehors de son lieu de travail peut avoir des conséquences graves sur sa santé et donc sur sa productivité.

## **IL FAUT QUE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES AIT ACCÈS À DES SOINS PSYCHOSOCIAUX DE QUALITÉ**

L'appui contrasté à la présence de conseillers en santé mentale sur le lieu de travail et le faible taux de consultation de ces conseillers montre clairement qu'il est nécessaire de mettre en place d'autres modalités d'accès à des services psychosociaux. carer are fluent.

Ces modalités d'accès doivent être souples et adaptées à l'ensemble des attentes de nature culturelle, des préférences individuelles et des lieux où exercent des fonctionnaires des Nations Unies. On ne peut pas considérer, parce qu'un conseiller – en tout et pour tout – est présent sur un site ou au sein d'une entité que l'on s'est acquitté pleinement du devoir de protection sous l'angle de la santé mentale. Pour ménager un accès aux soins digne de ce nom, il faut tenir

compte du fait que certaines personnes préfèrent solliciter une aide extérieure, d'autres en interne, et qu'il est presque toujours préférable que les services soient dispensés dans une langue que le patient et le soignant maîtrisent. La pratique optimale en la matière consisterait à proposer une offre mixte – services dispensés en interne lorsque c'est possible, et services de conseil et de psychiatrie à distance.

Aucune règle n'encadre les plans d'assurance-maladie proposés dans le système des Nations Unies en ce qui concerne les soins de santé mentale, certains contrats étant assortis de clauses stigmatisantes (imposant par exemple l'approbation préalable pour le moindre traitement) ou de limites exagérément restrictives s'agissant des soins pris en charge. La situation concernant les services de télésanté est ambiguë, tous les contrats ne prenant pas en charge les services de conseil ou de psychiatrie à distance, carence à laquelle il faudra absolument remédier compte tenu de la mobilité géographique du personnel des Nations Unies.

## **LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION SERA UN AXE DE RÉFORME IMPORTANT, PROPRE À FACILITER L'OBTENTION D'UNE AIDE ET LE RETOUR AU TRAVAIL**

Un quart des participants ont reconnu avoir besoin de parler à un conseiller mais ne l'avoir jamais fait, soit parce qu'ils ne se sentaient pas à l'aise à cette perspective, soit parce qu'ils pensaient qu'aucun service de soutien psychologique n'était à leur disposition. Il est avéré que, de manière générale, les personnes cherchant à obtenir un soutien psychosocial ou des services cliniques font encore l'objet de préjugés. L'OMS et l'Association mondiale de psychiatrie ont toutes deux désigné ces préjugés comme le principal obstacle à une bonne prise en charge de la santé mentale et, dans d'autres professions où les travailleurs sont fréquemment exposés à des situations traumatisantes, la stigmatisation liée à la santé mentale sur le lieu de travail est une source de préoccupations largement partagées (Hansson et Markström, 2014 ; Hoge et al., 2014 ; Pietrzak et al., 2015 ; Stuart et al., 2012). Les données issues de l'étude mettent en évidence les conséquences de cette stigmatisation sur le personnel des Nations Unies et soulignent qu'il importe au plus au point que les mentalités évoluent dans les entités concernées.

La future stratégie des Nations Unies pour la santé mentale devra s'attacher à normaliser les modalités d'obtention d'une aide tout en mettant l'accent sur la lutte contre les préjugés, l'élargissement de l'accès aux soins et la sensibilisation du personnel aux avantages que présente une intervention rapide..

## **FAUT HIÉRARCHISER LES INTERVENTIONS EN FONCTION DES DONNÉES ISSUES DE L'ENQUÊTE**

L'enquête a mis en évidence la corrélation qui existait entre plusieurs données, ce qui mérite un examen ou des recherches plus poussés. Contre toute attente, plusieurs variables démographiques et professionnelles ont été associées au signalement de troubles psychiques, ou des corrélations ont été faites entre ces variables et les troubles en question. Par exemple, les résultats de l'enquête indiquent que les trois premières années de la carrière d'un fonctionnaire du système des Nations Unies constituent une période opportune pour la prévention primaire et le renforcement de la résilience.

L'étude a fait ressortir d'autres facteurs de risques importants, notamment le fait d'être recruté sur le plan local (troubles post-traumatiques et dépression), d'avoir un ou plusieurs enfants (troubles post-traumatiques), de ne pas être dans une relation reconnue par l'Organisation (troubles post-traumatiques, troubles dépressifs graves et anxiété généralisée), d'avoir entre 40 et 49 ans (troubles post-traumatiques et dépression) ou de travailler dans un lieu d'affectation famille autorisée (dépression et consommation dangereuse d'alcool).

Chacune de ces corrélations mérite un examen plus approfondi. Certains résultats obtenus vont à l'encontre de plusieurs idées reçues : par exemple, le lien entre les lieux d'affectation famille autorisée et la dépression ou la consommation d'alcool suscite des interrogations complexes. L'étude met en lumière les risques propres à chacun des services dispensés par le système des Nations Unies et suggère de hiérarchiser les interventions en conséquence, ce qui entraînera une économie de temps, d'efforts et de ressources.

## **SANTÉ MENTALE : COMPRENDRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES**

S'agissant de l'interaction entre sexe et santé mentale, si l'on passe outre à la prévalence élevée des troubles psychiques parmi le personnel des Nations Unies pris dans son ensemble, on constate que les résultats de l'étude, une fois ventilés par sexe, sont dans les grandes lignes conformes aux résultats des études du même type menées auprès du grand public, les femmes étant beaucoup plus susceptibles que les hommes de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression (Astbury, 2001). On s'en est rendu compte en déterminant le degré de probabilité pour un fonctionnaire de souffrir d'anxiété généralisée, de troubles dépressifs graves ou de troubles post-traumatiques, ainsi que la fréquence de l'ensemble des troubles psychiques envisagée en fonction du sexe. Plusieurs études antérieures consacrées à cette question ont fait apparaître que l'écart constaté entre hommes et femmes en ce qui concerne

le signalement des symptômes tenait aux modes d'intériorisation et de manifestation des émotions négatives propres à chaque sexe plutôt qu'à une fréquence plus élevée des troubles psychiques proprement dits (Eaton et al., 2012). Selon une autre explication, mise en avant par l'OMS et pertinente dans l'optique de l'inégalité entre les sexes observée parmi le personnel des Nations Unies, des facteurs socioéconomiques tels que la discrimination, le rang et le statut auraient une incidence sur le signalement des symptômes d'anxiété et de dépression (Astbury, 2001). L'explication la plus probable des disparités entre sexes mises en lumière dans l'étude repose sans doute sur un ensemble de facteurs psychologiques et sociaux. Il importe de noter que, lorsqu'elles sont comparées à toutes les autres variables sociodémographiques, les différences femmes-hommes ne constituent pas un prédicteur significatif des troubles psychiques.

## **D'AUTRES ÉTUDES SERONT NÉCESSAIRES**

L'enquête constitue un instantané. Les données recueillies ne rendent donc pas compte de l'évolution des individus pendant une période donnée. Ainsi, bien que les résultats fournissent des données factuelles permettant de déterminer la probable évolution dans le temps des problèmes psychologiques affectant le personnel des Nations Unies, il n'en demeure pas moins une grande part d'incertitude à ce sujet. Il est donc fortement recommandé de procéder à des études longitudinales sur la santé mentale du personnel.





