

FOCUS

**SANTÉ
MENTALE**
**MENTAL
HEALTH**

**DE LA PRISE DE CONSCIENCE
À LA MISE EN PRATIQUE**

FROM AWARENESS TO ACTION

MAIS ÉGALEMENT...

ÉTHIQUE

Le « siphonage » des soignants
du Sud par les pays du Nord
— p. 98

The “siphoning” of Southern health
workers by Northern countries

BUT ALSO...

REPORTAGE

Ghana : ceux qui vivent sur l'eau
— p. 108

Ghana: those who live on the
water

CULTURE

L'humanitaire au théâtre
— p. 132

Humanitarian action in a play

Alternatives Humanitaires est une revue bilingue (français/anglais) à vocation internationale soutenue par :
Humanitarian Alternatives is an international, bilingual review (English/French) supported by:



Avec la contribution de | *With the contribution of:*
Fonds RIACE France
Solidarités International

En collaboration avec un réseau d'universités et d'institutions partenaires qui s'enrichit régulièrement :
In collaboration with a developing network of partner universities and institutes:



Directeur de la publication | *Publication director*
Bernard Michel

Conseil d'orientation | *Orientation council*

Francis Charhon • Jean-Pierre Claveranne • Yvan Conoir
• Emanuela Croce • Hélène Daniel • Bruno-Georges David
• Luc Lamprière • Jean-François Mattei • Thierry Mauricet
• Karine Meaux • Bernard Michel • Benoît Miribel
• Bénédicte Pansier • Pascal Revault • Jean-Baptiste Richardier
• Maria Rubio • Jean-Christophe Rufin • Philippe Ryfman
• Audrey Sala • Virginie Troit • Joël Weiler

Comité de rédaction | *Editorial board*

Aude Brus / Pierre Gallien • Clara Egger • Valérie Gorin
• Vincent Léger • Stéphanie Nguengang Wakap
• Stéphanie Stern

Conseil scientifique | *Scientific council*

François Audet • Sophie Brière / Stéphanie Maltais
• Yvan Conoir • Houwayda Matta Bou Ramia
• Frédéric Meunier / Jean-Pierre Veyrenche • Gautier Pirotte
• Dana Popescu-Jourdy • Nathalie Rubio
• Stéphanie Tchiombiano

Rédacteur en chef | *Editor-in-Chief*
Boris Martin
boris.martin@alternatives-humanitaires.org

Chargée de coordination | *Coordination manager*
Caroline Voisine
caroline.voisine@alternatives-humanitaires.org

Communication et aide à l'édition | *Communications and Editorial support*
Stéphanie Durdilly
stephanie.durdilly@alternatives-humanitaires.org

Traducteur-riche-s | *Translators*
Gillian Eaton • Fay Guerry • Darin Riesman
• Derek Scoins • Naomi Walker • Thomas Young

**Correction de la version française
| *Correction for the French version***
Cécile Leonett

**Correction de la version anglaise
| *Correction for the English version***
A.D.T. International

ÉDITORIAL | EDITORIAL

Santé mentale : une indispensable approche globale

Mental health: a necessary global approach

Stéphanie Stern • Chef du projet ACF Knowledge Lab, Action contre la Faim
Pierre Gallien • Directeur Innovation, Impact & Information, Handicap International – Humanité & Inclusion

Stéphanie Stern • Head of the Knowledge Lab Project at Action Against Hunger
Pierre Gallien • Director Innovation, Impact & Information, Handicap International – Humanity & Inclusion

Copilotes du dossier de ce numéro avec :
Boris Martin, rédacteur en chef
Co-directors of this issue's Focus with:
Boris Martin, Editor-in-Chief



STÉPHANIE
STERNPIERRE
GALLIEN

Depuis le milieu des années 1990, la santé mentale est reconnue comme une dimension cruciale de la souffrance des personnes dans les crises humanitaires. De nombreuses organisations ont bâti une expertise spécifique aux contextes de crises aiguës, sur la base d'années d'expérience et de pratiques développées en Bosnie, au Rwanda, ou encore en Tchétchénie. Cette attention accrue a permis de mettre en lumière de nouveaux besoins et de formaliser de nouvelles approches couvrant l'ensemble du champ de la santé mentale, des troubles plus ou moins sévères (les syndromes de stress post-traumatique, notamment) aux multiples détresses psychologiques (liées à l'environnement social, culturel ou politique), en passant par la promotion du bien-être et du vivre-ensemble comme éléments constitutifs d'une approche globale de la santé.

En 2001, le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la « Santé mondiale » mettait précisément en avant la santé mentale, parlant d'une « nouvelle compréhension » et d'un « nouvel espoir ». Ce document marquait une étape décisive dans la reconnaissance de cette problématique et la nécessité de renforcer les pratiques. En 2022, l'OMS publiait un nouveau rapport appelant à « transformer la santé mentale pour tous ». S'il reconnaît de nombreux progrès accomplis en deux décennies, ce rapport nous rappelle aussi que « les recommandations faites [en 2001] restent valables aujourd'hui ». Ce constat en demi-teinte invite les acteurs humanitaires – entre autres – à une claire introspection de leurs pratiques. Au-delà d'un plaidoyer traditionnel en faveur d'un engagement renforcé et d'un financement accru pour un renforcement des soins, des évolutions de rupture sont sans doute nécessaires pour répondre aux évolutions des crises humanitaires, mais aussi pour mieux appréhender les potentialités endogènes.

Since the mid-1990s, mental health has been recognised as a crucial aspect of human suffering in humanitarian crises. Many organisations have built expertise specific to acute crisis situations based on years of experience and practices, developed in Bosnia, Rwanda or Chechnya. This increased awareness has highlighted new needs and formalised new approaches spanning the whole field of mental health, from disorders of varying severity (post-traumatic stress in particular) to multiple forms of psychological distress (relating to the social, cultural or political environment) by way of the promotion of well-being and community living as the building blocks of a comprehensive approach to health.

The 2001 World Health Report published by the World Health Organization (WHO) specifically highlighted mental health, speaking of a “new understanding” and a “new hope”. This document was a decisive step in the recognition of this problem and the need to enhance practices. In 2022, the WHO published a new report on “transforming mental health for all”. Whilst it recognises the great progress made in the last two decades, it also reminds us that “the recommendations made [in 2001] remain valid today”. This muted observation is an invitation for humanitarian actors – among others – to conduct a frank appraisal of their practices. In addition to the traditional plea for greater commitment and more funding to boost care, breakthrough developments are undoubtedly needed to respond to the changes in humanitarian crises but also to gain a better understanding of endogenous potential.

In a sense, because their impact on the mental health of the entire population of the world is known, the Covid-19 pandemic and the various lockdowns have probably reignited this concern, taking it out of the usual contexts in which it was discussed. Yet the place

D'une certaine manière, parce que leur impact sur la santé mentale de toute la population mondiale est reconnu, la pandémie de la Covid-19 et les différentes périodes de confinement ont probablement réactivé cette préoccupation, la sortant des contextes habituels dans lesquels elle était évoquée. Pour autant, la place de la santé mentale au sein d'une vision globale de la santé reste encore relativement marginale.

Au sein des crises humanitaires, il est plus que jamais nécessaire de se questionner sur les raisons objectives de cette moindre considération en comparaison d'autres approches. Est-ce que la polarisation historique de l'aide humanitaire sur le registre « sauver des vies » n'a pas desservi ces autres formes d'intervention, perçues comme moins essentielles ? Les souffrances mentales s'effacent encore trop souvent derrière les atteintes physiques, et ce d'autant plus qu'elles sont moins facilement décelables, souvent stigmatisées, ou même cachées au sein des communautés.

L'évaluation de leur importance au sein d'une société et de leurs impacts sociaux reste un exercice difficile. Le développement d'une véritable épidémiologie de la santé mentale est encore insuffisant. Du fait de la volatilité des situations humanitaires, des modalités innovantes de suivi et d'évaluation capables de prendre en compte des parcours de vie complexes avec des implications à long terme et des enjeux intersectionnels restent à inventer. En d'autres termes, comment une approche de la santé mentale pourrait-elle tendre à construire une pensée systémique tout en restant ancrée dans une pratique de terrain ? Le slogan « Rien sur nous sans nous », prôné par nombre d'organisations de personnes en situation de handicap et aujourd'hui repris par différents groupes, nous invite à réfléchir au rôle de la mobilisation citoyenne. Qu'elle s'exprime

of mental health within a global vision of health remains relatively marginal.

With regard to humanitarian crises, it is more important than ever to question the objective reasons for this lesser consideration when compared to other approaches. Has the historical focus of humanitarian aid on "saving lives" not undermined these other forms of intervention that are perceived to be less essential? Mental suffering is still all too often overshadowed by physical injury, especially as it is not as easy to detect and is often stigmatised or even hidden within communities.

Assessing its magnitude in a society and its social impact remains a difficult exercise. The development of a true epidemiology of mental health is still inadequate. Given the volatility of humanitarian situations, innovative monitoring and evaluation methods able to take account of complex life courses with long-term implications and inter-sectional challenges are still to be invented. In other words, how could an approach to mental health aim to build systems thinking whilst remaining rooted in field practice? The slogan "nothing about us without us", as advocated by many people with disabilities' organisations, and now taken up by other groups, invites us to reflect on the role of civic mobilisation. Whether expressed in a humanitarian context or when strengthening services in countries untouched by acute crises, we can imagine that it will be an essential lever in the recognition of new mental health rights, as has been observed, for example, in the fight against HIV/AIDS.

The aim of this new issue of *Humanitarian Alternatives* is to gather contributions from observers, actors and researchers from all over the world so that we can reflect together on developments in the humanitarian sector. It also suggests areas of work, identify

dans les contextes humanitaires ou dans le renforcement des services dans des pays préservés de crises aiguës, on peut imaginer qu'elle sera un levier essentiel dans la reconnaissance de nouveaux droits en matière de santé mentale. À l'instar de ce que l'on a pu observer, par exemple, dans le combat contre le VIH.

L'ambition de ce nouveau numéro d'*Alternatives Humanitaires* est de rassembler des contributions venues d'observateurs, d'acteurs et de chercheurs du monde entier pour réfléchir ensemble aux évolutions du secteur humanitaire. Il s'agit aussi de proposer des axes de travail, d'identifier les sujets à explorer plus en profondeur, et d'exposer des pratiques innovantes pour que la santé mentale soit mieux et plus systématiquement prise en compte dans les réponses humanitaires.

Les réflexions déjà bien avancées autour d'une décolonisation de l'aide peuvent nous aider à questionner les approches classiques marquées par nos biais cognitifs historiques et culturels. Il s'agit de mieux prendre en compte leur articulation avec des approches traditionnelles tout en reconnaissant les racines socio-politiques de la souffrance. Ainsi, même en situation de crise, les interventions communautaires font de plus en plus l'objet d'un consensus. Pour autant, les programmes de santé mentale ne laissent que peu de place à des activités d'inclusion et à la promotion d'une participation effective des groupes marginalisés. Par quelles nouvelles expériences la santé mentale peut-elle s'ouvrir à une diversité de voix (donc d'expériences), d'épistémologies (donc de manières de comprendre le monde), de visions du monde (donc de systèmes de valeurs et de relations) ?

Les enjeux auxquels est confrontée l'action humanitaire sont nombreux, rapides et impactants. Pour certains,

topics to be explored in greater depth and discuss innovative practices so that mental health is better and more systematically taken into account in humanitarian responses.

The already well-advanced reflections on the decolonisation of aid can also help us question the classic approaches marked by our historical and cultural cognitive biases. This involves greater consideration of how they relate to traditional approaches whilst recognising the socio-political roots of suffering. Thus, even in crisis situations, there is a growing consensus about community interventions. Mental health programmes, however, leave precious little room for inclusion activities and for promoting the effective participation of marginalised groups. Through which new experiences can mental health be opened up to a diversity of voices (and therefore experiences), of epistemologies (and therefore ways of understanding the world) and of world views (and therefore systems of values and relationships)?

The challenges facing humanitarian action are numerous, fast-moving and high-impact. For some, they augur a radical paradigm shift in the sector. What will mental health 3.0 look like and how can technological advances be used to improve access to services, expand our understanding and anticipate the associated pathologies? In short, how should mental health be considered in this changing world? Here again, and in the wake of Covid-19, an extremely high-profile global problem may offer us an interesting counterpoint: climate change. An increasing amount of research is devoted to analysing its effects on mental health. In Western contexts, the term "eco-anxiety" has gradually entered the common vocabulary even before a scientific definition has been set down. Yet, and without ignoring its devastating dynamics, it should challenge us with regard to the disparities

ils augurent d'un changement de paradigme radical du secteur. Quels seront les contours de la santé mentale 3.0, et comment les avancées technologiques peuvent-elles nous servir à améliorer l'accès aux services, à mieux appréhender et anticiper les pathologies associées ? En somme, comment doit-on considérer la santé mentale dans ce monde en pleine évolution ? Là encore, et dans le sillage de la Covid-19, une problématique planétaire hyper médiatisée peut nous offrir un contrepoint intéressant : il s'agit du changement climatique. De plus en plus de recherches analysent ses impacts en termes de santé mentale. Dans les contextes occidentaux, le terme d'éco-anxiété est ainsi progressivement rentré dans le vocabulaire commun avant même qu'ait été posée une définition scientifique. Néanmoins, et sans négliger sa dynamique dévastatrice, il doit nous interpeller sur les inégalités dans l'expérience de l'impact du changement climatique : comment cette problématique raisonne-t-elle dans des contextes de crise humanitaire, mais aussi de mal-développement ou d'États faillis dans lesquels les (in)certitudes liées aux catastrophes d'origine climatique affectent directement les mécanismes de survie des communautés ?

C'est dire si ce numéro ne prétend pas à l'exhaustivité en matière de santé mentale, mais il nous invite sans aucun doute possible à penser cette thématique dans sa dimension globale et en termes de prospective.

in the way people experience the impact of climate change: how does this issue make sense in humanitarian crisis contexts, but also in developing countries or failed States in which the (un)certainities associated with climate-related disasters directly impact communities' survival mechanisms?