## REFERENCES

- C. E. AGAIBI, J. P. WILSON: "Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature", *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 6, No. 3 (2005), pp. 195–216.
- L. M. ANDERSSON, C. M. PEARSON: "Tit for tat? The spiralling effect of incivility in the workplace", *Academy of Management Review*, vol. 24, (1999), pp. 452–471. Doi: 10.5465/AMR.1999.2202131.
- J. ASTBURY: "Gender disparities in mental health", Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization (2001).
- A. J. BAXTER, K. M. SCOTT, T. VOS, H.A. WHITEFORD: "Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression", *Psychological Medicine*, vol. 43, No. 5 (2013), pp. 897–910.
- C. C. BENIGHT, A. BANDURA: "Social cognitive theory of post-traumatic recovery: the role of perceived self-efficacy", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 42 (2004), pp. 1129–1148.
- W. BERGER, E. S. F. COUTINHO, I. FIGUEIRA, C. MARQUES-PORTELLA, M. P. LUZ, T. C. NEYLAN, M. V. MENDLOWICZ: "Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 47, No. 6 (2012), pp. 1001–1011.
- G. A. BONANNO: "Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?", *American Psychologist*, vol. 59, No. 1 (2004), p. 20.
- G. A. BONANNO, M. WESTPHAL, A. D. MANCINI: "Resilience to loss and potential trauma", *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 7 (2011), pp. 511–535.
- K. BUSH, D. R. KIVLAHAN, M. B. McDONELL, S. D. FIHN, K.A. BRADLEY: "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking", *Archives of Internal Medicine*, vol. 158 (1998), pp. 1789–1795.

- E. CONNORTON, M. J. PERRY, D. HEMENWAY AND M. MILLER: "Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness", *Epidemiologic Reviews*, vol. 34 (2011), pp. 145–155.
- L. M. CORTINA, V. J. MAGLEY, J. H. WILLIAMS, R.D. LANGHOUT: "Incivility in the workplace: incidence and impact", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 6, No. 1 (2001), p. 64.
- S. DUBRAVKA, R. THOMAS, L. JACHENS, L. MIHALCA: "Staff well-being and mental health in UNHCR" (Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2016). Available from [www.unhcr.org/56e2dfa09.pdf](http://www.unhcr.org/56e2dfa09.pdf).
- N. R. EATON, K. K. KEYES, R. F. KRUEGER, S. BALSIS, A. E. SKODOL, K. E. MARKON, B. F. GRANT, D. S. HASIN: "An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 121, No. 1 (2012), pp. 282–288.
- W. W. EATON, S. S. MARTINS, G. NESTADT, O. J. BIENVENU, D. CLARKE AND P. ALEXANDRE: "The burden of mental disorders", *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, No. 1 (2008), pp. 1–14.
- A. J. FERRARI, A. J. SOMERVILLE, A. J. BAXTER, R. NORMAN, S. B. PATTEN, T. VOS, H.A. WHITEFORD: "Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature", *Psychological Medicine*, vol. 43, No. 3 (2013), pp. 471–481.
- J. D. FLORY, R. YEHUDA: "Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations", *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 17, No. 2 (2015), p. 141.
- H. FUJII, N. NISHIMOTO, S. YAMAGUCHI, O. KURAI, M. MIYANO, W. UEDA, K. OKAWA: "The Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C) is more useful than pre-existing laboratory tests for predicting hazardous drinking: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, vol. 16, No. 1 (2016), p. 379.
- G. FRICCHIONE: "Generalized anxiety disorder", *New England Journal of Medicine*, vol. 351, No. 7 (2004), pp. 675–682.
- D. C. GANSTER, C. C. ROSEN: "Work stress and employee health: a multidisciplinary review", *Journal of Management* (2013), vol. 39, No. 5 (2013), pp. 1085–1122.
- M. G. GRIFFIN, M. H. UHLMANSIEK, P. A. RESICK, M. B. MECHANIC: "Comparison of the posttraumatic stress disorder scale versus the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale in domestic violence survivors", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, No. 6 (2004), pp. 497–503.

- L. HANSSON, U. MARKSTRÖM: “The effectiveness of an anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study”, *BMC Psychiatry*, vol. 14, supplement 1 (2014).
- C. W. HOGE, S. H. GROSSMAN, J. L. AUCHTERLONIE, L. A. RIMERE, C. S. MILLIKEN, J. E. WILK: “PTSD treatment for soldiers after combat deployment: low utilization of mental health care and reasons for dropout”, *Psychiatric Services*, vol. 65, No. 8 (2014).
- A. JOSCELYNE, S. KNUCKEY, M. L. SATTERTHWAIT, R. A. BRYANT, M. LI, M. QIAN, A.D. BROWN: “Mental health functioning in the human rights field: findings from an international Internet-based survey”, *PloS One*, vol. 10, No. 12 (2015), article No. e0145188.
- T. M. KEANE, J. WOLFE: “Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies”, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, No. 21 (1990), pp. 1776-1788.
- R. C. KESSLER, S. AGUILAR-GAXIOLA, J. ALONSO, S. CHATTERJI, S. LEE, J. ORMEL, T. B. USTÜN, P.S. WANG: “The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health surveys”, *Epidemiol Psychiatr Soc.*, vol. 18, No. 1 (January-March 2009), pp. 23–33.
- R. C. KESSLER, E. J. BROMET: “The epidemiology of depression across cultures”, *Annual Review of Public Health*, vol. 34 (2013), pp. 119–138.
- A. J. LANG, K. WILKINS, P. P. ROY-BYRNE, D. GOLINELLI, D. CHAVIRA, C. SHERBOURNE, M. B. STEIN: “Abbreviated PTSD checklist (PCL) as a guide to clinical response”, *General Hospital Psychiatry*, vol. 34, No. 4 (2012), pp. 332–338.
- H. LAUTERPACHT: “The Universal Declaration of Human Rights”, *British Year Book of International Law*, vol. 25 (1948), p. 354.
- B. LOPES CARDOZO, T. H. HOLTZ, R. KAISER, C. A. GOTWAY, F. GHITIS, E. TOOMEY, P. SALAMA: “The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers”, *Disasters*, vol. 29, No. 2 (2005), pp. 152–170.
- B. LÖWE, K. KROENKE, K. GRÄFE: “Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2)”, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 58, No. 2 (2005), pp. 163–171.
- C. R. MARMAR, S. E. McCASLIN, T. J. METZLER, S. BEST, D. S. WEISS, J. FAGAN, D. MOHR: “Predictors of post-traumatic stress in police and other first respondents”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1071 (2006), pp. 1–18.
- K. A. McLAUGHLIN, K. C. KOENEN, M. J. FRIEDMAN, A. M. RUSCIO, E. G. KARAM, V. SHAHLY ET AL.: “Sub-threshold post-traumatic stress disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys”, *Biological Psychiatry*, vol. 77, No. 4 (2015), pp. 375–384.

- C. J. L. MURRAY, A. LOPEZ: *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions* (Cambridge, Massachusetts, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996).
- Welfare Office of the Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *OCHA Work, Health, and Well-Being Report* (Geneva, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Human Resources, 2015).
- C. OTTE, S. M. GOLD, B. W. PENNINX, C. M. PARIANTE, A. ETKIN, M. FAVA, D. C. MOHR, A. F. SCHATZBERG: “Major depressive disorder”, *Nature Reviews Disease Primers*, vol. 2: 16065 (September 2016). Doi:10.1038/nrdp.2016.65. PMID: 27629598.
- L. H. PETERS, E. J. O’CONNOR: “Situational constraints and work outcomes: the influences of a frequently overlooked construct”, *Academy of Management Review*, vol. 5, No. 3 (1980), pp. 391–397.
- R. H. PIETRZAK, D. C. JOHNSON, M. B. GOLDSTEIN, J. C. MALLEY, S. M. SOUTHWICK: “Perceived stigma and barriers to mental health care utilization among OEF-OIF veterans”, *Psychiatric Services* (2015). Available from <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1118>.
- R. RODIN, G. A. BONANNO, N. RAHMAN, N. A. KOURI, R. A. BRYANT, C. R. MARMAR, A.D. BROWN: “Expressive flexibility in combat veterans with post-traumatic stress disorder and depression”, *Journal of Affective Disorders*, vol. 207 (2017), pp. 236–241.
- A.J. RUSH, T. J. CARMODY, H. M. IBRAHIM, M. H. TRIVEDI, M. M. BIGGS, K. SHORES WILSON, T.M. KASHNER: “Comparison of self-report and clinician ratings on two inventories of depressive symptomatology”, *Psychiatric Services*, vol. 57, No. 6 (2006), pp. 829–837.
- S. A. SHAH, E. GARLAND, C. KATZ: “Secondary traumatic stress: prevalence in humanitarian aid workers in India”, *Traumatology*, vol. 13, No. 1 (2007), p. 59.
- A. SHALEV, I. LIBERZON, C.MARMAR: “Post-traumatic stress disorder“, *New England Journal of Medicine*, vol. 376, No. 25 (2017), pp. 2459–2469.
- J. SHIGEMURA, M. NAGAMINE, N. HARADA, M. TANICHI, K. SHIMIZU, A. YOSHINO: “Peacekeepers deserve more mental health research and care”, *British Journal of Psychiatry Open*, vol. 2, e3–e4 (2016).
- J. SIEGRIST, D. STARKE, T. CHANDOLA, I. GODIN, M. MARMOT, I. NIEDHAMMER, R. PETER: “The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons”, *Social Science & Medicine*, vol. 58, No. 8 (2004), pp. 1483–1499.