This means that this issue does not claim to be exhaustive in terms of mental health, but it undoubtedly invites us to think about this theme in its global and forward-looking dimension.

Translated from the French by Juliet Powys



FOCUS

**SANTÉ
MENTALE**
**MENTAL
HEALTH**



De la prise de conscience à la mise en pratique

From awareness to action

« On ne fait pas de santé mentale » : retour sur la première mission “psy” de Médecins Sans Frontières

“We don’t do mental health”: a review of *Médecins Sans Frontières*’ first “psy” mission

Laure Wolmark • Psychologue clinicienne, chercheuse
au sein du Crash (Centre de recherche sur l’action et les
savoirs humanitaires de Médecins Sans Frontières – France)

L

eninakan, décembre 1989. C’est un an après le tremblement de terre qui dévasta l’Arménie que Médecins Sans Frontières lance sa « première mission psy ». L’autrice revient

ici sur les réflexions et les hésitations qui entourèrent ce « temps zéro de la santé mentale » au sein de l’ONG. Elles marqueront sans doute de leur empreinte les projets de soins psychiques que ses différentes sections mettront en place dans les décennies suivantes.

Cet article est issu d’une recherche en cours sur l’histoire, les pratiques et les controverses dans le champ de la santé mentale au sein de la section française de Médecins Sans Frontières (MSF). Les premiers entretiens menés dans ce cadre, ainsi que les articles, chapitres d’ouvrages collectifs et rapports internes consultés désignent unanimement l’Arménie d’après le tremblement de terre de

Leninakan, December 1989. It was a year after the earthquake that devastated Armenia that *Médecins Sans Frontières* launched its first “psy”¹ mission. The author looks back at the reflections and hesitations that surrounded this “time zero of mental health” within the NGO. They will undoubtedly leave their mark on the mental healthcare projects that its various sections will set up in the following decades.

This article is based on ongoing research into the history, practices and debates of mental health within the French section of *Médecins Sans Frontières* (MSF). The first interviews conducted as part of this project as well as the articles, chapters in joint publications and internal reports consulted, unanimously name Armenia in the aftermath of the December 1988 earthquake as the first intervention in which activities to provide mental healthcare were

— 1. “Psy” in French refers to both psychologists and psychiatrists and is a catch-all term for mental health professionals.

décembre 1988 comme le premier terrain d'intervention où des activités de prise en charge de la santé mentale ont été intégrées dans le champ de l'action humanitaire¹. La littérature sur cette première mission est assez conséquente, et les acteurs encore nombreux à se souvenir, même partiellement et avec quelques hésitations, de ce commencement.

Ce temps zéro de la santé mentale chez MSF est incontournable pour qui veut étudier les évolutions et les débats ultérieurs. Pour m'en approcher, j'ai été guidée par deux questions simples : comment la décision inaugurale d'envoyer des « psys » sur le terrain a-t-elle été prise ? Que faisait-on dans le centre de soins « pédo-psychologiques » de MSF à Leninakan (aujourd'hui Gyumri), près de l'épicentre du séisme, pendant les dix-huit mois qu'a duré ce projet, entre décembre 1989 et juillet 1991 ?

Il est notable que les récits et analyses produits possèdent à la fois des points de convergence, des points de divergence et des points « flous ». Le point de vue à partir duquel on regarde l'événement conditionne bien sûr ce qu'on en a vu, retenu, et le discours que l'on produit. Le président de MSF de l'époque, le responsable de programme au siège, la référente technique pédopsychiatre, la coordinatrice de projet (qui est psychologue) et les anthropologues qui étudiaient ce moment et produisent une théorie sur le traumatisme ne peuvent pas livrer chacun le même récit ni la même analyse.

D'un point de vue méthodologique, j'ai cherché à ne pas unifier ces points de vue quand ils divergent, et à ne pas en corriger non plus les erreurs

integrated into a humanitarian aid mission.² There is a great deal of literature about this first mission and many actors still remember, albeit sketchily and hesitantly, its beginnings.

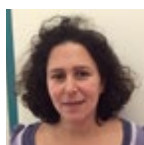
This was very first mental health mission for MSF and is therefore essential reading for anyone who want to study the subsequent developments and debates. I was guided in my approach by two simple questions: how was the original decision to send "psys" into the field made? And what was being done at MSF's "child psychology" care centre in Leninakan (now Gyumri), near the epicentre of the earthquake, during the eighteenth-month duration of the project between December 1989 and July 1991?

It is interesting to note that the narratives and analyses share common ground, discrepancies and "grey" areas. The point of view from which a person looks at the event obviously influences what they see and retain, and the ensuing discourse: the then president of MSF, the programme manager at headquarters, the child psychiatric consultant, the project coordinator (who is a psychologist) and the anthropologists who studied this project and developed theories about trauma all tell a different story and thus provide a different analysis.

From a methodological point of view, I have tried neither to unify points of view when they diverge nor correct errors by providing a single interpretation or an overview when they become unclear. My own involvement, since I currently work for MSF and have carried out missions for this organisation as a psychologist and coordinator, would make such an approach suspect, even though I did not take part in this first mission to Armenia.

— 1. Il convient de préciser que Médecins du Monde a également mené sa première mission de soins psychologiques en Arménie. Voir Boris Martin, *La belle histoire, 1980-2020, Médecins du Monde*, Éditions Médecins du Monde, 2020, https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/01/Medecin_du_monde-La_belle_histoire_1980-2020_Boris_Martin.pdf

— 2. It should be noted that *Médecins du Monde* also conducted its first psychological-care mission in Armenia. See Boris Martin, *La belle histoire, 1980-2020, Médecins du Monde*, Éditions Médecins du Monde, 2020, https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/01/Medecin_du_monde-La_belle_histoire_1980-2020_Boris_Martin.pdf

LAURE
WOLMARK

par une interprétation unique ou une vue d'ensemble quand ils deviennent flous. Ma propre implication, puisque je travaille actuellement pour MSF et que j'ai effectué pour cette association des missions comme psychologue et comme coordinatrice, rendrait suspecte une telle démarche, même si je n'ai pas participé à cette première mission en Arménie.

Plus encore, il me semble qu'une manière de rendre compte de l'histoire et de la façon dont « pensent les institutions² » nécessite de ne pas « homogénéiser les différents points de vue, mais plutôt apprécier dans quelle mesure on peut, autant que possible, bénéficier de leur diversité³ ». Il ne s'agit pas seulement de respecter la parole de chacun-e, mais aussi d'initier une réflexion sur la manière dont les frictions⁴, c'est-à-dire les divergences et les différences, produisent la possibilité d'une collaboration pour une cause commune.

Une attention aux points flous permet, par ailleurs, de s'approcher de ce qui a nécessité d'être rejeté du côté d'une certaine confusion ou de l'indistinction pour que l'action commune puisse advenir. Cependant, on constate que la mise au jour au sein de l'institution de ces points flous et la tentative de clarification ont produit en retour des controverses et débats parfois vifs⁵ sur les activités de santé mentale dans l'organisation.

— 2. Mary Douglas, *Comment pensent les institutions*, La Découverte, 1999.

— 3. Anna Lowenhaupt Tsing, *Friction. Délires et faux-semblants de la globalité*, Les Empêcheurs de penser en rond, 2020, p. 26.

— 4. Anna Lowenhaupt Tsing, *Friction. Délires et faux-semblants...*, op. cit., et voir notamment le chapitre 7 : « La forêt des collaborations », p. 737-809.

— 5. Voir la retranscription du débat du 7 juillet 2006, *Mental health programs*, Médecins Sans Frontières internal newsletter, *Messages*, n°142, septembre 2006, *Freud in the Field*, p. 1-12.

More importantly, it seems to me that to tell the story and recount "how institutions think"³ it is necessary "not to homogenise perspectives but rather to appreciate how we can use diversity as well as possible".⁴ It is not a question of simply respecting what each person says but also of starting a debate on the way in which friction,⁵ that is to say differences of opinion and disagreements, generate the opportunity for collaboration in pursuit of a common cause.

Examining the grey areas also makes it possible to get a clearer idea of what had to be rejected for reasons of confusion or lack of clarity so that a joint effort could be made. Note, however, that bringing to light these vague areas within the institution and attempting to clarify them has in turn sparked controversy and sometimes heated debate⁶ about the organisation's mental health activities.

"Psy": the helpful use of a vague term

The accounts of MSF's first ever mental health programme are by their very nature inconsistent because of the actors' distance from or, as the case may be, proximity to the field and the various concerns they had and still have. They are consistent and relatively precise, however, until the moment the child psychology project itself begins. This aspect is not clear for most of the stakeholders involved, apart from the psychologists and psychiatrists.

Psychiatric care in the field is sometimes difficult to describe and name for those who are neither psychologists

— 3. Mary Douglas, *How Institutions Think*, Syracuse University Press, 1986.

— 4. Anna Lowenhaupt Tsing, *Friction. An Ethnography of Global Connection*, Princeton University Press, 2005, p. x.

— 5. Anna Lowenhaupt Tsing, *Friction. An Ethnography...*, op. cit. See in particular Chapter 7: "The Forest of Collaborations", pp. 391-426.

— 6. See the transcript of the 7 July debate in *Médecins Sans Frontières' in-house journal Messages*, no. 142, September 2006, *Freud in the Field*, pp. 1-12.

« Psy » : de l'usage utile d'un terme flou

Les récits sur ce temps zéro de la santé mentale à MSF sont par nature inhomogènes du fait de l'éloignement ou, au contraire, de la proximité du terrain et des intérêts différents qu'entretenaient les acteurs, à l'époque comme aujourd'hui. Cependant, ils convergent et sont relativement précis, jusqu'au moment où commence le projet pédo-psychologique en lui-même. Ce point est flou pour la plupart des acteurs, à l'exception des psychologues et psychiatres.

L'activité de soins psychiques sur le terrain est parfois difficile à décrire et à nommer pour les personnes qui ne sont ni psychologues ni psychiatres, ce qu'illustre l'expression « projet psy », largement utilisée par les personnes interviewées qui, justement, ne sont pas « psys ». Parler de « psy » pour raconter l'histoire de ce commencement évite aussi de recourir à la notion de « santé mentale » pour certains interviewés qui la rejettent. Mais utiliser le terme « psy » – ce que je fais moi-même dans les entretiens et dans le présent article – permet aussi, par son indistinction, d'éviter d'invisibiliser l'une ou l'autre des disciplines qui composent le champ actuel de la santé mentale, ou encore de les mettre en concurrence. Marc Gastellu, à l'époque responsable des programmes pour l'Arménie, mais aussi directeur médical de MSF, souligne que l'un des débats au sein de l'organisation a concerné la question « psychiatrie versus psychologie⁶ ». Employer le terme « psy » évite de trancher ce débat ou de mettre au jour une réalité de terrain qui pourrait être non consensuelle – en l'occurrence, un projet de MSF sans médecins ni traitements.

« Parler de "psy" pour raconter l'histoire de ce commencement évite aussi de recourir à la notion de "santé mentale" »

"Using the word 'psy' to tell the story of these beginnings also avoids having to resort to the notion of 'mental health'"

nor psychiatrists, as illustrated by the expression "psy project" which is widely used by the interviewees who are not "psys". Using the word "psy" to tell the story of these beginnings also avoids having to resort to the notion of "mental health" for some interviewees who reject it. Yet thanks to its vagueness, using the term "psy" (which I myself do in the interviews and in this article) also makes it possible to avoid turning a blind eye to any of the disciplines that constitute the current field of mental health or pitting them against each other. Marc Gastellu, the then head of programmes for Armenia, but also medical director of MSF, points out that one of the debates within the organisation concerned the issue of "psychiatry versus psychology".⁷ Using the term "psy" avoids the need to settle this debate or bring to light a situation in the field that may not be to everyone's liking – in this case, a MSF project without doctors or treatments.

Taking action: the original U-turn

It was therefore after the earthquake which devastated part of northern Armenia in December 1988 that MSF decided, for the first time, to send psychiatrists and psychologists into the field, where they initially intervened on a one-off basis. It was only a year later, when the medico-surgical activities had ended, that MSF opened a "child-psychology consultation centre" in Leninakan to treat the

— 6. Entretien avec Marc Gastellu, 2 décembre 2022.

— 7. Interview with Marc Gastellu, 2 December 2022.

Passer à l'acte : un retournement inaugural

C'est donc après le séisme qui a ravagé une partie du nord de l'Arménie, en décembre 1988, que Médecins Sans Frontières a décidé d'envoyer pour la première fois sur le terrain des psychiatres et des psychologues qui y feront, dans un premier temps, des interventions ponctuelles. Ce n'est qu'un an plus tard, alors que les activités médico-chirurgicales ont pris fin, que l'ONG ouvrira à Leninakan un « centre de consultation pédo-psychologique » pour soigner les souffrances psychiques réactionnelles des enfants et des adolescents victimes de cette catastrophe d'origine naturelle.

Les entretiens menés avec le président de MSF de l'époque, Rony Brauman, la responsable des opérations et le responsable de programme pour l'Arménie donnent à penser que cette décision n'est pas le résultat de débats ou de réflexions internes qui auraient progressivement abouti, dans un contexte favorable, à l'envoi pertinent de professionnels de la santé mentale. Les récits s'accordent sur la soudaine levée d'un blocage institutionnel.

Quand Marc Gastellu revient sur l'avant-Leninakan, il déclare notamment : « À l'époque, pour resituer le contexte, c'était pas un dogme, mais c'était quelque chose qui se disait à MSF : "On ne fait pas de santé mentale." » De son côté, Marie-Rose Moro, ancienne référente santé mentale, se souvenant de son intégration dans les équipes MSF, affirme : « La principale crainte, c'était : "Est-ce qu'un psychiatre peut devenir MSF ?" »⁷

Cependant, les acteurs de ce commencement s'accordent sur le fait que ces réticences ont été facilement levées dans la phase de post-urgence, quoique pour des raisons divergentes. Pour certains, ce fut en réponse aux

reactive psychological distress of children and adolescents who were victims of this natural disaster.

Interviews with the then president of MSF, Rony Brauman, director of operations and programme manager for Armenia, suggest that this decision was not the result of internal discussions or reflections that would have gradually led, when the time was right, to the appropriate deployment of mental-health professionals. The various accounts agree that there was a sudden clearing of an institutional impasse.

When Marc Gastellu recalled the pre-Leninakan period, he stated in particular: "Looking back at the context, at the time it was nothing to do with dogma but about something that was said at MSF: 'We don't do mental health.'" Recalling her induction into MSF teams, Marie-Rose Moro, a former mental health advisor, said: "The main fear was: 'Can a psychiatrist join MSF?'"⁸

The actors who were present in those early days, however, agree that these reservations were easily dispelled in the post-emergency phase, albeit for a variety of reasons. For some, it came about in response to the problems raised in the field; for others, in response to the institutional need to act. For some, this U-turn in the association's position is consistent with the teams' identification of psychological disorders in the surviving population once the other medical problems had gone. "It's very simple," said Marc Gastellu Martin, "because she [the head of mission]⁹ explained to me that a lot of children were suffering from psychological disorders such as nightmares and bedwetting."¹⁰

— 8. Interview with Marie-Rose Moro, 21 December 2022.

— 9. Marie-Christine Féire, who worked for MSF – Belgium. This first "psy" project was also unusual in that it was an MSF – France project coordinated in the field by a MSF – Belgium team.

— 10. Interview with Marc Gastellu, 2 December 2022.

— 7. Entretien avec Marie-Rose Moro, 21 décembre 2022.

problèmes remontés du terrain ; pour d'autres, la nécessité institutionnelle d'agir. Ce renversement de position de l'association correspond pour certains à l'identification par les équipes de troubles psychologiques dans la population survivante, après que les autres problèmes médicaux ont disparu. « L'histoire est très simple, raconte Marc Gastellu, puisqu'elle [la cheffe de mission⁸] m'a expliqué qu'il y avait beaucoup d'enfants qui souffraient de troubles psychologiques, comme des cauchemars, de l'énurésie.⁹ »

La responsable des opérations de l'époque, Brigitte Vasset, admet ne pas se souvenir exactement de la manière dont la décision a été prise même si elle a effectué une visite sur le terrain, mais elle en souligne la facilité : « On avait 40 %-60 % de "mal partout". [...] On a envoyé des chirurgiens, mais il y en avait beaucoup trop. En revanche, on faisait de la consultation. [...] Ces 40 %-60 % de "mal partout", quelqu'un a dit que c'est psy, et ça a été assez facile d'ouvrir un centre psy. À l'époque, il y avait des réunions des opérations, et on décidait comme ça.¹⁰ »

Il n'en reste pas moins qu'il faudra présenter ce nouveau projet au président de MSF, Rony Brauman. Selon ce dernier, c'est Dominique Martin (responsable de programme, lui-même psychiatre, mais n'exerçant pas à ce titre chez MSF) qui se chargea de le convaincre de se « lancer dans la psy¹¹ », en proposant que sa femme, Marie-Rose Moro, parte pour une mission exploratoire en tant que pédopsychiatre. Les opérations en Arménie font alors l'objet d'une attention particulière de la part du président de MSF du fait de l'élan de solidarité, de

« Les opérations en Arménie font alors l'objet d'une attention particulière de la part du président de MSF du fait de l'élan de solidarité, de l'émotion et du montant extraordinaire des dons suscités »

"At the time, the operations in Armenia were attracting a great deal of attention from the MSF's president because of the outpouring of solidarity and emotion and the extraordinary amount of donations"

The director of operations at the time, Brigitte Vasset, admits that she does not remember exactly how the decision was made, even though she visited the field, but she points out how easy it was: "We had 40-60% who 'hurt all over'... We sent surgeons, but there were far too many. On the other hand, we held appointments... With regard to these 40-60% who 'hurt all over', someone said it's psy-related, and it was pretty easy to open a psy centre. At that time, we held operations meetings, and that's how we decided."¹¹

Nevertheless, this new project had to be presented to MSF president Rony Brauman. According to Brauman, it was Dominique Martin (programmes manager, himself a psychiatrist, but not working as such at MSF), who took it upon himself to persuade him to "go down the psy route",¹² suggesting that his wife, Marie-Rose Moro, go on an exploratory mission as a child psychiatrist. At the time, the operations in Armenia were attracting a great deal of attention from the MSF's president because of the outpouring of solidarity

— 8. Il s'agit de Marie-Christine Férier qui travaillait pour MSF – Belgique. Ce premier projet « psy » a eu aussi la particularité d'être un projet de MSF – France coordonné sur place par une équipe de MSF – Belgique.

— 9. Entretien avec Marc Gastellu, 2 décembre 2022.

— 10. Entretien avec Brigitte Vasset, 14 novembre 2022.

— 11. Entretien avec Rony Brauman, 25 octobre 2022

— 11. Interview with Brigitte Vasset, 14 November 2022.

— 12. Interview with Rony Brauman, 25 October 2022.

l'émotion et du montant extraordinaire des dons suscités par le tremblement de terre survenu dans un pays avec lequel la France entretient des liens forts. Il y a donc là une « situation particulièrement attirante du point de vue de l'aide¹² » pour reprendre les mots de l'ancien président, mais MSF peine à transformer cet élan en opération médicale. L'identification d'une demande d'aide de la part de la population arménienne et la possibilité nouvellement ouverte d'y répondre en « envoyant des psys » donnent une solution au problème institutionnel que se pose alors MSF, tout en rendant un service réel à une population dont il est impossible de nier la détresse psychologique¹³.

Enfin, souligne Rony Brauman, « il était très difficile de partir en laissant derrière nous un champ de ruines à la fois matérielles et psychologiques, compte tenu des relations affectives très fortes qui s'étaient nouées sur place¹⁴ ». La pression sociale, bien réelle, qui s'exerce sur l'organisation pour « faire quelque chose¹⁵ », conjuguée à l'implication émotionnelle de ses membres, mais aussi à leur ingéniosité clinique et opérationnelle permettront de faire oublier que, jusque-là, on ne « faisait pas de psy » à MSF.

Inventer un dispositif : le centre de consultation pédopsychologique de Leninakan

En quoi a consisté concrètement le premier projet psy de MSF ? Le rapport que rédigera Armelle Seiler – psychologue, elle fut la coordinatrice du projet dans les mois qui ont précédé sa fermeture – est riche d'enseignements. Tout d'abord, Armelle Seiler

and emotion and the extraordinary amount of donations generated by the earthquake in a country with which France had strong ties. In the words of the former president, this was therefore a “particularly appealing situation from the aid point of view”,¹³ but MSF was struggling to translate this outpouring into a medical operation. The Armenian people's request for aid, and the newly identified opportunity to respond to it by “sending psys”, offered a solution to the institutional problem that MSF then faced, whilst also providing the opportunity to deliver a tangible service to a population whose psychological distress was impossible to deny.¹⁴

In the end, stressed Rony Brauman, “it was very difficult to leave behind a mass of ruins, both material and psychological, given the very strong emotional bonds that had been fostered there”.¹⁵ The all too real social pressure exerted on the organisation to “do something”¹⁶ combined with the emotional investment of its members, not to mention their clinical and operational resourcefulness, allows us to forget that until then, MSF “did not do psy”.

Inventing a system: the child psychology consultation centre in Leninakan

What did MSF's first psy project actually involve? The report written by Armelle Seiler – a psychologist and coordinator of the project in the months preceding its closure – is rich in insights. Firstly, Seiler dates the decision to open the centre to September 1989. She points out the insistence of the field teams, particularly that of an expatriate

— 12. Entretien avec Rony Brauman, 25 octobre 2022

— 13. Voir notamment le témoignage de Martin Pachayan, dans *Arménie décembre 1988*, <https://www.dailymotion.com/video/xemyum>

— 14. Entretien avec Rony Brauman, 25 octobre 2022.

— 15. Rony Brauman, « *Catastrophes naturelles : “Do something !”* », in Claire Magone, Michaël Neuman et Fabrice Weissman (dir.), *Agir à tout prix*, La Découverte, 2011, chapitre 10.

— 13. Interview with Rony Brauman, 25 October 2022.

— 14. See in particular the testimony of Martin Pachayan, in *Arménie décembre 1988*, <https://www.dailymotion.com/video/xemyum>

— 15. Interview with Rony Brauman, 25 October 2022.

— 16. Rony Brauman, “Natural Disasters: Do Something!”, in Claire Magone, Michaël Neuman and Fabrice Weissman (ed.), *Humanitarian Negotiations Revealed: The MSF Experience*, Hurst, 2011.

date au mois de septembre 1989 la décision d'ouvrir le centre. Elle note l'insistance des équipes de terrain, particulièrement d'une psychologue expatriée à son retour de mission – cette dernière a travaillé pendant l'été 1989 dans les structures médicales de MSF, parfois sous tente, à Erevan et Leninakan, en binôme avec des psychologues arméniennes¹⁶. À rebours de la facilité de la prise de décision avancée par les acteurs et actrices du siège, Armelle Seiler écrit : « Beaucoup de temps s'est écoulé entre les premières alertes du terrain et la création du centre psychologique. Il semble que MSF n'ait pas su comment agir par rapport aux conséquences psychologiques du tremblement de terre.¹⁷ » Et d'ajouter un peu plus loin, évoquant à demi-mot les réticences de l'organisation face aux actions psys : « Ainsi, il est possible que d'une part le manque de savoir-faire vis-à-vis de ce type de mission et l'intérêt relatif du siège, d'autre part, n'ait pas favorisé la recherche d'une réponse plus adaptée et plus rapide. »

Le rapport décrit la composition de l'équipe : éducatrices, psychologues, hôtesse d'accueil, agent d'entretien, logisticiens, interprètes. Mais il n'est nulle part fait mention de médecins ou d'infirmiers et d'infirmières. Il y est clairement mentionné « que l'objectif général de la mission est de fournir une aide psychologique aux enfants de Leninakan présentant des troubles réactionnels au tremblement de terre (aucun médicament ni aucun traitement psychiatrique ne devait être prescrit)¹⁸ ».

Le caractère réactionnel des symptômes est très important aux yeux de l'institution MSF. Armelle Seiler souligne que le responsable de programme et la référente technique

psychologist on her return from the mission who had spent the summer of 1989 working in MSF medical facilities, sometimes in tents, in Yerevan and Leninakan in partnership with Armenian psychologists.¹⁷ In contrast to the ease with which decisions were made, as suggested by the stakeholders at headquarters, Armelle Seiler wrote: "A lot of time passed between receiving the first alerts from the field and setting up the psychology centre. It seems that MSF did not know how to deal with the psychological consequences of the earthquake."¹⁸ She went on to say, hinting at the organisation's reluctance to implement any psy actions: "It is therefore possible that, on the one hand, the lack of know-how about this type of mission and, on the other, the relative degree of interest at headquarters prevented the search for a more appropriate and faster response."

The report describes the composition of the team: educators, psychologists, receptionists, maintenance technicians, logistics officers and interpreters, but nowhere is there any mention of doctors or nurses. The report clearly states "that the overall objective of the mission is to provide psychological support to the children of Leninakan who have earthquake-related reactive disorders (no medication or psychiatric treatment should be prescribed)".¹⁹

The reactive nature of the symptoms was very important for MSF. Armelle Seiler stresses that during their visits, the programme manager and the technical advisor remembered the need to stay focused on the victims of the earthquake and not treat chronic pathologies. Yet there were many different types of care and support activities: "activity and expression"

— 16. Armelle Seiler, *Étude de la mission pédopsychologique, Arménie 1989-1991*, Médecins Sans Frontières, Épicentre, juin 1992, p. 23.

— 17. *Idem*.

— 18. *Ibid.*, p. 5.

— 17. Armelle Seiler, *Étude de la mission pédopsychologique, Arménie 1989-1991*, Médecins Sans Frontières, Épicentre, juin 1992, p. 23.

— 18. *Idem*.

— 19. *Ibid.*, p. 5.

rappelleront, lors de leurs visites, l'importance de rester focalisé sur les victimes du tremblement de terre et de ne pas prendre en charge les pathologies chroniques. D'autre part, les activités de soins et de soutien sont multiples et diversifiées : on dénombre des groupes « d'activité et d'expression » pour les enfants et les adolescents animés par les éducatrices, des groupes thérapeutiques mère-enfant, des temps de relaxation, des consultations psychothérapeutiques individuelles, des consultations familiales conduites par les psychologues. Faisant de ce projet une mission « d'assistance technique », selon la terminologie en vigueur à l'époque, les temps de formation se multiplient en parallèle des consultations, à la demande des psychologues et éducatrices arméniennes. Le mois de juillet 1991 sera ainsi entièrement consacré à la formation avant que le centre, sous la double tutelle des ministères de la Santé et de l'Éducation, ne soit repris par l'équipe arménienne. D'autres sessions seront organisées et soutenues par MSF en 1992, dont une co-animée par Marie-Rose Moro et Tobie Nathan, à la demande des psychologues et éducatrices qui continuent d'y travailler.

L'approche clinique sur laquelle se fonde l'invention de ce premier centre de soins psychologiques est clairement orientée par la psychanalyse. Marie-Rose Moro est partie en Arménie avec « ces auteurs et ces manières de penser¹⁹ » : *La consultation thérapeutique et l'enfant*²⁰, de Donald Woods Winnicott, des textes de Selma Fraiberg, qui a travaillé sur la santé mentale des bébés, et Anna Freud, qui est considérée comme l'une des pionnières de la psychanalyse des enfants. Si cet auteur et ces autrices appartiennent au courant psychanalytique, ils ont, rappelle la pédopsychiatre,

groups for children and adolescents led by educators; mother-child therapeutic groups; relaxation sessions; individual psychotherapeutic consultations, and family consultations led by psychologists. By turning this project into a "technical assistance" mission (to use the terminology of the time), the number of training sessions increased in parallel with the medical appointments, at the request of the Armenian psychologists and educators. July 1991 was thus entirely devoted to training, before the centre was taken over by the Armenian team under the dual supervision of the ministries of health and education. Other sessions were organised and supported by MSF in 1992, one of which was co-facilitated by Marie-Rose Moro and Tobie Nathan, at the request of the psychologists and educators who were still working there.