- J. S. SIMONS, R. M. GAHER, G. A. JACOBS, D. MEYER, E. JOHNSON-JIMENEZ: “Associations between alcohol use and PTSD symptoms among American Red Cross disaster relief workers responding to the 9/11/2001 attacks”, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 31 (2005), pp. 285–304.
- J. M. SOMERS, E. M. GOLDNER, P. WARAICH, L. HSU: “Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature”, *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, No. 2 (2006), pp. 100–113.
- United Nations, Human Rights Council, (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/21.
- R. L. SPITZER, K. KROENKE, J. B. WILLIAMS, B. LÖWE: “A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7”, *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, No. 10 (2006), pp. 1092-1097.
- S. STANSFELD, B. CANDY: “Psychosocial work environment and mental health — a meta-analytic review”, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 32, No. 6 (special issue) (2006), pp. 443–462.
- A. STODDARD, A. HARMER, K. RYOU, *AID WORKER SECURITY REPORT 2014: Unsafe passage: Road attacks and their impact on humanitarian operations* (USAID, Washington, D.C., 2014).
- H. STUART, N. SARTORIUS, J. ARBOLEDA-FLOREZ, *PARADIGMS LOST: fighting stigma and the lessons learned* (New York, Oxford University Press, 2012).
- H. STROHMEIER, W. F. SCHOLTE: “Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature”, *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6 (2015).
- W. A. TOL, C. BARBUI, A. GALAPPATTI, D. SILOVE, T. S. BETANCOURT, R. SOUZA, M. VAN OMMEREN: “Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research”, *The Lancet*, vol. 378 (2011), pp. 1581–1591.
- O. VESGA-LÓPEZ, F. SCHNEIER, S. WANG, R. HEIMBERG, S.-M. LIU, D. S. HASIN, C. BLANCO: “Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)”, *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, No. 10 (2008), pp. 1606–1616.

C. E. WELTON-MITCHELL: *UNHCR's mental health and psychosocial support for staff*, (UNHCR, Geneva, 2013). Available from [www.unhcr.org/research/evalreports/51f67bdc9/unhcrs-mental-health-psychosocial-support-staff.html](http://www.unhcr.org/research/evalreports/51f67bdc9/unhcrs-mental-health-psychosocial-support-staff.html).

Management of Substance Abuse Unit of the World Health Organization, *Global status report on alcohol and health* (World Health Organization, Geneva, 2014).

World Health Organization, *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (Geneva, 2017).



## APPENDICE A. TESTS UTILISÉS DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE

### APPENDICES

#### Questionnaire GAD-7 (anxiété généralisée)

L'anxiété généralisée est un trouble qui se caractérise par les symptômes suivants : inquiétude permanente ou obsession, agitation, fatigue, difficulté à se concentrer, irritabilité, troubles du sommeil et troubles somatiques qui ne peuvent être imputés à aucune autre pathologie. Le dépistage de ce trouble s'est fait au moyen du GAD-7 (Spitzer et al., 2006), questionnaire d'autoévaluation en sept points, dont les propriétés psychométriques ont fait leurs preuves pour ce qui est de l'estimation de la prévalence de l'anxiété généralisée. Les réponses proposées pour chacune des sept questions vont de 0 à 3, où 0 correspond à « pas du tout » et 3 à « presque tous les jours ». Le résultat final est compris entre 0 et 21 et permet de placer le patient dans l'une des quatre catégories suivantes : anxiété minimale (0 à 4), anxiété légère (5 à 9), anxiété modérée (10 à 14) et anxiété grave (14 à 21). Si le résultat obtenu est supérieur ou égal à 10, le dépistage est considéré comme positif.

#### Questionnaire PCL-6 (troubles post-traumatiques)

Les troubles post-traumatiques sont des troubles psychiques qui surviennent chez une minorité de sujets ayant été exposés à une situation potentiellement traumatisante. Les symptômes sont le syndrome de répétition (cauchemars, souvenirs et reviviscence), l'évitement, l'indifférence émotionnelle et l'hyperéveil. Le PCL-C (Lang et al., 2012) est un instrument de dépistage fiable, éprouvé et largement accepté. Le PCL-6 en est la version abrégée et comprend six questions. Si le patient obtient un résultat égal ou supérieur à 14, on considère qu'il est atteint de troubles post-traumatiques..

#### Questionnaire PHQ-9 (troubles dépressifs graves)

Les troubles dépressifs graves se caractérisent par un état de tristesse omniprésent et persistant, qui s'accompagne d'une faible estime de soi et d'une perte d'intérêt ou de plaisir lors d'activités qui seraient considérées d'ordinaire comme agréables. Dans le cadre de l'enquête, ces troubles ont été

évalués au moyen du PHQ 9, questionnaire de dépistage de la dépression largement validé (Löwe, Kroenke et Gräfe, 2005). Il comporte neuf questions qui portent sur les principaux symptômes de ces troubles. En fixant le seuil de risque à  $\geq 10$ , on obtient le meilleur compromis entre sensibilité et spécificité.

## **Questionnaire AUDIT-C (consommation dangereuse d'alcool)**

La consommation dangereuse d'alcool a été évaluée au moyen de la version en trois questions du test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT-C). Les réponses vont de 0 à 3 (Bush et al., 1998). L'AUDIT-C a été mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé afin d'évaluer les problèmes liés à la consommation d'alcool et les comportements de consommation. Les questions ont trait à la fréquence de consommation, à la quantité consommée et à la fréquence à laquelle le consommateur boit six verres ou plus lors d'une même occasion.

## **Échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail (appliquée aux incivilités et conflits)**

L'incivilité sur le lieu de travail a été évaluée grâce à l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail (Cortina et al. 2001). Les membres du personnel ont dû attribuer une note allant de 0 (« jamais ») à 6 (« quotidiennement ») à différentes formes d'incivilité rencontrées sur leur lieu de travail (par exemple, « A accordé peu d'attention à ce que vous avez dit ou n'a pas tenu compte de votre avis » ; « S'est adressé à vous de façon non professionnelle, en public ou en privé »). L'échelle a été adaptée de sorte que les participants puissent évaluer à la fois leur comportement et celui des autres. Pour obtenir un résultat total chiffré permettant d'évaluer le degré d'incivilité perçu sur le lieu de travail, les réponses obtenues ont été additionnées.