The clinical approach on which this first psychological care centre was based was clearly guided by psychoanalysis. Marie-Rose Moro went to Armenia armed with "these authors and these ways of thinking",²⁰ namely *Therapeutic Consultation in Child Psychiatry*²¹ by Donald Woods Winnicott; works by Selma H. Fraiberg, who worked on the mental health of babies; and works by Anna Freud, who is considered to be one of the pioneers of child psychoanalysis. Moro, a child psychologist, recalls that even though these authors were part of the psychoanalytic movement, they had "worked during the Second World War" and had thought about "the effects that adverse events and conditions have on children".²² After reading "all Winnicott" as a matter of urgency, she said that she had packed the English and Russian translations of some of these works in her suitcase. And, on

— 19. Entretien avec Marie-Rose Moro, 21 décembre 2022.

— 20. Donald Wood Winnicott, *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Gallimard, 1979.

— 20. Interview with Marie-Rose Moro, 21 December 2022.

— 21. Donald Wood Winnicott, *Therapeutic Consultation in Child Psychiatry*, Hogarth Press, 1971.

— 22. Interview with Marie-Rose Moro, 21 December 2022.

« travaillé pendant la Seconde Guerre mondiale » et pensé « les effets d'événements et de conditions adverses sur les enfants²¹ ». Après avoir lu en urgence « tout Winnicott », la référente technique raconte avoir pris dans ses valises les traductions en anglais et en russe de certains de ses textes. Et, sur ses conseils, chaque psychologue partant sur le terrain les emportera aussi – à la manière dont on partirait aujourd'hui avec des *guidelines* (directives).

Sur le plan technique, ce qu'on faisait dans le centre de Leninakan semble donc relever d'une approche psychologique et psychosociale d'orientation psychanalytique adaptée au contexte d'une intervention humanitaire de post-urgence. Ainsi, il préfigure peut-être au moins autant un essor de la psychiatrie humanitaire, comme l'affirment Dominique Martin²² et, plus tard, Didier Fassin et Richard Rechtman²³, que ce que l'on nomme depuis les années 2000 « la santé mentale et le soutien psychosocial » (SMSPS) dans les pratiques humanitaires, c'est-à-dire un champ aux références et disciplines multiples.

Cette première mission est, de l'avis général, une réussite. Elle a offert une réponse à l'épineuse question institutionnelle du « comment rester ? » et a ouvert la voie aux projets de soins psychiques de la décennie suivante, en Roumanie, en Palestine, au Guatemala ou dans les Balkans. « Mission modèle, oui, mais les "missions pys" ne deviendront-elles pas aussi des missions alibis quand on ne sait pas quoi faire ? », se demande néanmoins

« Le responsable de programme et la référente technique rappelleront, lors de leurs visites, l'importance de rester focalisé sur les victimes du tremblement de terre et de ne pas prendre en charge les pathologies chroniques »

"The programme manager and the technical advisor remembered the need to stay focused on the victims of the earthquake and not treat chronic pathologies"

her advice, every psychologist going out into the field also took them – just as they would take "guidelines" with them today.

On a technical level, the Leninakan centre therefore seems to have adopted a psychoanalytically oriented psychological and psychosocial approach adapted for use in the context of a humanitarian post-emergency intervention. It thus perhaps heralded at least as much the rise of humanitarian psychiatry (as Dominique Martin²³ and, later, Didier Fassin and Richard Rechtman²⁴ assert) as what has been called, since the 2000s, "mental health and psychosocial support" (MHPSS) in humanitarian practices, *i.e.* a field with multiple reference points and disciplines.

This first mission is generally considered to have been a success. It provided an answer to the thorny institutional question of "how can we stay?" and paved

— 21. Entretien avec Marie-Rose Moro, 21 décembre 2022.

— 22. Dominique Martin, « Psychiatrie et catastrophes : le point de vue d'un humanitaire », in Marie-Rose Moro et Serge Lebovici, *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme*, PUF, 1995, p. 17-20.

— 23. Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'Empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*, Flammarion, 2007, p. 243-275.

— 23. Dominique Martin, « Psychiatrie et catastrophes : le point de vue d'un humanitaire », in Marie-Rose Moro et Serge Lebovici, *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme*, PUF, 1995, p. 17-20.

— 24. See the chapter "Humanitarian psychiatry", in Didier Fassin and Richard Rechtman, *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*, Princeton University Press, 2009, pp. 163-189.

Marc Gastellu²⁴. Un soupçon restera ainsi attaché aux projets psys, comme si les divergences de motivations et d'intérêts qui avaient présidé à cette innovation constituaient une forme d'impureté ou d'imposture.

La recherche que je mène suivra les pistes ouvertes par le retour sur cette première mission intégrant des activités de SMSPS. Il s'agira de comprendre comment les divergences, les convergences, mais aussi les flous au sein de l'institution ont permis que la « psy » s'inscrive à la fois difficilement et durablement dans les actions de la section française de MSF.

the way for the mental healthcare projects of the following decade in Romania, Palestine, Guatemala and the Balkans. "A model mission, yes, but will 'psy missions' not also become 'cover missions' when we don't know what to do?" asks Marc Gastellu however.²⁵ Psy projects will always come under suspicion, as if the different motivations and interests that had presided over this innovation were a form of adulteration or deception.

My research will pursue the avenues opened up by the feedback on this first mission to integrate MHPSS activities. My aim is to understand how the common ground and discrepancies and not least the vague and grey areas within the institution have made it difficult for "psy" to become an integral and permanent part of the actions of the French section of MSF.

Translated from the French by Derek Scoins

— 24. Entretien avec Marc Gastellu, 2 décembre 2022.

— 25. Interview with Marc Gastellu, 2 December 2022.

Biographie | Biography



LAURE WOLMARK

Psychologue clinicienne, Laure Wolmark travaille actuellement au sein du Crash (Centre de recherche sur l'action et les savoirs humanitaires, fondation Médecins Sans Frontières, MSF) sur l'histoire, les pratiques et les controverses en santé mentale au sein de MSF. Elle a été coordinatrice du pôle santé mentale du Comede (Comité pour la santé des exilé-e-s) jusqu'en 2021 et a travaillé sur le terrain pour MSF entre 2005 et 2009. Ses recherches et publications antérieures portent principalement sur la clinique de l'exil et du trauma, ainsi que sur les liens entre soins psychiques et politique. Laure est membre de Non-lieux de l'exil, groupe de recherche interdisciplinaire (<https://nle.hypotheses.org>) et chargée d'enseignement dans plusieurs universités.

A clinical psychologist, Laure Wolmark is currently working at CRASH (*Centre de recherche sur l'action et les savoirs humanitaires*) at the *Fondation Médecins Sans Frontières* (*Médecins Sans Frontières* [MSF] Foundation) on the history, practices and debates of mental health within MSF. She was coordinator of the Mental Health Unit of Comede (*Comité pour la santé des exilé-e-s*) until 2021, and worked in the field for MSF between 2005 and 2009. Her previous research and publications focus on the clinical aspects of exile and trauma as well as the links between mental healthcare and politics. She is a member of the interdisciplinary research group *Non-lieux de l'exil* (<https://nle.hypotheses.org>) and a lecturer at several universities.

Répondre aux besoins en santé mentale dans les zones de conflit au Burkina Faso grâce à la méthode dite d'« Allègement du stress traumatique »

Treating mental health in conflict zones in Burkina Faso with Traumatic Stress Relief (TSR)

*Dodo Ilunga Diemu, Victoire Hubert, Harouna Yacoubou et Jean-Pierre Alley • ALIMA (The Alliance for International Medical Action)
Adeline Papat • Psychologue clinicienne et thérapeute EMDR-Europe*

D

ans le contexte particulièrement dégradé du Burkina Faso, deux organisations non gouvernementales se sont alliées pour apporter des soins de santé mentale. Retour sur une

expérience de transposition d'une méthode portée par des agents de santé non spécialistes en santé mentale.

Depuis 2018, la crise sécuritaire au Burkina Faso a entraîné une aggravation de la crise humanitaire, notamment avec des déplacements importants de population¹, et une

In the particularly degraded context of Burkina Faso, two non-governmental organisations have joined forces to provide mental health care. A look back at an experience of transposing a method used by health workers who are not mental health specialists.

Since 2018, the security crisis in Burkina Faso has exacerbated the humanitarian crisis, contributing to major population displacement¹ and a health system in disarray, with the closure or reduced hours of health facilities. As of September 2022, 197 health

— 1. OCHA, Burkina Faso : aperçu de la situation

— 1. OCHA, Burkina Faso : aperçu de la situation humanitaire (au 31 décembre 2022), <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/burkina-faso-aperçu-de-la-situation-humanitaire-au-31-decembre-2022>

désorganisation du système de santé avec la fermeture ou la réduction du fonctionnement des structures sanitaires. En septembre 2022, 197 structures sanitaires étaient fermées soit 13,6 % du total².

Des besoins croissants pour une faible offre de soins

La diminution de l'accès aux soins et les déplacements de populations participent à accroître la pression sur les ressources de base dans les localités d'accueil, et notamment à augmenter la fréquentation des centres de santé. En parallèle, l'exposition aux agressions, aux massacres, l'expérience éprouvante du déplacement et l'anxiété permanente liée à l'insécurité contribuent à renforcer l'apparition des problèmes de santé mentale.

Cette augmentation des besoins en santé mentale intervient dans un contexte d'une faible offre de soins, malgré l'existence d'un Plan stratégique santé mentale³. La majorité du personnel qualifié et spécialisé est localisée en zone urbaine alors que, dans les centres de santé, les agents de santé sont peu formés et peu sensibilisés à l'identification, au référencement et à la prise en charge des problèmes de santé mentale. À l'échelle communautaire, la promotion de la santé mentale reste peu développée, le sujet constituant même un tabou.

Intégrer la santé mentale dans la réponse humanitaire

ALIMA et ses partenaires locaux Keogo et SOS Médecins – Burkina Faso sont confrontés au défi d'appuyer l'offre de

facilities have been closed, i.e. 13.6% of the total number.²

Growing needs but shrinking healthcare provision

Reduced access to healthcare and population displacement are increasing pressure on primary care facilities in the areas receiving the displaced, mainly due to the growing numbers of people attending health centres. At the same time, exposure to attacks and massacres, the harrowing experience of being displaced and the permanent anguish caused by a state of insecurity are contributing to a rise in mental health problems.

This increase in mental health needs is taking place against a backdrop of a low level of provision, despite the existence of a *Plan stratégique santé mentale* (Strategic Mental Health Plan).³ Most of the qualified and specialised mental health professionals are based in urban areas, whereas the healthcare workers at health centres have received little training or information on how to identify, refer and treat mental health issues. At community level, the subject of mental health is poorly addressed and even considered taboo.

Incorporating mental health into the humanitarian response

ALIMA and its local partners, Keogo and SOS Médecins – Burkina Faso, are dealing with the challenge of supporting mental health services in order to meet these growing needs. This task is further complicated by insecurity and the disorganised health system, particularly in the Centre-Nord region of the country. ALIMA's assistance has been incorporated into the

humanitaire (au 31 décembre 2022), <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/burkina-faso-apercu-de-la-situation-humanitaire-au-31-decembre-2022>

— 2. Corus International, *Bulletin n°32 du Cluster Santé du Burkina Faso*, septembre 2022, <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/bulletin-ndeg32-du-cluster-sante-septembre-2022>

— 3. Ministère de la Santé du Burkina Faso, *Plan stratégique santé mentale 2020-2024*, décembre 2019, https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/plan_strategique_sante_mentale_2020-2024_2.pdf

— 2. Corus International, *Bulletin n°32 du Cluster Santé du Burkina Faso*, septembre 2022, <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/bulletin-ndeg32-du-cluster-sante-septembre-2022>

— 3. Ministère de la Santé du Burkina Faso, *Plan stratégique santé mentale 2020-2024*, décembre 2019, https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/plan_strategique_sante_mentale_2020-2024_2.pdf



**DODO
ILUNGA DIEMU**



**ADELIN
PUPAT**



**VICTOIRE
HUBERT**



**HAROUNA
YACOUBOU**



**JEAN-PIERRE
ALLEY**

soins en santé mentale pour répondre à ces besoins croissants, tâche rendue plus complexe par l'insécurité et la désorganisation du système de santé, notamment dans la région Centre-Nord. L'appui d'ALIMA s'intègre à l'offre de soins existante pour garantir la continuité de l'action à travers le ministère de la Santé. Les relais communautaires sont formés à la sensibilisation – notamment pour mettre fin aux tabous autour de la santé mentale – et au dépistage précoce des troubles de santé mentale. Ce dépistage dès les premiers signes limite en effet le risque de complications.

Des agents spécialisés en Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) agissent pour une prise en charge de première ligne au niveau des centres de santé et à travers les cliniques mobiles. La santé mentale est couplée aux activités médicales et de nutrition, c'est-à-dire que chaque contact avec le personnel de santé est l'occasion de sensibiliser, dépister et prendre en charge les troubles de santé mentale. Le patient est référé, si besoin, vers les services existants en psychiatrie. En termes de prise en charge nutritionnelle, au-delà du dépistage de troubles chez les mères, le personnel de santé est formé à repérer d'éventuels troubles cognitifs ou du développement. Des espaces de psychostimulation, qui permettent d'organiser des séances de jeux avec les enfants et leurs accompagnants, ont été mis en place.

Innover pour proposer une prise en charge du trauma

Trauma Aid France est une organisation non gouvernementale (ONG), créée en 2004, qui a pour objectif de former et de développer la psychotraumatologie et la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR en anglais) en France et à l'étranger. L'EMDR est une psychothérapie neuroémotionnelle intégrative, fondée sur

existing health provision to guarantee continuity of care through the Ministry of Health. Community workers are trained in awareness raising – specifically to put an end to mental health taboos – and in the early detection of mental health issues, which helps limit the risk of complications.

Workers specialising in Mental health and psychosocial support (MHPSS) deliver first line care in health centres and through mobile clinics. Mental health is linked to medical and nutrition work, i.e. each contact with health workers is an opportunity to raise awareness and to detect and treat mental health issues. If necessary, patients are referred to psychiatric services. In terms of nutritional care, apart from detecting issues in mothers, health workers are trained to spot any cognitive or developmental issues. Psychostimulation areas, which allow for play sessions with children and the accompanying persons, have been set up.

Innovating to provide trauma care

Trauma Aid France is a non-governmental organisation (NGO) founded in 2004. The organisation aims to deliver training and develop psychotraumatology and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in France and abroad. EMDR is a comprehensive neuro emotional psychotherapy, based on the principles of the Adaptive Information Processing (AIP) model. It is a pathogenesis, mental health and change model, whose main premise is that symptoms are caused by partially processed and dysfunctionally stored information. The untreated emotional and somatic trauma can be triggered at any time, which leads to a sufferer avoiding situations or people, causing problems in their day-to-day life, even long after the event. One participant, a woman who had been forced to flee her village, was finding it hard to look after her child, as she was so overwhelmed by flashbacks: "The threats made by the armed men unsettled me so much that I felt unsafe wherever I went."

les principes du modèle de Traitement adaptatif de l'information (TAI). Il s'agit d'un modèle de pathogenèse, de santé mentale et de changement, dont le principal postulat est que les symptômes sont issus d'informations partiellement traitées et dysfonctionnellement stockées. La charge émotionnelle et somatique non traitée reste activable à tout moment, ce qui conduit la personne à éviter des situations ou des personnes et contribue à l'entraver dans sa vie quotidienne, même longtemps après l'événement. Ainsi, une participante, qui avait dû fuir son village, avait du mal à s'occuper de son enfant tant elle était envahie par les images : « Les menaces des hommes armés m'avaient complètement déstabilisée au point où je me sentais en insécurité partout où je me trouvais. »

Le modèle TAI décrit les rouages pour favoriser la stimulation du processus de traitement et d'intégration de ces expériences traumatogènes, et ainsi diminuer la charge de stress traumatique. En effet, les neurosciences ont montré que ce système de traitement de l'information est sensible à des stimulations bilatérales alternées, telles que des tapotements alternatifs gauche/droite sur les épaules, les genoux, ou le fait de bouger les yeux de gauche à droite. Pour que ce processus fonctionne, il est important que suffisamment de ressources psychologiques soient disponibles (un succès antérieur, le fait de se sentir soutenu par la communauté, une expérience sensorielle positive, etc.).

Recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour le traitement du trouble du stress post-traumatique (TSPT), la thérapie EMDR a des avantages multiples : elle ne nécessite pas de travail entre les séances, et son utilisation rapide après un événement diminue les symptômes de stress traumatique et prévient toute exacerbation de

The AIP model describes the mechanism enabling the process of treating and coming to terms with traumatic experiences, thus reducing traumatic stress. Indeed, neuroscience has shown that this information processing system is sensitive to alternating, bilateral brain stimulation, such as alternate left/right tapping on the shoulders, knees, or moving the eyes from left to right. For this process to work, it is important that sufficient psychological resources are available (a previous success, feeling supported by the community, a positive sensory experience, etc.).

Recommended by the World Health Organization (WHO) for treating post-traumatic stress disorder (PTSD), EMDR has many benefits: no work is required between sessions and its swift delivery after an event reduces the symptoms of traumatic stress and prevents the symptoms becoming worse.⁴ The development of EMDR has led to the implementation of group therapy protocols in the aftermath of major disasters. These protocols have proved to be particularly effective in reducing traumatic stress, while

« L'EMDR est une psychothérapie neuro-émotionnelle intégrative, fondée sur les principes du modèle de Traitement adaptatif de l'information (TAI). »

“EMDR is a comprehensive neuro emotional psychotherapy, based on the principles of the Adaptative Information Processing (AIP) model.”

— 4. Elan Shapiro and Louise Maxfield, “The efficacy of EMDR early interventions”, *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 13, no. 4, 2019.

symptômes⁴. Le développement de l'EMDR a conduit à la mise en œuvre de protocoles de prise en charge de groupe lors de catastrophes de grande ampleur. Ces protocoles se sont avérés particulièrement efficaces pour diminuer la charge de stress traumatique, tout en étant très protecteurs des protagonistes⁵.

Les dernières avancées dans la mise à l'échelle de la prise en charge du stress traumatique ont conduit à l'élaboration de dispositifs transférables aux professionnels non spécialistes de santé mentale. C'est dans ce cadre que l'organisation GIST-T⁶, une initiative qui vise à élargir l'accès à la prise en charge du trauma dans le monde à travers la décentralisation des soins, a élaboré un cursus de formation à une intervention appelée « Allègement du stress traumatique » (Traumatic Stress Relief – TSR en anglais) avec des techniques issues du modèle TAI.

Ce cursus a été mis en œuvre dans le cadre du partenariat entre ALIMA et Trauma Aid France, visant à développer et tester des solutions innovantes pour répondre aux besoins de santé mentale des populations touchées par les conflits, notamment des déplacements dans des contextes de délitement préexistant des systèmes de santé.

Former les agents de santé non spécialistes en santé mentale

L'innovation proposée consiste à former des agents de santé non spécialistes de santé mentale pour qu'ils soient en mesure de prodiguer les premiers et seconds soins quant à

offering high levels of protection to those involved.⁵

The latest advances in the upscaling of traumatic stress care have led to the development of tools that are transferable to professionals who are not mental health specialists. Within this arena, the Global Initiative for Stress and Trauma Treatment (GIST-T),⁶ an initiative designed to extend access to trauma care worldwide by decentralising care, has developed a Traumatic Stress Relief (TSR) training course, using techniques borrowed from the AIP model.

This course has been rolled out as part of the partnership between ALIMA and Trauma Aid France, with the aim of developing and trialling innovative solutions to meet the mental health needs of conflict-affected populations, notably when displacement occurs in places where the health systems were already crumbling.

Training health workers who are not mental health specialists

The innovative approach involves training non-mental health specialists so that they are able to deliver first and second line trauma care using the TSR method. In 2021, seventeen people were trained (three nurses, two psychologists, one doctor, four midwives and seven mental health workers) to apply TSR to internally displaced people (IDP) and members of the host community in Burkina Faso.

TSR

Training takes four to five days followed by supervision over several months. The TSR programme includes the acquisition of skills and know-how on understanding and identifying

— 4. Elan Shapiro and Louise Maxfield, "The efficacy of EMDR early interventions", *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 13, no. 4, 2019.

— 5. Safa Kemal Kaptan, Busra Ozen Dursun, Mark Knowles *et al.*, "Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials", *Clinical psychology & psychotherapy*, vol. 28, no. 4, 2021.

— 6. GIST-T pour *Global Initiative for Stress and Trauma Treatment*, <https://gist-t.org>

— 5. Safa Kemal Kaptan, Busra Ozen Dursun, Mark Knowles *et al.*, "Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials", *Clinical psychology & psychotherapy*, vol. 28, no. 4, 2021.

— 6. GIST-T, *Global Initiative for Stress and Trauma Treatment*, <https://gist-t.org>

la prise en charge du trauma grâce à cette approche TSR. En 2021, dix-sept personnes ont été formées (trois infirmières, deux psychologues, un médecin, quatre sages-femmes et sept agents de santé mentale), afin d'appliquer le TSR auprès de personnes déplacées internes (PDI) et de membres de la communauté hôte au Burkina Faso.

Le TSR

La formation nécessite quatre à cinq jours, puis comprend des supervisions sur plusieurs mois. Le programme TSR inclut l'acquisition de compétences et de savoir-faire autour de la compréhension et du dépistage du psycho-traumatisme, la stabilisation psycho-émotionnelle et la conduite d'un protocole de groupe de réduction de la charge traumatique basé sur le TAI, appelé Protocole de la feuille de travail (F-WSP)⁷. La formation est axée sur la pratique et la réflexion en groupes, à partir des expériences de terrain, afin de construire l'apprentissage le plus utile et efficace possible. Elle est conçue pour être adaptable aux différentes cultures et contextes.

Le F-WSP est une adaptation d'un protocole – le G-TEP⁸, habituellement utilisé par les spécialistes formés en EMDR – à destination des non-spécialistes de santé mentale. Il a pour support une feuille de format A3 par participant, comprenant des sections en couleur aidant au suivi du processus sous la conduite d'un animateur. Des facilitateurs sont présents dans le groupe de bénéficiaires pour s'assurer du bon déroulement du processus et aider les personnes à suivre les étapes. Sa spécificité réside en ce qu'il comprend de nombreuses ressources (un bon souvenir pour la personne, un lieu ou une activité

psychologique trauma, psycho-émotionnelle stabilisation, et running a group protocol to reduce trauma based on AIP, called the Worksheet Protocol (F-WSP).⁷ The training is focused on practice and group discussion, using experiences in the field, to ensure training is as useful and effective as possible. It is designed to be tailored to different cultures and contexts.

The F-WSP is an adaptation of another protocol, G-TEP,⁸ normally used by specialists trained in EMDR, aimed at non-mental health specialists. Each participant is given an A3 sheet of paper with coloured sections to help them follow the process guided by a facilitator. Facilitators attend the group to ensure that the process runs smoothly and help group members follow the steps. The F-WSP is unique in that it makes use of a large number of resources (a good memory for the person, a quiet place or activity, hope for the future, etc.), which are added to the sheet as participants advance through the process. Positive resources are shared among the group, while negative and painful content is simply put down on paper and remains confidential. Difficult events are desensitised using alternating, bilateral brain stimulation in conjunction with multiple resources. This helps reduce a person's trauma while leaving them in a tolerable emotional state.

The results of a feasibility and acceptability study carried out in the African Great Lakes region⁹ and feedback from health workers trained in Burkina Faso show that the teaching method is suitable for teaching many culturally

— 7. Elan Shapiro & GIST-T, "WorkSheet Protocol for the Frontline", *TSR Guide for frontline, non therapist personnel*, August 2019, pp. 31–62.

— 8. Elan Shapiro et Judy Moench, *EMDR Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP) Manual (7th edition)*, 2018, <https://emdrresearchfoundation.org/toolkit/gtep.pdf>

— 7. Elan Shapiro & GIST-T, "WorkSheet Protocol for the Frontline", *TSR Guide for frontline, non therapist personnel*, August 2019, pp. 31–62.

— 8. Elan Shapiro and Judy Moench, *EMDR Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP) Manual (7th edition)*, 2018, <https://emdrresearchfoundation.org/toolkit/gtep.pdf>

— 9. Adeline Papat et al., "Global initiative for stress and trauma treatment - traumatic stress relief training for allied and para-professionals to treat traumatic stress in underserved populations: A case study", *European Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 6, no. 2, 2022.

calme, un espoir pour l'avenir, etc.) que l'on inscrit sur la feuille au fur et à mesure que l'on avance dans le déroulé. Les ressources positives sont partagées dans le groupe, alors que le contenu négatif ou douloureux reste confidentiel et figure seulement sur la feuille. Les événements difficiles sont désensibilisés avec les stimulations bilatérales alternées, en contact avec de nombreuses ressources. Cela permet une diminution de la charge traumatique tout en laissant la personne dans un état émotionnel tolérable.

Les résultats de l'étude de faisabilité et d'acceptabilité réalisée dans la région des Grands Lacs africains⁹ ainsi que le retour d'expérience des personnels formés au Burkina Faso indiquent que la pédagogie est adaptée pour transmettre de nombreux outils, culturellement acceptables ou assez aisément adaptables. Cependant, il a fallu des efforts supplémentaires d'adaptation à la culture. Cela a été rendu possible à travers des jeux de rôles permettant d'anticiper les freins. Une fois sur le terrain, les personnels formés ont adapté la façon d'expliquer les concepts et les exercices de stabilisation émotionnelle utilisant des techniques d'imagerie ou de respiration par des métaphores correspondant mieux à la culture et, par exemple, en recourant à des objets symbolisant les émotions. Par ailleurs, même si l'une des conditions pour participer est de ne pas être soi-même traumatisé, environ un tiers des personnels participant à cette formation avaient eux-mêmes des scores cliniques de TSPT. Cependant, la formation permettant également des autosoins et des soins entre collègues, une réduction de ces scores après la formation a été constatée.

— 9. Adeline Pupat *et al.*, "Global initiative for stress and trauma treatment - traumatic stress relief training for allied and para-professionals to treat traumatic stress in underserved populations: A case study", *European Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 6, no. 2, 2022.

acceptable or relatively easy-to-adapt tools. However, additional cultural adaptation efforts were required. This was made possible through role play to anticipate any barriers. Once on the ground, the trained workers were able to adapt the way the concepts and emotional stabilisation exercises were explained through, for example, the use of imagery or breathing techniques, metaphors more in tune with the culture and objects symbolising emotions. Interestingly, although not being personally traumatised was one of the prerequisites for taking part, roughly one-third of the staff receiving the training had clinical PTSD scores. Since the training also enabled self-care and peer care, their PTSD scores went down following the training.

The training setting also enabled techniques suited to the local environment to be identified or ruled out. Consequently, some stabilisation techniques proved to be unsuitable in their original form, as they focused on unpleasant physical sensations before switching to a more pleasant feeling, with the effect, opposite to that intended, of reawakening traumatic memories that were disturbing for participants. This was taken on board in order to adapt the content of the techniques to be rolled out on the ground by non-specialists. Most of the stabilisation techniques are quick to implement and therefore easy to apply.¹⁰ The F-WSP Traumatic Stress Relief protocols do, however, require more organisation and only workers accustomed to dealing with people, in groups or one-on-one, found it easy to implement them.