## APPENDICE B. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Tableau 2

### CARACTÉRISTIQUES DE LA COHORTE ÉTUDIÉE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

		CARACTÉRISTIQUES DE LA COHORTE	ENSEMBLE DU PERSONNEL	SIGNIFICATION
		Nombre (pourcentage)	Nombre (pourcentage)	
<b>Sexe</b>	Femmes	9 106 (53%)	42 123 (43%)	$\chi^2(1) = 2.003$ , $p = 0.16$
	Hommes	8 103 (47%)	56 032 (57%)	
	<b>Données manquantes</b>	<b>154</b>		
	<b>Total</b>	<b>17 209</b>	<b>98 155</b>	
<b>Groupe d'âge</b>	34 ans ou moins	3 540 (20%)	12 637 (13%)	$\chi^2(5) = 3.02$ , $p = 0.70$
	35–39	3 376 (20%)	16 881 (17%)	
	40–44	3 186 (18%)	18 756 (19%)	
	45–49	2 672 (15%)	17 601 (18%)	
	50–54	2 418 (14%)	16 012 (16%)	
	55 ans ou plus	2 093 (12%)	16 268 (17%)	
	<b>Données manquantes</b>	<b>78</b>		
<b>Total</b>	<b>17 285</b>	<b>98 155</b>		
<b>Situation matrimoniale</b>	Célibataire	3 851 (22%)	N/A	
	Relation reconnue par l'Organisation	11 177 (66%)	N/A	
	Relation non reconnue par l'Organisation	2 043 (12%)	N/A	
	<b>Données manquantes</b>	<b>292</b>		
	<b>Total</b>	<b>17 071</b>	<b>98 155</b>	
<b>Enfant(s) à charge</b>	Oui	10 809 (63%)	43 323 (44%)	$\chi^2(1) = 7.256$ , $p = 0.01$
	Non	6 438 (37%)	54 832 (56%)	
	<b>Données manquantes</b>	<b>116</b>		
	<b>Total</b>	<b>17 247</b>	<b>98 155</b>	

	CARACTÉRISTIQUES DE LA COHORTE	ENSEMBLE DU PERSONNEL		SIGNIFICATION
		Nombre (pourcentage)	Nombre (pourcentage)	
<b>Type d'engagement</b>	À titre permanent/de caractère continu	3 502 (24%)	26 567 (27%)	$\chi^2(2) = 5.012,$ $p = 0.08$
	De durée déterminée	9 219 (64%)	68 879 (70%)	
	Temporaire	1 584 (11%)	2 709 (3%)	
	Contrat de consultant	152 (1%)	N/A	
	<b>Données manquantes</b>	<b>2 906</b>		
	<b>Total</b>	<b>14 457</b>	<b>98 155</b>	
<b>Lieu d'affectation</b>	Famille autorisée	9 300 (79%)	N/A	
	Famille non autorisée	2 407 (21%)	N/A	
	<b>Données manquantes</b>	<b>715</b>		
	<b>Total</b>	<b>11 707</b>	<b>98 155</b>	
<b>Ancienneté</b>	Moins d'un an	2 387 (15%)	N/A	
	1 à 3 ans	2 821 (18%)	N/A	
	3 à 5 ans	2 189 (14%)	N/A	
	5 à 10 ans	4 038 (25%)	N/A	
	Plus de 10 ans	4 594 (28%)	N/A	
	<b>Données manquantes</b>	<b>1 334</b>		
<b>Total</b>	<b>16 029</b>	<b>98 155</b>		

## APPENDICE C. PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Tableau 3

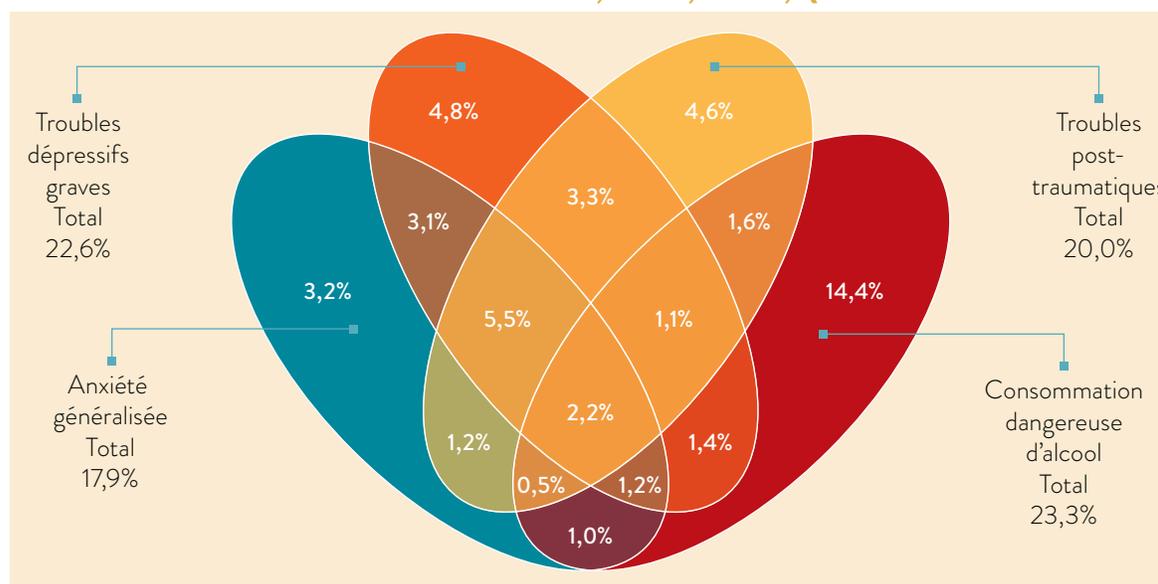
### FRÉQUENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, PAR ENTITÉ DES NATIONS UNIES (RÉSULTATS RENDUS ANONYMES)

ENTITÉ	ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES	TROUBLES POST-TRAUMATIQUES	CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL
1	20%	20%	21%	20%
2	16%	14%	15%	22%
3	17%	15%	18%	29%
4	21%	42%	29%	20%
5	17%	14%	16%	29%
6	10%	13%	18%	21%
7	18%	19%	21%	35%
8	24%	21%	20%	16%
9	18%	14%	7%	25%
10	14%	14%	14%	23%
11	24%	28%	18%	22%

Les taux de prévalence combinés pour chaque type de trouble sont présentés dans le diagramme ci-dessous (les analyses de comorbidité ont été réalisées uniquement à partir des données issues des personnes ayant répondu à l'ensemble des quatre questionnaires de dépistage). Les pourcentages indiqués dans les zones de chevauchement correspondent au nombre de personnes interrogées ayant obtenu un résultat positif au dépistage de l'ensemble des troubles visés (par exemple, 5,5 % des participants ont obtenu un résultat positif au dépistage de l'anxiété généralisée, des troubles dépressifs graves et des troubles post-traumatiques).

Figure 44

### DIAGRAMME DE VENN : PARTICIPANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE PSYCHIQUE : REGROUPEMENT DES COMORBIDITÉS (UNE, DEUX, TROIS, QUATRE OU ZÉRO)



## APPENDICE D. TABLEAUX DE RÉGRESSION LOGISTIQUE À VARIABLES MULTIPLES

Tableau 4

### PRÉDICTEURS DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

(Estimation des paramètres de l'analyse de régression logistique à variables multiples)

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Ordonnée à l'origine</b>	-1,0401	0,1665	<,0001			
<b>Âge : 35-39 ans/34 ans et moins</b>	0,132	0,069	0,0558	0,819	0,659	1,017
<b>Âge : 40-44 ans/34 ans et moins</b>	-0,0661	0,0691	0,3386	0,672	0,535	0,844
<b>Âge : 45-49 ans/34 ans et moins</b>	-0,0306	0,0745	0,6817	0,696	0,546	0,888
<b>Âge : 50-54 ans/34 ans et moins</b>	-0,2512	0,0809	0,0019	0,558	0,432	0,722
<b>Âge : 55 et plus/34 ans et moins</b>	-0,116	0,0844	0,1694	0,639	0,491	0,831
<b>Sexe : homme/femme</b>	-0,0623	0,0345	0,0711	0,883	0,771	1,011
<b>Situation matrimoniale : relation non reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	0,0246	0,0686	0,7194	1,001	0,797	1,258
<b>Relation reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	-0,0479	0,0531	0,3675	0,931	0,783	1,108
<b>Enfants à charge</b>	-0,0322	0,0392	0,4115	0,938	0,804	1,093
<b>Ancienneté : 1-3 ans/1 an ou moins</b>	-0,0339	0,0905	0,7082	1,941	1,386	2,719
<b>Ancienneté : 3-5 ans/1 an ou moins</b>	-0,0136	0,0876	0,8762	1,981	1,411	2,783
<b>Ancienneté : 5-10 ans/1 an ou moins</b>	0,282	0,0633	<,0001	2,663	1,958	3,621
<b>Ancienneté : plus de 10 ans/1 an ou moins</b>	0,4629	0,0738	<,0001	3,191	2,307	4,413
<b>Consultant/permanent</b>	0,7481	0,4633	0,1063	2,914	0,863	9,842
<b>Engagement à durée déterminée/permanent</b>	-0,151	0,1612	0,3489	1,186	0,997	1,411
<b>Temporaire/permanent</b>	-0,2757	0,1779	0,1211	1,047	0,79	1,388
<b>International/local</b>	0,0105	0,0324	0,7453	1,021	0,9	1,159