Implementation

During health centre appointments, patients identified as presenting symptoms of traumatic stress were advised on the different treatment options available to relieve their

— 10. Adeline Pupat *et al.*, "Global initiative for stress...", *art. cit.*

L'espace de formation permet aussi d'identifier les techniques adaptées ou non au terrain. Ainsi, certaines techniques de stabilisation se sont révélées inadaptées en l'état, car elles se focalisaient sur les sensations corporelles désagréables avant de passer à une sensation plus agréable, ce qui avait pour effet de déclencher des remontées de souvenirs traumatiques dérégulant les personnes. Cet effet, contraire à celui attendu, a été pris en compte pour adapter le contenu des techniques à mettre en œuvre sur le terrain par les non-spécialistes. La plupart des techniques de stabilisation nécessitant peu de temps, elles ont été faciles à mettre en œuvre¹⁰. Les protocoles d'allègement du stress traumatique F-WSP demandent en revanche plus d'organisation, et seuls les acteurs ayant l'habitude de recevoir les personnes, en groupe ou individuellement, ont pu facilement les appliquer.

Mise en œuvre

Lors des consultations en centre de santé, les personnes identifiées comme présentant des symptômes de stress traumatique ont été informées de différentes possibilités de prise en charge pour alléger leurs symptômes, en individuel ou en groupe, conjointement à cette étude d'impact. Un des défis de l'accompagnement des personnes déplacées est leur mobilité. Il convient alors de s'assurer qu'elles ont accès aux premiers secours psychologiques, qu'elles sont émotionnellement stabilisées, et que l'intervention de réduction de charge de stress traumatique se déroule sur un laps de temps court.

Ainsi, le déroulement de la prise en charge en intervention TSR s'est fait de la façon suivante : après une explication du dispositif, les personnes volontaires ont assisté à une séance de psychoéducation et ont ré-

« La pédagogie est adaptée pour transmettre de nombreux outils, culturellement acceptables ou assez aisément adaptables. »

"The teaching method is suitable for teaching many culturally acceptable or relatively easy-to-adapt tools."

symptoms, individually or in groups, in line with this impact assessment. One of the challenges of supporting displaced people is their lack of stability. It is therefore important to ensure that they are able to access psychological first aid, are emotionally stable and can receive TSR intervention within a short timeframe.

The TSR intervention process was as follows: after explaining the method, volunteer participants attended a psychoeducation session and answered a questionnaire to measure their level of traumatic stress (ITQ) and resilience (BRS); they were then included in a TSR group protocol if their state was considered suitable for this type of treatment. The method was adapted to the context, including providing the tools translated into the Moore language and support to people unable to read or write. Seventy-six out of ninety-two people were able to attend the group sessions, and sixteen were referred for an individual consultation. Most of the participants were able to attend all three planned sessions, held on the same day with plenty of breaks.

Results

The beneficiaries were 95% IDP with the remaining 5% from the host community. The host community is also under pressure because they are living in danger, albeit in their usual environment. As for the IDP, some

— 10. Adeline Papat et al., "Global initiative for stress...", art. cit.

pondu à des questionnaires mesurant le degré de stress traumatique (ITQ) et la résilience (BRS) ; elles ont ensuite été incluses dans un protocole de réduction du stress traumatique en groupe, si leur état était compatible avec ce type de prise en charge. La méthode a été adaptée au contexte, notamment avec la traduction des outils en langue mooré et l'accompagnement des personnes ne sachant ni lire ni écrire. Ce sont 76 personnes sur 92 qui ont pu suivre les sessions de groupe, et seize ont été orientées vers une consultation individuelle. La majorité des participants a pu bénéficier des trois sessions prévues, organisées sur la même journée, avec de nombreuses pauses.

Résultats

Parmi les bénéficiaires, 95 % sont des PDI, les 5 % restants étant issus de la communauté hôte. Cette dernière est en effet aussi sous pression, car le danger est présent, même si les personnes sont dans leur environnement habituel. Parmi les personnes déplacées, certaines ont pu rejoindre leur famille, qui leur apporte soutien et compréhension. Mais dans tous les cas, l'instabilité du contexte induit des modifications du fonctionnement quotidien, ce qui peut générer des désaccords. Les aspects familiaux et les conflits interpersonnels représentent ainsi 13 % des événements pourvoyeurs de stress traumatique que les personnes ont choisi de traiter au cours du F-WSP ; les attaques armées, 21 % ; les vols et pertes de propriété, 7 % ; le déplacement et l'insécurité alimentaire associées, 18 % ; la perte ou le décès de proches ou la maladie des enfants, 23 %. En outre, étant plus présentes dans les structures de santé que les hommes, les femmes représentent 91 % des PDI ; par ailleurs, 78 % des PDI ne savent ni lire ni écrire.

Une semaine et un mois après l'intervention de groupe, les questionnaires ont de nouveau été renseignés afin de mesurer l'effet de cette intervention.

were able to return to their families, who then provide support and understanding. However, in both cases, the unstable context affects daily functioning, which can lead to disputes. Family issues and interpersonal conflicts consequently account for 13% of events causing traumatic stress that people chose to address during F-WSP; armed attacks 21%, theft and property loss 7%, displacement and associated food insecurity 18%, and the loss or death of close family and friends or sick children 23%. Of the participants, 91% were women, largely because they attend health facilities in greater numbers than men, and 78% are unable to read and write.

The questionnaires were completed again one week and then one month after the group therapy session in order to measure its effectiveness. The quantitative and qualitative results show that the participants derived real benefit from the intervention, with a significant drop in traumatic stress symptoms, regardless of the number of sessions (one or three), with 96.7% of people reporting an improvement.

Regarding resilience, a significant increase in resilience was recorded among people who had three sessions of F-WSP. However, there was no improvement in this area for those who only attended one session. The intervention beneficiaries showed improvement in their daily lives. The above-mentioned participant reported that: "TSR did me a lot of good, and I am now better at managing my anxiety. [...] I have been able to overcome this trauma thanks to TSR."

Furthermore, from among the tools provided by the TSR intervention, the beneficiaries liked being able to visualise their stress level with a visual scale known as Subjective Units of Distress Scale (SUDS) in order to regularly apply the learned stabilisation techniques.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs indiquent un réel bénéfice de l'intervention, avec une diminution significative des symptômes de stress traumatique, quel que soit le nombre de séances (une ou trois), et avec 96,7 % des personnes rapportant une amélioration.

En ce qui concerne la résilience, celle-ci montre une augmentation significative chez les personnes ayant eu trois séances de F-WSP. En revanche, pour celles n'ayant suivi qu'une seule séance, cela n'a conduit à aucune amélioration sur ce plan. Les bénéficiaires de l'intervention ont exprimé une amélioration dans leur vie quotidienne. La participante citée plus haut témoigne : « Le TSR m'a été vraiment bénéfique, maintenant j'arrive à mieux gérer mes états d'anxiété. [...] Grâce au TSR j'ai pu surmonter ce traumatisme. »

D'autre part, parmi les outils fournis par l'intervention TSR, les personnes ont apprécié pouvoir observer leur niveau de stress avec l'échelle visuelle de perturbation nommée SUD (échelle subjective des unités de détresse) afin d'appliquer les techniques de stabilisation apprises régulièrement.

Quelles perspectives pour la prise en charge du stress traumatique en zone de conflits ?

En gardant l'esprit ouvert et créatif pour adapter culturellement une approche validée par les neurosciences dans le traitement du stress traumatique et de ses conséquences psychosociales, et ainsi soutenir la résilience, le TSR est une approche prometteuse. Elle permet d'améliorer l'accès aux soins d'urgence en santé mentale en zone de conflits et pourra, selon toute évidence, être répliquée dans d'autres contextes, avec des populations différentes.

Les limites de cette étude sont la difficulté de l'adaptation culturelle des outils, le fait que seuls les personnels de santé ayant déjà une expérience

« Les bénéficiaires de l'intervention ont exprimé une amélioration dans leur vie quotidienne. »

“The intervention beneficiaries showed improvement in their daily lives.”

What prospects for traumatic stress treatment in conflict zones?

By keeping an open and creative mind to culturally adapt an approach validated by neuroscience for treating traumatic stress and its psychosocial consequences, and therefore supporting resilience, TSR is a promising approach. It helps improve access to emergency mental healthcare in conflict zones and could in all likelihood be replicated in other contexts, with different populations. The limitations of this study are the difficulty involved in culturally adapting the tools, the fact that only health workers with prior experience could apply the F-WSP protocol and the limited timescale for measuring the impact of the intervention (under two months). The cultural validity of the questionnaires also needs to be tested. New awareness strategies need to be developed to enable more men to be reached. The aim is to develop a clinical trial that will enable the TSR method to be validated over time and scaled up.

Translated from the French by Gillian Eaton

ont pu appliquer le protocole d'allègement du stress traumatique F-WSP, et le recul limité pour mesurer la portée de l'intervention (moins de deux mois). La validité culturelle des questionnaires devra aussi être testée. De nouvelles stratégies de sensibilisation sont à développer pour permettre d'atteindre plus d'hommes. L'objectif est de développer un essai clinique qui permettra de valider, à terme, la méthode du TSR et de progresser vers une mise à l'échelle.

Biographies



DODO ILUNGA DIEMU

Originaire de Lubumbashi, en République démocratique du Congo (RDC), Dodo Ilunga Diemu est actuellement coordinateur santé mentale et soutien psychosocial pour ALIMA au Burkina Faso. Après ses études à la faculté de psychologie et de sciences de l'éducation de l'université de Kisangani (RDC), il a occupé le poste de psychologue coordinateur dans un centre d'intervention psychosocial dans la province du Maniema (RDC). Il a ensuite occupé plusieurs postes avec MSF – Belgique, puis MSF – Espagne en tant que superviseur, puis manager psychologue et santé mentale. Depuis septembre 2020, Dodo Ilunga occupe le poste de coordinateur santé mentale et soutien psychosocial avec ALIMA au Burkina Faso. Il définit notamment la stratégie des soins de santé mentale et de soutien psychosocial, le circuit de prise en charge et de référence dans les zones d'intervention.

Dodo Ilunga Diemu is from Lubumbashi in the Democratic Republic of the Congo (RDC) and is currently the Mental Health and Psychosocial Support Coordinator for ALIMA in Burkina Faso. After studying at the University of Kisangani Faculty of Psychology and Education (RDC), he worked as a psychologist and coordinator at a psychosocial support centre in Maniema (RDC). He then held several posts with Doctors Without Borders – Belgium and then Doctors Without Borders – Spain as a supervisor then a psychologist and mental healthcare manager. He has held the post of Mental Health and Psychosocial Coordinator with ALIMA in Burkina Faso since September 2020. His role includes developing the NGO's mental health and psychosocial support strategy and the care and referral pathway in its areas of intervention.

ADELINE PUPAT

Psychologue clinicienne et thérapeute EMDR-Europe en exercice libéral, spécialisée dans l'évaluation et la prise en charge des traumatismes psychiques et des troubles dissociatifs, et formatrice officielle en TSR (GIST-T). Adeline Pupat est membre du bureau de l'association Trauma Aid France depuis 2016, de la commission EMDR pour Tous, et de l'association EMDR-France. Sa pratique clinique et de recherche a d'abord été centrée autour de la douleur chronique, du *coping*, du traumatisme psychique et de la dissociation d'origine traumatique. Aujourd'hui, Adeline oriente son champ de pratique et de recherche vers la prise en charge des conséquences psychotraumatiques des violences et de l'exil, individuellement ou en groupe, avec l'étude du développement de stratégies issues du Traitement adaptatif de l'information, transférables aux personnels non spécialistes de santé mentale.

Adeline Pupat is a clinical psychologist and EMDR-Europe therapist in private practice, specialising in the diagnosis and care of psychological trauma and dissociative disorders, and an official TSR (GIST-T) trainer. Adeline has sat on the Trauma Aid France executive committee since 2016 and is a member of the *EMDR pour Tous* committee run by NGO EMDR France. Her clinical practice and research firstly focused on chronic pain, coping, psychiatric trauma and dissociation in response to traumatic events. Currently, her field of practice and research centres on treating the psychotraumatic consequences of violence and exile, individually and in group settings, and studying the development of strategies borrowed from Adaptive Information Processing (AIP) that are transferable to non-mental health specialists.

VICTOIRE HUBERT

Diplômée en développement international (Sciences Po Paris) et en santé publique pour le développement (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Victoire Hubert a rejoint ALIMA en 2014, d'abord sur la recherche de financements et la gestion de contrats bailleurs. Après plusieurs missions dans les pays d'intervention d'ALIMA, elle s'est spécialisée en santé publique, avec un intérêt particulier pour les projets de recherche médicale. De 2018 à 2020, Victoire a coordonné un essai clinique sur une stratégie innovante de prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région du Kasai en République démocratique du Congo. Depuis 2020, elle occupe le poste de responsable recherche à ALIMA. Elle est en charge du suivi des différents projets de recherche et de l'accompagnement des équipes terrain pour développer de nouvelles thématiques de recherche.

After graduating in International Development (Sciences Po Paris) and Public Health for Development (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Victoire Hubert joined ALIMA in 2014, firstly focusing on fundraising and managing donor contracts. She held various roles in ALIMA's countries of intervention before specialising in public health, with a particular interest in medical research projects. From 2018 to 2020, she coordinated a clinical trial of an innovative strategy for treating acute malnutrition in the Kasai region of DRC. She has held the post of research manager at ALIMA since 2020. Victoire is tasked with monitoring the various research projects and supporting the field teams in order to develop new research topics.

HAROUNA YACOUBOU

Après un master en psychopathologie et clinique en 2016, Harouna Yacoubou a commencé sa carrière humanitaire comme psychologue clinicien et superviseur des activités de santé mentale de MSF – Espagne à Diffa (Niger). Sa mission était d'apporter un soutien psychologique aux personnes déplacées internes et aux réfugiés venus du Nigeria, et aussi d'aider et de superviser les conseillers-éducateurs en santé mentale et les agents de santé mentale communautaire. Depuis mars 2021, Harouna est référent volant santé mentale avec l'ONG ALIMA au Burkina Faso soutenant plusieurs projets, notamment ceux des régions du Nord et du Centre-Nord qui sont les zones les plus affectées par le déplacement de la population à cause des conflits armés. Sa mission comprend notamment la mise en œuvre des activités, le suivi clinique des cas, la formation, l'accompagnement ou le coaching des agents de santé mentale et soutien psychosocial, ainsi que la relation avec les partenaires.