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Extrêmement satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,9334	0,1417	<,0001	0,1	0,067	0,151
<b>Très satisfait/pas du tout satisfait</b>	-1,0183	0,0699	<,0001	0,092	0,071	0,12
<b>Plutôt satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,1092	0,0597	0,0671	0,228	0,178	0,292
<b>Peu satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,6936	0,0774	<,0001	0,51	0,387	0,672
<b>Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante sur le lieu de travail</b>	-0,242	0,0437	<,0001	0,616	0,519	0,732
<b>Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante en dehors du travail</b>	-0,2618	0,0417	<,0001	0,592	0,503	0,698

Tableau 5

### PRÉDICTEURS DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES

(Estimation des paramètres de l'analyse de régression logistique à variables multiples)

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Ordonnée à l'origine</b>	-1,0318	0,212	<,0001			
<b>Âge : 35-39 ans/34 ans et moins</b>	0,0581	0,0774	0,4534	0,826	0,646	1,057
<b>Âge : 40-44 ans/34 ans et moins</b>	0,1419	0,0726	0,0508	0,898	0,7	1,153
<b>Âge : 45-49 ans/34 ans et moins</b>	0,0586	0,0792	0,4593	0,827	0,633	1,08
<b>Âge : 50-54 ans/34 ans et moins</b>	-0,1018	0,0838	0,2243	0,704	0,534	0,929
<b>Âge : 55 et plus/34 ans et moins</b>	-0,4057	0,0961	<,0001	0,52	0,385	0,701
<b>Sexe : homme/femme</b>	-0,072	0,0377	0,0563	0,866	0,747	1,004
<b>Situation matrimoniale : relation non reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	0,0139	0,0754	0,8534	0,887	0,692	1,138
<b>Relation reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	-0,1475	0,0583	0,0114	0,755	0,625	0,911
<b>Enfants à charge</b>	-0,1004	0,0434	0,0207	0,818	0,69	0,97

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Ancienneté : 1-3 ans/1 an ou moins</b>	-0,197	0,1023	0,0541	1,327	0,924	1,905
<b>Ancienneté : 3-5 ans/1 an ou moins</b>	0,0625	0,0946	0,5089	1,72	1,202	2,46
<b>Ancienneté : 5-10 ans/1 an ou moins</b>	0,1952	0,0695	0,005	1,964	1,421	2,715
<b>Ancienneté : plus de 10 ans/1 an ou moins</b>	0,4191	0,0796	<,0001	2,457	1,747	3,455
<b>Consultant/permanent</b>	-0,0208	0,6041	0,9725	0,924	0,19	4,502
<b>Engagement à durée déterminée/permanent</b>	-0,0469	0,2076	0,8213	0,9	0,748	1,084
<b>Temporaire/permanent</b>	0,00968	0,2231	0,9654	0,953	0,703	1,291
<b>International/local</b>	-0,056	0,0352	0,112	0,894	0,779	1,026
<b>Extrêmement satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,9068	0,1567	<,0001	0,17	0,108	0,269
<b>Très satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,5924	0,0728	<,0001	0,233	0,173	0,313
<b>Plutôt satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,0286	0,0666	0,6677	0,434	0,326	0,577
<b>Peu satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,6063	0,0895	<,0001	0,772	0,56	1,066
<b>Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante sur le lieu de travail</b>	-0,5719	0,0424	<,0001	0,319	0,27	0,376
<b>Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante en dehors du travail</b>	-0,7194	0,0397	<,0001	0,237	0,203	0,277

Tableau 6

### PRÉDICTEURS DES TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES

(Estimation des paramètres de l'analyse de régression logistique à variables multiples)

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Ordonnée à l'origine</b>	-1,0594	0,1675	<,0001			
<b>Âge : 35-39 ans/34 ans et moins</b>	0,0314	0,073	0,6674	0,758	0,604	0,951
<b>Âge : 40-44 ans/34 ans et moins</b>	0,0548	0,07	0,4336	0,776	0,614	0,98

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR- TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Âge : 45-49 ans/34 ans et moins</b>	0,0516	0,0759	0,4962	0,773	0,603	0,993
<b>Âge : 50-54 ans/34 ans et moins</b>	-0,2135	0,0829	0,01	0,593	0,455	0,773
<b>Âge : 55 et plus/34 ans et moins</b>	-0,233	0,0893	0,0091	0,582	0,442	0,767
<b>Sexe : homme/femme</b>	-0,0376	0,0356	0,2918	0,928	0,807	1,067
<b>Situation matrimoniale : relation non reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	-0,0177	0,0709	0,8023	0,868	0,687	1,096
<b>Relation reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	-0,1061	0,0549	0,053	0,795	0,666	0,948
<b>Enfants à charge</b>	-0,0223	0,0405	0,5823	0,956	0,816	1,121
<b>Ancienneté : 1-3 ans/1 an ou moins</b>	-0,2777	0,0982	0,0047	1,149	0,821	1,606
<b>Ancienneté : 3-5 ans/1 an ou moins</b>	0,0447	0,0887	0,6146	1,586	1,143	2,199
<b>Ancienneté : 5-10 ans/1 an ou moins</b>	0,2117	0,0652	0,0012	1,874	1,396	2,515
<b>Ancienneté : plus de 10 ans/1 an ou moins</b>	0,4377	0,0755	<,0001	2,349	1,719	3,21
<b>Consultant/permanent</b>	0,7777	0,4651	0,0945	2,955	0,87	10,032
<b>Engagement à durée déterminée/permanent</b>	-0,2158	0,1621	0,1831	1,094	0,916	1,307
<b>Temporaire/permanent</b>	-0,256	0,1788	0,1522	1,051	0,79	1,399
<b>International/local</b>	0,0321	0,0334	0,3367	1,066	0,935	1,216
<b>Extrêmement satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,9508	0,1485	<,0001	0,098	0,064	0,149
<b>Très satisfait/pas du tout satisfait</b>	-1,0631	0,0735	<,0001	0,087	0,067	0,114
<b>Plutôt satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,0992	0,0616	0,107	0,229	0,179	0,293
<b>Peu satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,7388	0,0787	<,0001	0,53	0,402	0,698
<b>Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante sur le lieu de travail</b>	-0,2704	0,0448	<,0001	0,582	0,488	0,694
<b>Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante en dehors du travail</b>	-0,2442	0,043	<,0001	0,614	0,519	0,726

Tableau 7

**PRÉDICTEURS DU RISQUE DE CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL**

(Estimation des paramètres de l'analyse de régression logistique à variables multiples)