Following a Master's in Psychopathology and Clinical practice in 2016, Harouna Yacoubou started his humanitarian career as a clinical psychologist and mental health services supervisor for Doctors Without Borders – Spain in Diffa (Niger). He was tasked with providing psychosocial support to IDP and refugees from Nigeria and supporting and supervising mental health counsellor-educators and community mental health workers. Since March 2021, Harouna has been the mobile mental health specialist for the NGO ALIMA in Burkina Faso, supporting several projects, specifically those in the Nord and Centre-Nord regions. These are the areas most affected by population displacement caused by the armed conflicts. His remit notably involves service rollouts, clinical case monitoring, training, support and coaching of mental health and psychosocial support staff and partner relations.

JEAN-PIERRE ALLEY

Référent santé mentale chez ALIMA, basé à Dakar, Jean-Pierre Alley est docteur en psychologie clinique et de la santé, psychothérapeute. Il a seize ans d'expérience avec une spécialisation en psychologie humanitaire, psychopathologie générale, psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychologie du couple et de la famille, et en addictions aux substances psychoactives. Avant ALIMA, il a travaillé à la Croix-Rouge française et à Terre des hommes (Lausanne). Parallèlement, Jean-Pierre a œuvré comme enseignant-chercheur et chargé de cours au département de psychologie clinique, de la santé et neuropsychologie de l'université de Lomé et au département de psychologie de l'université de Sonfonia-Conakry. Il a également travaillé en privé en qualité de consultant, et comme directeur général du cabinet d'expertises psychologiques et psychosociales appliquées au développement (Lomé) qui couvre essentiellement le continent africain.

Jean-Pierre Alley is an ALIMA mental health specialist based in Dakar. Jean-Pierre is a Doctor of Clinical and Health Psychology and a psychotherapist, with 16 years of experience, specialising in humanitarian psychology, general psychopathology, child and adolescent psychopathology, couples' and family psychology and psychoactive substance addiction. Before ALIMA, he worked for the French Red Cross and *Terre des hommes* in Lausanne. At the same time, he worked as a research professor and lecturer in the Clinical Psychology, Health Psychology and Neuropsychology Department of the University of Lomé and the Psychology Department of the University of Sonfonia in Conakry. Jean-Pierre has also worked in private practice as a consultant and general manager of the *Cabinet d'Expertises psychologiques et psychosociales appliquées au développement* (psychological and psychosocial consultancy services applied to development) in Lomé, Togo, primarily covering the African continent.

Colonialité et intersectionnalité en santé mentale : une exigence mobilisatrice

Coloniality and intersectionality in mental health: a rallying call

Guillaume Pégon • Docteur en sociologie et anthropologie

Christian Laval • Docteur en sociologie

Marie Viviane Goupougouni Leni • Membre fondatrice de l'association Vie Libérée (Togo) et doctorante en psychopathologie

Le secteur Santé mentale et soutien psychosocial est largement tombé sous la coupe de la logique néolibérale en déclinant ses concepts et ses standards. Emporté dans un double mouvement d'uniformisation et d'expansion, il doit intégrer d'autres méthodes et pratiques permettant aux individus de se relever.

Dans de nombreuses régions du monde, le parcours de soins en santé mentale constitue un véritable métissage thérapeutique, au sens que donnent François Laplantine et Alexis Nouss¹ à la notion de métissage, soit

The mental health and psychosocial support sector has largely fallen under the thumb of neoliberal logic by declining its concepts and standards. Carried away by a double movement of standardisation and expansion, it must integrate other methods and practices that enable individuals to recover.

In many parts of the world, the mental healthcare pathway is a veritable *métissage* (hybridisation) of therapeutic methods, in the sense that François Laplantine and Alexis Nouss¹ give to this French term: the product of a structure that assembles and interweaves various elements by transforming them, without dismantling them. Community mental health

— 1. François Laplantine et Alexis Nouss, *Le métissage*, Téraèdre, Coll. Réédition, 2011.

— 1. François Laplantine and Alexis Nouss, *Le métissage*, Téraèdre, Coll. Réédition, 2011.

le produit d'un assemblage et d'une articulation qui parviennent à enchevêtrer des éléments différents en les transformant sans les dissoudre. Centres de santé mentale communautaires, institutions psychiatriques, guérisseurs traditionnels, devins ou diverses thérapies encadrées par des pratiques religieuses (cultes musulmans, exorcismes catholiques, camps de prière pentecôtistes...), ou encore associations de personnes concernées revendiquant leur droit à vivre sans traitement pharmacologique, professionnels libéraux pratiquant des psychothérapies dites « brèves et évolutives », etc. Nous pouvons ainsi observer une myriade de leviers soignants, culturels et sociaux présents dans l'environnement des personnes en situation de troubles². Dans ce contexte, les organisations non gouvernementales internationales (ONGI) sont amenées à repenser la manière dont elles peuvent concevoir la réponse humanitaire, notamment en collaborant mieux avec l'ensemble des acteurs locaux, organisations de la société civile ou institutions publiques locales. Dans le champ de la santé mentale, comme dans d'autres, ces partenaires expriment en effet une volonté croissante d'autonomie dans la gestion des actions qui les concernent. Depuis le Sommet humanitaire mondial de 2016, les ONGI appellent ce besoin de transformation de la posture partenariale « l'agenda de la localisation de l'aide humanitaire ».

Localisation versus spécificités

Dans le secteur « Santé mentale et soutien psychosocial », communément appelé par son acronyme SMSPS, la question de la « localisation de l'aide » n'est pas évidente. Le constat est partagé : depuis une vingtaine d'années, les problèmes posés en termes de santé mentale ne sont pas seulement

centres, psychiatric institutions, traditional healers, soothsayers or various therapies embedded in religious practices (Muslim cults, Catholic exorcisms, Pentecostal prayer camps, etc.), associations of people demanding the right to live without pharmacological treatment, liberal professionals practising so-called "brief and progressive" psychotherapies, etc.: there is a myriad of care-giving, cultural and social levers in the environment of people with mental health disorders.² In this context, international non-governmental organisations (INGOs) have to rethink how they can design their humanitarian response, in particular by improving the way they work with local actors, civil society organisations and local public institutions. In the field of mental health, as in others, these partners are expressing an increasing desire for autonomy in the management of the actions that concern them. Since the 2016 World Humanitarian Summit, INGOs have referred to this need for a transformation of partnership posture as the "agenda for the localisation of humanitarian aid".

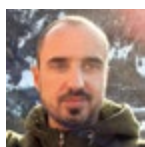
Localisation versus specific features

In the "Mental health and psychosocial support" sector (commonly referred to by its acronym MHPSS), the issue of the "localisation of aid" is not an easy one to address. This is a common view: for the last twenty years, the problems encountered in the field of mental health are not just specific psychiatric or psychological problems – they also relate to the general problems that permeate all levels of social life.

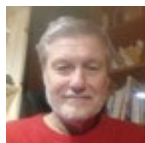
MHPSS practices addressing these problems thus become a theatre for innovation, a veritable laboratory of humanitarian alternatives where local initiatives are tested in different

— 2. Le travail doctoral en cours de Marie Viviane Goupougouni Leni consiste à analyser les processus de réhabilitation psychosociale présents dans les différentes formes de thérapies traditionnelles togolaises.

— 2. Marie Viviane Goupougouni Leni's current doctoral research involves analysing the psychosocial rehabilitation processes in the various forms of traditional Togolese therapies.



**GUILLAUME
PÉGON**



**CHRISTIAN
LAVAL**



**MARIE VIVIANE
GOUOUGOUNI
LENI**

des problèmes spécialisés de psychiatrie ou de psychologie, mais relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'ils traversent de part en part.

Les pratiques de SMSPS prêtant attention à ces problèmes deviennent ainsi le théâtre d'innovations, véritable laboratoire des alternatives humanitaires où des initiatives locales s'expérimentent en différents lieux. Ces pratiques entrent dans le cadre classique de logiques de prévention ou de soins de troubles mentaux. Mais nous les retrouvons aussi, et de plus en plus, dans des projets de cohésion sociale, voire de maintien de la paix, de préparation aux risques de désastres climatiques, de violences liées au genre, à l'âge, au handicap, etc. Les activités déployées sont tout aussi variées. Ainsi, dans le cadre de projets dits de « santé mentale communautaire », les ONGI accompagnent de nombreux groupes de personnes qui souhaitent « se soigner » à travers une mise en commun de leurs préoccupations individuelles, dans la concrétisation de projets qu'ils souhaitent mettre en œuvre pour et avec leur communauté. Il s'agit souvent de projets générateurs de revenus, tels que la mise en place d'une plantation de fruits et légumes, d'un cybercafé ou d'une troupe de théâtre. En suivant les projets des personnes qu'elles accompagnent, ces ONGI cherchent à faire face aux processus dissociatifs du traumatisme³ et à activer des processus de rétablissement et de conscientisation (travail sur le deuil et la perte, sur la gestion des émotions, le pardon et la réconciliation, la culpabilité, la honte, le projet de vie, les ressources individuelles et communautaires...). Ces pratiques de santé mentale sont expérimentées par de

places. These practices fall within the classic framework of the prevention or care of mental disorders. Yet we increasingly find them in social cohesion and other projects: peace-keeping, preparation for climate disasters, violence based on gender, age, disability, etc. The activities deployed are just as varied. Under the framework of so-called "community mental health" projects, for example, INGOs support many groups of people who want to "take care of themselves" by sharing their individual concerns and implementing projects for and with their community. These are often income-generating projects, such as setting up fruit and vegetable plantations, internet cafés or theatre companies. By monitoring the projects implemented by the people they support, these INGOs seek to address the dissociative processes of trauma³ and to activate recovery and awareness processes (work on grief and loss, managing emotions, forgiveness and reconciliation, guilt, shame, life projects, individual and community resources, etc.). These mental health practices are tested by many mobile teams, sometimes composed of non-specialists as the presence of psychiatrists/psychologists is rather rare in the intervention countries.

The risk of limitless expansion

By placing a diversity of disorders, practices and actors under its banner, MHPSS has thus become everyone's business but, paradoxically, no-one's responsibility. The agenda for the localisation of humanitarian aid then comes up against a major stumbling block that is currently permeating the MHPSS sector: its expansion. With no clear position on the issue of MHPSS actors and the localisation of aid, there is a great risk of seeing an expansive approach to mental health

— 3. La dissociation traumatique est un mécanisme de défense du psychisme lorsqu'il est confronté à un événement traumatique extrême. Il entraîne une absence de désir, des amnésies, des pertes de sensations, des troubles de l'identité, des intrusions (flashbacks, voix...).

— 3. Traumatic dissociation is the psyche's defence mechanism when confronted with an extreme traumatic event. It leads to an absence of desire, amnesia, loss of feeling, identity disorders, intrusions (flashbacks, voices etc.).

nombreuses équipes mobiles, parfois composées de non-spécialistes tant la présence de « psys » est plutôt rare dans les pays d'intervention.

Au risque d'une expansion sans limite

En plaçant sous sa bannière une diversité de troubles, de pratiques et d'acteurs, la SMSPS est ainsi devenue l'affaire de tous, mais aussi, paradoxalement, la responsabilité de personne. L'agenda de la localisation de l'aide humanitaire se heurte alors à un point de butée important qui traverse actuellement le secteur SMSPS : son expansion. Sans positionnement clair sur la question des acteurs en SMSPS et de la localisation de l'aide, le risque est grand de voir émerger une conception expansive de la santé mentale, sans limite, sans noyau dur ni population cible, faisant de l'humain un capital, et qui serait essentiellement centrée sur la responsabilité individuelle. Les catégories de bien-être, de bonheur ou de résilience – largement plébiscitées par les ONGI ces dernières années – sont devenues les vecteurs performatifs d'une telle expansion.

Penser la question de la localisation permet ainsi de s'interroger de nouveau sur les « acteurs » en SMSPS. Qui sont-ils ? Qui porte la responsabilité sociétale de définir ce que constitue le bien-être ou la bonne santé mentale d'un individu ou d'une communauté ? Est-ce le ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Justice ou de l'Intérieur ? Ou des scientifiques promoteurs de données probantes et dont les recherches sont parfois financées par des grands laboratoires pharmaceutiques, voire également par de grandes agences d'aide au développement ? Ou bien des spécialistes, psychiatres ou psychologues trop souvent « chapellisés » dans leurs théories cliniques de référence ? Ou encore des personnes concernées (mais par quoi ?), des thérapeutes et devins, des religieux

emerge, one without limits, without a nucleus or target population, turning human beings into a resource, and which would largely be focused on individual responsibility. The concepts of well-being, happiness and resilience – widely acclaimed by INGOs in recent years – have become the achievement-oriented vectors of such an expansion.

Thinking about the issue of localisation thus allows us to take a fresh look at the MHPSS sector's "actors". Who are they? Who bears the social responsibility for defining what constitutes the well-being or good mental health of an individual or community? The ministry of health, or social affairs, justice, the interior? Or scientists who promote evidence-based research, which is sometimes funded by large pharmaceutical companies and sometimes by large development-aid agencies? Or specialists, psychiatrists and psychologists who are still all too often "hemmed in" by their standard clinical theories? Or the people concerned (but concerned by what?), traditional therapists and soothsayers, members of the clergy running specialist centres, prophets in charge of places of prayer and healing, activists from human-rights organisations?

« Le risque est grand de voir émerger une conception expansive de la santé mentale, sans limite, sans noyau dur ni population cible, faisant de l'humain un capital. »

"There is a great risk of seeing an expansive approach to mental health emerge, one without limits, without a nucleus or target population, turning human beings into a resource."

gestionnaires de centres spécialisés, des prophètes responsables de lieux de prière et de guérison, des militants issus d'association de défense des droits ?