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Ordonnée à l'origine</b>	-0,8037	0,1545	<,0001			
<b>Âge : 35-39 ans/34 ans et moins</b>	0,0226	0,0592	0,7021	0,987	0,82	1,187
<b>Âge : 40-44 ans/34 ans et moins</b>	0,0346	0,058	0,5507	0,998	0,824	1,209
<b>Âge : 45-49 ans/34 ans et moins</b>	-0,053	0,064	0,4076	0,915	0,744	1,125
<b>Âge : 50-54 ans/34 ans et moins</b>	-0,0193	0,065	0,7665	0,946	0,767	1,168
<b>Âge : 55 et plus/34 ans et moins</b>	-0,0211	0,0688	0,7585	0,944	0,76	1,173
<b>Sexe : homme/femme</b>	0,0463	0,0288	0,1073	1,097	0,98	1,228
<b>Situation matrimoniale : relation non reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	0,3406	0,0545	0,8534	1,728	1,438	2,076
<b>Relation reconnue par l'Organisation/célibataire</b>	-0,1343	0,0436	<,0001	1,075	0,929	1,244
<b>Enfants à charge</b>	0,2582	0,032	0,0021	1,676	1,478	1,9
<b>Ancienneté : 1-3 ans/1 an ou moins</b>	0,1035	0,071	<,0001	1,283	1,012	1,626
<b>Ancienneté : 3-5 ans/1 an ou moins</b>	0,0595	0,0704	0,1448	1,228	0,963	1,565
<b>Ancienneté : 5-10 ans/1 an ou moins</b>	-0,0232	0,0523	0,3975	1,13	0,911	1,402
<b>Ancienneté : plus de 10 ans/1 an ou moins</b>	0,00576	0,0607	0,6579	1,163	0,923	1,466
<b>Consultant/permanent</b>	0,3312	0,4366	0,9245	1,294	0,411	4,072
<b>Engagement à durée déterminée/permanent</b>	-0,0511	0,1505	0,4481	0,883	0,764	1,021
<b>Temporaire/permanent</b>	-0,3534	0,1628	0,7344	0,653	0,516	0,826
<b>International/local</b>	0,0289	0,0271	0,03	1,059	0,953	1,178
<b>Extrêmement satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,2172	0,1023	0,2857	0,705	0,5	0,993
<b>Très satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,0113	0,0522	0,0338	0,866	0,667	1,124
<b>Plutôt satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,1457	0,0756	0,8286	1,013	0,755	1,361

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
Peu satisfait/pas du tout satisfait	-0,0497	0,0528	0,0539	0,833	0,642	1,083
Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante sur le lieu de travail	-0,1167	0,0396	0,3469	0,792	0,678	0,925
Pas d'exposition/exposition à une situation traumatisante en dehors du travail	0,0251	0,0386	0,0032	1,052	0,904	1,223

Tableau 8

### PRÉDICTEURS DE TOUS TYPES DE TROUBLE PSYCHIQUE

(Estimation des paramètres de l'analyse de régression logistique à variables multiples)

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR-TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
Ordonnée à l'origine	-0,2614	0,1622	0,107			
Âge : 35-39 ans/34 ans et moins	0,1115	0,0611	0,068	0,79	0,652	0,957
Âge : 40-44 ans/34 ans et moins	0,000939	0,0594	0,9874	0,707	0,58	0,862
Âge : 45-49 ans/34 ans et moins	0,0247	0,0643	0,7007	0,724	0,586	0,895
Âge : 50-54 ans/34 ans et moins	-0,1998	0,0686	0,0036	0,578	0,463	0,722
Âge : 55 et plus/34 ans et moins	-0,2851	0,0746	0,0001	0,531	0,421	0,67
Sexe : homme/femme	-0,1071	0,03	0,0004	0,807	0,718	0,908
Situation matrimoniale : relation non reconnue par l'Organisation/célibataire	0,0389	0,0605	0,5202	0,953	0,78	1,164
Relation reconnue par l'Organisation/célibataire	-0,1259	0,0464	0,0067	0,808	0,695	0,94
Enfants à charge	-0,0873	0,0343	0,011	0,84	0,734	0,961
Ancienneté : 1-3 ans/1 an ou moins	-0,1389	0,0777	0,074	1,558	1,19	2,039
Ancienneté : 3-5 ans/1 an ou moins	0,0177	0,0743	0,8114	1,822	1,39	2,387

VARIABLE	COEFFICIENT $\beta$	ERREUR- TYPE	VALEUR P	RAPPORT DES COTES	INTERVALLE DE CONFIANCE : 95 %	
<b>Ancienneté : 5-10 ans/1 an ou moins</b>	0,2516	0,0545	<,0001	2,301	1,806	2,933
<b>Ancienneté : plus de 10 ans/1 an ou moins</b>	0,4516	0,0635	<,0001	2,811	2,171	3,639
<b>Consultant/permanent</b>	0,0942	0,4579	0,837	1,185	0,356	3,94
<b>Engagement à durée déterminée/permanent</b>	-0,00982	0,1578	0,9504	1,068	0,919	1,241
<b>Temporaire/permanent</b>	-0,00902	0,1701	0,9577	1,069	0,84	1,36
<b>International/local</b>	-0,0261	0,0281	0,3531	0,949	0,85	1,06
<b>Extrêmement satisfait/pas du tout satisfait</b>	-1,1367	0,1224	<,0001	0,095	0,065	0,139
<b>Très satisfait/pas du tout satisfait</b>	-0,8857	0,0588	<,0001	0,122	0,094	0,159
<b>Plutôt satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,022	0,0539	0,6829	0,303	0,235	0,392
<b>Peu satisfait/pas du tout satisfait</b>	0,785	0,0751	<,0001	0,65	0,487	0,868
<b>Pas d'exposition/ exposition à une situation traumatisante sur le lieu de travail</b>	-0,356	0,0389	<,0001	0,491	0,421	0,572
<b>Pas d'exposition/ exposition à une situation traumatisante en dehors du travail</b>	-0,5159	0,0366	<,0001	0,356	0,309	0,411

## APPENDICE E. LIENS ENTRE LES TROUBLES PSYCHIQUES ET D'AUTRES VARIABLES

Tableau 9

LIENS ENTRE LES TROUBLES PSYCHIQUES ET D'AUTRES VARIABLES ÉTABLIS AU MOYEN DU TEST D'INDÉPENDANCE DU KHI-CARRÉ DE PEARSON

		ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	TROUBLES POST TRAUMATIQUES	TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES	CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL
<b>Sexe</b>	Femmes	18,82% <sup>2</sup>	20,96%	24,44%	<i>Pas de lien significatifs</i>
	Hommes	16,84% <sup>2</sup>	18,70% <sup>3</sup>	20,94% <sup>3</sup>	
<b>Âge (en années)</b>	< 34		18,00% <sup>3</sup>	23,00% <sup>3</sup>	26,85% <sup>3</sup>
	35–39		19,56% <sup>3</sup>	22,65% <sup>3</sup>	23,05% <sup>3</sup>
	40–44	<i>Pas de lien significatif</i>	21,81% <sup>3</sup>	25,05% <sup>3</sup>	21,86% <sup>3</sup>
	45–49		22,86% <sup>3</sup>	23,40% <sup>3</sup>	22,03% <sup>3</sup>
	50–54		19,80% <sup>3</sup>	22,33% <sup>3</sup>	21,79% <sup>3</sup>
	≥ 55		16,80% <sup>3</sup>	19,19% <sup>3</sup>	22,58% <sup>3</sup>
<b>Situation matrimoniale</b>	Célibataire	19,06% <sup>1</sup>	21,40% <sup>1</sup>	24,92% <sup>3</sup>	25,17% <sup>3</sup>
	Relation non reconnue par l'Organisation	19,24% <sup>1</sup>	20,56% <sup>1</sup>	24,70% <sup>3</sup>	34,67% <sup>3</sup>
	Relation reconnue par l'Organisation	17,31% <sup>1</sup>	19,35% <sup>1</sup>	21,95% <sup>3</sup>	20,63% <sup>3</sup>
<b>Enfant(s) à charge</b>	Oui	<i>Pas de lien significatif</i>	20,51% <sup>1</sup>	<i>Pas de lien significatif</i>	19,21% <sup>3</sup>
	Non		18,74% <sup>1</sup>		30,13% <sup>3</sup>
<b>Type d'engagement</b>	Permanent	18,68% <sup>3</sup>	22,13% <sup>3</sup>	23,59% <sup>3</sup>	23,87% <sup>2</sup>
	De durée déterminée	19,04% <sup>3</sup>	20,84% <sup>3</sup>	24,56% <sup>3</sup>	23,37% <sup>2</sup>
	Temporaire	14,81% <sup>3</sup>	17,41% <sup>3</sup>	20,29% <sup>3</sup>	20,39% <sup>2</sup>
	Contrat de consultant	15,22% <sup>3</sup>	12,90% <sup>3</sup>	31,62% <sup>3</sup>	32,80% <sup>2</sup>

		ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	TROUBLES POST TRAUMATIQUES	TROUBLES DÉPRESSIFS GRAVES	CONSOMMATION DANGEREUSE D'ALCOOL
<b>Type de recrutement</b>	Local		21,60% <sup>3</sup>	25,31% <sup>3</sup>	20,18% <sup>3</sup>
	International	<i>Pas de lien significatif</i>	18,34% <sup>3</sup>	20,63% <sup>3</sup>	27,14% <sup>3</sup>
<b>Lieu d'affectation</b>	Famille autorisée	<i>Pas de lien significatif</i>	<i>Pas de lien significatif</i>	26,28% <sup>2</sup>	21,56% <sup>1</sup>
	Famille non autorisée			23,31% <sup>2</sup>	19,48% <sup>1</sup>
<b>Ancienneté</b>	Moins d'un an	11,29% <sup>3</sup>	13,95% <sup>3</sup>	17,04% <sup>3</sup>	24,02% <sup>1</sup>
	1 à 3 ans	18,27% <sup>3</sup>	19,99% <sup>3</sup>	26,57% <sup>3</sup>	25,05% <sup>1</sup>
	3 à 4 ans	19,71% <sup>3</sup>	21,13% <sup>3</sup>	27,12% <sup>3</sup>	23,25% <sup>1</sup>
	5 à 10 ans	19,28% <sup>3</sup>	21,52% <sup>3</sup>	24,51% <sup>3</sup>	21,69% <sup>1</sup>
	Plus de 10 ans	19,64% <sup>3</sup>	21,32% <sup>3</sup>	20,81% <sup>3</sup>	23,94% <sup>1</sup>
<b>Niveau de satisfaction professionnelle</b>	Pas du tout satisfait	52,79% <sup>3</sup>	40,51% <sup>3</sup>	56,26% <sup>3</sup>	29,30% <sup>3</sup>
	Peu satisfait	34,50% <sup>3</sup>	32,77% <sup>3</sup>	41,12% <sup>3</sup>	26,46% <sup>3</sup>
	Plutôt satisfait	20,28% <sup>3</sup>	23,14% <sup>3</sup>	26,29% <sup>3</sup>	23,86% <sup>3</sup>
	Très satisfait	9,84% <sup>3</sup>	13,47% <sup>3</sup>	14,06% <sup>3</sup>	21,86% <sup>3</sup>
	Extrêmement satisfait	8,89% <sup>3</sup>	10,00% <sup>3</sup>	9,66% <sup>3</sup>	18,94% <sup>3</sup>
<b>Exposition à une situation traumatisante</b>	Pendant le service	28,78% <sup>3</sup>	40,96% <sup>3</sup>	26,56% <sup>3</sup>	28,17% <sup>3</sup>
	En dehors du service	27,13% <sup>3</sup>	42,70% <sup>3</sup>	25,09% <sup>3</sup>	<i>Pas de lien significatif</i>
<b>Incivilité sur le lieu de travail</b> <sup>4</sup>		0,428 <sup>3</sup>	0,343 <sup>3</sup>	0,375 <sup>3</sup>	0,088 <sup>3</sup>

**1** Valeur p<0,05

**2** Valeur p<0,01

**3** Valeur p<0,001

**4** Coefficient de corrélation de Pearson

**Note:** Le test d'indépendance du khi-carré de Pearson permet d'estimer la probabilité qu'une différence observée entre les groupes d'un même échantillon soit le seul fruit du hasard. Il permet d'obtenir la « valeur p », qui représente la probabilité de ne constater aucune différence entre les groupes d'un même échantillon. Une valeur p < 0,05 est « statistiquement significative » et généralement signalée par un astérisque. Deux astérisques correspondent à p < 0,01 et trois astérisques à p < 0,001.

## APPENDICE F. LISTE DES FIGURES

	<i>Page</i>
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies présentant l'un des troubles psychiques considérés. Les pourcentages correspondent au rapport entre, d'une part, les personnes interrogées ayant déclaré présenter des symptômes associés à un trouble psychique et, d'autre part, les participants ayant répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage correspondant (lesquels sont au nombre de 15 417 pour l'anxiété généralisée, 14 191 pour les troubles post-traumatiques, 15 000 pour les troubles dépressifs graves et 14 557 pour la consommation dangereuse d'alcool)	16
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies présentant plusieurs des troubles psychiques considérés. Proportion des 13 731 participants ayant répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage qui ont déclaré présenter des symptômes associés à zéro, un, deux, trois ou quatre troubles psychiques (anxiété généralisée, troubles dépressifs graves, troubles post-traumatiques, consommation dangereuse d'alcool)	16
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant d'anxiété généralisée, par sexe. Proportions respectives d'hommes et de femmes présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi l'ensemble des hommes et des femmes ayant répondu au questionnaire GAD-7	18
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant d'anxiété généralisée, en fonction de la situation matrimoniale. Proportion de répondants présentant des symptômes d'anxiété généralisée, en fonction de la situation matrimoniale, parmi les répondants ayant rempli le questionnaire sur l'anxiété généralisée dont la situation matrimoniale était identique (célibataire, relation reconnue ou non reconnue, selon le cas)	18
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant d'anxiété généralisée, en fonction du type d'engagement. Proportion, pour chaque type d'engagement, de répondants présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi ceux qui ont rempli le questionnaire GAD-7	19
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant d'anxiété généralisée, en fonction du degré de satisfaction professionnelle. Proportion de personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi l'ensemble de celles qui présentaient le même degré de satisfaction professionnelle et avaient rempli intégralement le questionnaire GAD-7. Il existe un lien très étroit entre un degré élevé de satisfaction professionnelle et une faible incidence de l'anxiété généralisée ( $p < 0,0001$ )	19
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant d'anxiété généralisée, en fonction de l'ancienneté. Proportion de personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée parmi l'ensemble de celles qui avaient accumulé la même ancienneté et ont rempli intégralement le questionnaire GAD-7	20
Perception de l'incivilité et des conflits sur le lieu de travail selon que le répondant souffrait ou non d'anxiété généralisée. Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée et, d'autre part, pour celles qui n'en présentent pas	20
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant d'anxiété généralisée, par type d'exposition à une situation traumatisante. Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 derniers mois parmi l'ensemble des répondants qui présentaient des symptômes d'anxiété généralisée et ont rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors	21

Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, par groupe d'âge. Proportion de personnes d'un même groupe d'âge ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants qui avaient rempli l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques	24
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, par sexe. Proportion de femmes/d'hommes ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants des deux sexes qui avaient rempli l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques	24
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, en fonction de la situation matrimoniale. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les répondants ayant rempli le questionnaire dont la situation matrimoniale était identique (célibataire, relation reconnue ou non reconnue, selon le cas)	25
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, avec ou sans enfant(s) à charge. Proportion de personnes avec ou sans enfant(s) à charge ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants au questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques	25
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, en fonction de l'ancienneté. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies de même ancienneté qui avaient rempli en intégralité le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques	26
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de l'anxiété généralisée, par type d'engagement. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies titulaires d'un engagement ou contrat de même type qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques	26
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, par type de recrutement. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les participants occupant un poste soumis au même type de recrutement (local/international) qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques	27
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, en fonction du degré de satisfaction professionnelle. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies présentant le même degré de satisfaction professionnelle qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles post-traumatiques. Il existe un lien très étroit entre troubles post-traumatiques et faible degré de satisfaction professionnelle ( $p < 0,0001$ )	27
Perception de l'incivilité et des conflits sur le lieu de travail selon que le répondant présentait ou non des troubles post-traumatiques. Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes présentant des symptômes de troubles post-traumatiques et, d'autre part, pour celles qui n'en présentaient pas	29
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles post-traumatiques, en fonction du type d'exposition à une situation traumatisante. Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, par rapport à l'ensemble des répondants qui présentaient des troubles post-traumatiques et qui avaient rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors	29

Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, par groupe d'âge. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies du même groupe d'âge qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves	32
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, par sexe. Proportion de femmes/d'hommes ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble des répondants des deux sexes qui avaient rempli l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves	32
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, en fonction de la situation matrimoniale. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel dont la situation matrimoniale était la même et qui avaient répondu à l'ensemble du questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves	33
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, par type de lieu d'affectation. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel qui occupaient un poste dans un lieu d'affectation de même type (famille autorisée/non autorisée) et avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves	33
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, en fonction de l'ancienneté. Proportion de personnes présentant des troubles dépressifs graves parmi l'ensemble de celles qui présentaient la même ancienneté et avaient rempli intégralement le questionnaire correspondant	34
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, par type d'engagement. Proportion, pour chaque type d'engagement, de répondants présentant des troubles dépressifs graves parmi ceux qui ont rempli le questionnaire correspondant	34
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, par type de recrutement. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les participants occupant un poste soumis au même type de recrutement (local/international) qui avaient rempli le questionnaire de dépistage des troubles dépressifs graves	35
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage des troubles dépressifs graves, en fonction du degré de satisfaction professionnelle. Proportion de personnes présentant des troubles dépressifs graves parmi l'ensemble de celles qui présentaient le même degré de satisfaction professionnelle et avaient rempli intégralement le questionnaire. Un lien très étroit est apparu entre un degré élevé de satisfaction professionnelle et une faible incidence des troubles dépressifs graves ( $p < 0,0001$ )	35
Perception de l'incivilité et des conflits sur le lieu de travail selon que le répondant présentait ou non des troubles dépressifs graves. Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes présentant des troubles dépressifs graves et, d'autre part, pour celles qui n'en présentaient pas	36
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies souffrant de troubles dépressifs graves, par type d'exposition à une situation traumatisante. Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 derniers mois parmi l'ensemble des répondants qui présentaient des troubles dépressifs graves et avaient rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors	36

Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, par groupe d'âge. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel des Nations Unies du même groupe d'âge qui avaient rempli le questionnaire de dépistage de la consommation dangereuse d'alcool	40
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, en fonction de la situation matrimoniale. Proportion de personnes ayant fait état d'une consommation dangereuse d'alcool parmi les répondants ayant rempli le questionnaire et dont la situation matrimoniale était identique (célibataire, relation reconnue ou non reconnue, selon le cas)	40
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, avec ou sans enfant(s) à charge. Proportions respectives de personnes avec ou sans enfant(s) à charge ayant obtenu un résultat positif parmi la totalité des répondants au questionnaire de dépistage	41
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, par type de lieu d'affectation. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les membres du personnel en poste dans un même type de lieu d'affectation (famille autorisée/non autorisée) ayant répondu au questionnaire de dépistage	41
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, en fonction de l'ancienneté. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi l'ensemble de celles qui présentaient la même ancienneté et avaient rempli le questionnaire de dépistage	42
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, par type d'engagement. Proportion, pour chaque type d'engagement, de répondants ayant fait état d'une consommation dangereuse d'alcool parmi l'ensemble de ceux qui ont rempli le questionnaire	42
Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, par type de recrutement. Proportion de personnes ayant obtenu un résultat positif parmi les participants occupant un poste soumis au même type de recrutement (local/international) qui avaient rempli le questionnaire de dépistage	43
Pourcentage des membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, en fonction du degré de satisfaction professionnelle. Proportion de personnes ayant fait état d'une consommation dangereuse d'alcool parmi l'ensemble de celles qui présentaient le même degré de satisfaction professionnelle et avaient rempli intégralement le questionnaire. Un lien très étroit est apparu entre consommation d'alcool non dangereuse et degré élevé de satisfaction professionnelle ( $p < 0,0001$ )	43
Perception de l'incivilité et des conflits sur le lieu de travail selon que le répondant présentait ou non une consommation dangereuse d'alcool. Les valeurs moyennes affichées – sur la base de l'échelle de mesure de l'incivilité sur le lieu de travail – le sont, d'une part, pour les personnes qui ont fait état d'une consommation dangereuse d'alcool et, d'autre part, pour celles qui n'en ont pas fait état	45

Pourcentage de membres du personnel des Nations Unies ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation dangereuse d'alcool, par type d'exposition à une situation traumatisante. Proportion de membres du personnel qui ont fait état d'une situation traumatisante survenue au cours des 12 derniers mois, par rapport à l'ensemble des répondants qui ont fait état d'une consommation dangereuse d'alcool et avaient rempli le questionnaire de dépistage de l'exposition à une situation traumatisante pendant le service ou en dehors	45
Femmes membres du personnel des Nations Unies ayant fait état de troubles psychiques multiples (en pourcentage). Proportion de répondantes ayant déclaré présenter des symptômes associés à zéro, un, deux, trois ou quatre troubles psychiques (anxiété généralisée, troubles dépressifs graves, troubles post-traumatiques, consommation dangereuse d'alcool) en proportion du nombre de femmes membres du personnel des Nations Unies ayant fait état de leur sexe et rempli l'intégralité des questionnaires	47
Hommes membres du personnel des Nations Unies ayant fait état de troubles psychiques multiples (en pourcentage). Proportion de répondants ayant déclaré présenter des symptômes associés à zéro, un, deux, trois ou quatre troubles psychiques (anxiété généralisée, troubles dépressifs graves, troubles post-traumatiques, consommation dangereuse d'alcool) en proportion du nombre d'hommes membres du personnel des Nations Unies ayant fait état de leur sexe et rempli l'intégralité des questionnaires	47
Pourcentage de personnes interrogées qui recevaient des soins de santé mentale au moment de l'enquête. Parmi les fonctionnaires ayant répondu aux questions portant sur l'utilisation des services proposant des soins de santé mentale (soit 11 752 personnes), rares ont été ceux qui ont déclaré recevoir de tels soins, que soit à l'intérieur du système des Nations Unies (197 personnes) ou en dehors (538)	48
Besoins en matière de soutien psychologique ressentis au cours de l'année écoulée du fait de problèmes personnels ou professionnels. Les pourcentages correspondent aux différentes réponses apportées par les 5 690 membres du personnel ayant répondu aux questions de l'enquête visant à déterminer leurs besoins en matière de soutien psychologique	48
Diagramme de Venn : participants présentant un trouble psychique : regroupement des comorbidités (une, deux, trois, quatre ou zéro)	67

## APPENDICE G. LISTE DES TABLEAUX

	<i>Page</i>
Prévalence des troubles psychiques. Le tableau 1 fait apparaître la prévalence à un moment donné (ponctuelle) de l'anxiété généralisée, des troubles post-traumatiques, des troubles dépressifs graves et de la consommation dangereuse d'alcool parmi la cohorte, en comparaison de leur prévalence sur 12 mois dans la population en général et de leur prévalence ponctuelle parmi les défenseurs des droits de l'homme et les travailleurs humanitaires	<b>6</b>
Caractéristiques de la cohorte étudiée par rapport à l'ensemble du personnel	<b>65</b>
Fréquence des troubles psychiques, par entité des Nations Unies (résultats rendus anonymes)	<b>67</b>
Prédicteurs de l'anxiété généralisée	<b>68</b>
Prédicteurs des troubles post-traumatiques	<b>69</b>
Prédicteurs des troubles dépressifs graves	<b>70</b>
Prédicteurs du risque de consommation dangereuse d'alcool	<b>72</b>
Prédicteurs de tous types de trouble psychique	<b>73</b>
Liens entre les troubles psychiques et d'autres variables établis au moyen du test d'indépendance du khi-carré de Pearson	<b>75</b>





Nations Unies