La colonialité de la santé mentale

Pour comprendre le sens politique de cette expansion de la santé mentale, il nous semble aujourd'hui indispensable de mobiliser le concept de « colonialité » tel que problématisé par Anibal Quijano⁴. L'auteur vise, à travers ce concept, une opération épistémique qui agence l'ensemble de nos rapports au monde. La colonialité désigne un régime de pouvoir qui a généralement survécu au colonialisme et qui crée de nouvelles identités sociales et culturelles, en catégorisant et classant la population selon un prisme qui hiérarchise la valeur des vies humaines. Nous pouvons, par exemple, observer les régimes de pouvoir relatif à la colonialité en santé mentale dans la manière dont certaines populations se retrouvent stigmatisées et discriminées : « les schizophrènes », « les autistes », « les suicidaires », « les drogués », « les bipolaires », etc. Nous la retrouvons également dans la manière dont chaque société organise les règles concernant la privation de liberté et de droits, ou dont elle appréhende la question de l'altération du discernement des personnes psychiquement plus fragiles.

Les discours et pratiques de santé mentale ne sont pas neutres. Ils véhiculent des biais propres à nos processus d'appropriation et de (re)production des savoirs et des connaissances, dont les humanitaires peuvent être les messagers, souvent de bonne foi et à leur insu. Nous observons comment nombre de ces discours et pratiques transportent notamment un imaginaire propre au capitalisme néolibéral. Dans cet imaginaire, la personne

The coloniality of mental health

To understand the political significance of this expansion of mental health, it seems essential to us today to consider the concept of "coloniality" as addressed by Anibal Quijano.⁴ Through this concept, the author describes an epistemic process that organises all our relationships with the world. Coloniality refers to a power regime that has generally outlived colonialism and which creates new social and cultural identities by categorising and classifying the population through a filter that prioritises the value of human lives. We can, for example, observe power regimes associated with coloniality in mental health in the way in which some populations find themselves stigmatised and discriminated against: those who are "schizophrenic", "autistic", "suicidal", "drug addicts", "bipolar", etc. We also find it in the way in which each society organises the rules concerning the deprivation of freedom and rights or in which each society deals with the deterioration of discernment in the most psychically fragile people.

Mental health discourses and practices are not neutral. They carry biases specific to our processes of appropriating and (re)producing knowledge of which humanitarians can be the messengers, often in good faith and unwittingly. We can see how many of these discourses and practices particularly convey an imaginary world peculiar to neo-liberal capitalism. In this imaginary world, the person concerned by a disorder or, by extension, the "beneficiary" of a humanitarian aid project, must take responsibility for themselves (for their mental health, their rights, their social inclusion, etc.). To do this, we seek to transform them into stakeholders of their own project and journey and into their own sovereign/governor who is effi-

— 4. Anibal Quijano, "Coloniality and Modernity/Rationality", *Cultural Studies*, vol. 21, no. 2-3, 2007, pp. 168-178.

— 4. Anibal Quijano, "Coloniality and Modernity/Rationality", *Cultural Studies*, vol. 21, no. 2-3, 2007, pp. 168-178.

concernée par un trouble ou, par extension, le « bénéficiaire » d'un projet humanitaire, doit devenir responsable de lui-même (de sa santé mentale, de ses droits, de son insertion sociale...). Pour ce faire, on cherche à le transformer en acteur de son projet et de son parcours, souverain/gouverneur de lui-même, performant, autonome, etc.

Anibal Quijano montre bien comment la cosmologie rationnelle moderne est étroitement liée à la cosmologie coloniale prédatrice : il parle de « cosmologie de l'occupation ». Parce qu'ils sont en permanence en train de fabriquer des projets/programmes et des existants qui ne possèdent aucune stabilité ontologique, les humanitaires « messagers » véhiculent une anthropologie « projective » de l'être au monde. Cela est valable aussi bien pour les opérations humanitaires, qui se fragmentent sur autant de territoires qu'il y a de projets avec leur temporalité propre, que pour les nombreux documents techniques, de positionnement, de capitalisation, de formation qui essaient les disques durs des « chargés de programmes ». L'action humanitaire dans son ensemble fonctionne dans le cadre de la « cité par projets » décrite par Boltanski et Chiapello⁵. Le secteur SMSPS est organisé par cette anthropologie projective alors que, de surcroît, un certain nombre des activités qu'il propose visent à accorder les subjectivités individuelles à cette manière de se penser au monde (pensée pragmatique, opératoire, en attente d'efficacité sur le court terme, de gestion de soi, etc.).

La colonialité de la santé mentale peut ainsi se révéler par une codification des symptômes et la création de nouvelles pathologies plus ajustées à des traitements pharmacologiques et médicaux qui viennent renforcer certains pouvoirs et inégalités sociales

« La colonialité de la santé mentale peut ainsi se révéler par une codification des symptômes et la création de nouvelles pathologies plus ajustées à des traitements pharmacologiques et médicaux. »

“The coloniality of mental health can thus be revealed in the codification of symptoms and the creation of new pathologies more adapted to pharmacological and medical treatments.”

cient, autonomous, etc.

Anibal Quijano clearly demonstrates how modern rational cosmology is closely linked to predatory colonial cosmology: he speaks of the “cosmology of occupation”. As they are constantly creating projects/programmes and are involved in existing ones that have no ontological stability, humanitarian “messengers” convey a “projective” anthropology of being to the world. This is valid both for humanitarian operations, which are scattered over as many territories as there are projects with their own timeframe, and for the many technical, positioning, knowledge-capitalisation and training documents that litter the hard drives of “programme managers”. Humanitarian action as a whole operates within the framework of the “cité par projets” [city by projects] described by Boltanski and Chiapello.⁵ The MHPSS sector is organised by this projective anthropology while, in addition, a certain number of the activities it proposes aim to align individual subjectivities to this way of thinking about the world (pragmatic, operative thinking, waiting for efficiency in the short term, self-management, etc.).

— 5. Luc Boltanski et Ève Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999.

— 5. Luc Boltanski et Ève Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999.

(firmes pharmaceutiques, classes sociales aisées qui peuvent se « payer » l'accès aux traitements dans un contexte d'absence de couverture maladie universelle, etc.). Nous l'observons également dans les processus de transformation des rapports aux corps, aux sensations, aux émotions, aux besoins, notamment à travers les thérapies dites de faible intensité (méditation de pleine conscience, premier secours psychologique, etc.). Se développe une véritable économie du bonheur, où celui-ci est transformé en objet désirable que l'on cherche à mesurer, un bonheur véhiculant la triade positivisme, performativité et normativité néolibérale. La colonialité de la santé mentale s'observe à travers une forme d'écrasement culturel par des théories psychologiques qui localisent uniquement les causes des troubles psychologiques à l'intérieur de la personne tout en ignorant les conditions sociopolitiques dans lesquelles vivent les individus et qui peuvent aussi être à l'origine de cette détresse. Ce faisant, cette colonialité redéfinit ce qui relève ou non du réel.

Cette perspective interroge les pratiques d'humanitaires en SMSPS. Un programme de six séances de thérapies comportementales et cognitives (TCC), conçues pour cibler spécifiquement les pensées envahissantes, sera-t-il vraiment efficace pour une femme érythréenne qui ne sait pas comment elle va nourrir sa famille pendant les semaines à venir ? Un traitement par antidépresseurs établi dans le cadre d'un protocole de soins ciblés permettra-t-il d'éradiquer le traumatisme d'origine racial que vivent les femmes rohingyas à Cox's Bazar au Bangladesh ? Le bien-être psychologique ressenti suite à la mise en place d'une série de séances de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR en anglais)⁶ auprès de femmes

The coloniality of mental health can thus be revealed in the codification of symptoms and the creation of new pathologies more adapted to pharmacological and medical treatments which reinforce certain powers and social inequalities (pharmaceutical companies, affluent social classes who can “afford” to pay for access to treatment where there is no universal health coverage, etc.). We can also see it in processes designed to transform personal relationships with the body, feelings, emotions and needs, especially through so-called low-intensity therapies (mindfulness meditation, psychological first aid, etc.). A true economy of happiness develops where that happiness is transformed into a desirable object that we seek to measure, a happiness that conveys the trio of positivism, performativity and neo-liberal normativity. The coloniality of mental health can be seen through a form of cultural oppression by psychological theories that localise only the causes of psychological disorders within the person, ignoring the socio-political conditions in which individuals live and which may also be the cause of such distress. In so doing, this coloniality redefines what is real and what is not.

This perspective challenges humanitarian aid practices in MHPSS. Will a six-session programme of cognitive behavioural therapy (CBT) designed specifically to target intrusive thoughts really work for an Eritrean woman who does not know how she will feed her family in the coming weeks? Will antidepressant treatment as part of a targeted care protocol eradicate the racially motivated trauma experienced by Rohingya women in Cox's Bazar, Bangladesh? Does the psychological well-being felt after a series of EMDR⁶ sessions for women and girls who are victims of sexual violence help

— 6. L'EMDR est un type d'intervention à visée psychothérapeutique reconnu par l'OMS comme étant efficace pour traiter notamment les états de stress post-traumatique.

— 6. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. EMDR is a type of psychotherapeutic intervention recognised by the WHO as effective in the treatment of post-traumatic stress disorder.

et de jeunes filles victimes de violences sexuelles contribuera-t-il à augmenter leur protection et leur sécurité au sein de leur société ? Un programme de méditation de pleine conscience sur quatre séances permettra-t-il d'aider les jeunes hommes débarquant aux frontières françaises à surmonter les trappes administratives dans lesquelles ils tomberont en cherchant à obtenir un « statut », après avoir traversé déserts, océans et montagnes ?

Intersectionnalité en santé mentale

Une approche décoloniale en santé mentale consiste à laisser les personnes faisant l'expérience d'un trouble, en lien avec leur communauté d'appartenance, juger de ce qu'elles considèrent comme de la souffrance ou une bonne santé mentale (avec leurs mots, leurs émotions, leurs croyances), plutôt que de laisser les manuels de psychiatrie et de psychologie décider pour elles. Il s'agit notamment d'ouvrir un espace de dialogue sur l'expérience de ces personnes et sur les réponses qui peuvent être collectivement inventées pour soulager leurs épreuves⁷. Il s'agit de libérer les histoires, les cultures, la manière même dont sont structurés les enseignements et autres dispositifs de production des savoirs et connaissances qui ont été brutalisés et exploités par le colonialisme. Cette approche permet de nous interroger à nouveau sur les conditions permettant à nos pratiques en SMSPS de faciliter l'accomplissement de vies plus vivables⁸. Pour ce faire, nous pensons qu'il devient nécessaire

to boost their protection and safety in their society? Does a four-session programme of mindfulness meditation help young men arriving at the French border overcome the administrative traps into which they fall when seeking to obtain a "status" after crossing deserts, oceans and mountains?

Intersectionality in mental health

A decolonial approach to mental health consists of letting those who are experiencing a disorder decide, with the community to which they belong, what they deem to be suffering or good mental health (in their own words and with their own emotions and beliefs), rather than letting psychiatry and psychology textbooks decide for them. It involves creating a space to discuss these people's experiences and the solutions that can be generated collectively to ease their plight.⁷ It involves freeing the histories, cultures and the very structure of the teachings and other knowledge-producing systems that have been abused and exploited by colonialism. This approach allows us to question again the conditions that allow our MHPSS practices to help achieve more liveable lives.⁸ To do this, we believe that it is becoming necessary to introduce an intersectional policy and method into humanitarian aid practices.

— 7. Voir, pour aller plus loin, l'excellent documentaire intitulé *Les cornes de la vache*, réalisé par François Bierry, qui raconte l'histoire de communautés villageoises au Rwanda pratiquant une justice dite restaurative, c'est-à-dire activant l'implication, dans la mesure du possible, de toutes les parties concernées par une infraction spécifique, et qui « cherche à identifier et à traiter de manière collective les souffrances, les besoins et les obligations, de façon à guérir et réparer autant que faire se peut. » Voir aussi Howard Zehr, *The Little Book of Restorative Justice*, Good Books, 2002.

— 8. Judith Butler et Frédéric Worms, *Le vivable et l'invivable*, PUF, 2021.

— 7. For further information about this, see the excellent documentary *Les cornes de la vache* (The horns of the cow) directed by François Bierry, which tells the story of village communities in Rwanda that practise a so-called restorative justice, which encourages the involvement, as far as possible, of all the parties concerned by a specific offence, and which "seeks to identify and deal collectively with suffering, needs and obligations, so as to heal and repair as much as possible." See also Howard Zehr, *The Little Book of Restorative Justice*, Intercourse, Good Books, 2002.

— 8. Judith Butler et Frédéric Worms, *Le vivable et l'invivable*, PUF, 2021.

d'introduire, dans les pratiques humanitaires, une politique et une méthode intersectionnelles.

La notion d'intersectionnalité⁹ a été forgée par une juriste féministe afro-américaine, Kimberlé Williams Crenshaw, dans une enquête portant sur les violences subies par les femmes de couleur des classes défavorisées aux États-Unis. Cette notion a, depuis, permis d'élargir les combats contre l'écrasement de « soi », contre l'étouffement des libertés par des institutions totalitaires ou de démocratie autoritaire, contre la mise sous contrôle des corps, des fors intérieurs, des désirs et des choix de vie. En SMSPS, mobiliser la méthodologie intersectionnelle nous permet :

- de porter le regard sur les rapports sociaux de genre, de race, de classe, les catégorisations ethno-raciales qui traversent nos pratiques ;
- de rendre visible les biais de connaissances et les rapports de pouvoir en termes de production de connaissances ;
- de mieux saisir l'état de santé des humains dans leur imbrication avec les environnements sociaux, politiques, économiques, etc. ;
- d'appeler à la délibération citoyenne autant sur la définition de ce qui fait trouble que de la réponse pouvant être inventée pour faire face à l'épreuve du trouble ;
- d'appeler à l'application effective de notions universalistes en termes de droits.

Les approches en SMSPS développées en contexte humanitaire pourraient apprendre beaucoup de la « psychologie de la libération¹⁰ », fondée dans

The concept of intersectionality⁹ was coined by African-American feminist lawyer Kimberlé Williams Crenshaw in an investigation into the violence suffered by women of colour in the under-privileged classes in the United States. This concept has since made it possible to broaden the fight against the oppression of "self", against the stifling of freedoms by totalitarian institutions or authoritarian democracy, against the control of the body, the inner self, desires and life choices. In MHPSS, mobilising intersectional methodology allows us to:

- examine the social relationships of gender, race, class and ethno-racial categorisations that permeate our practices
- make knowledge biases and power relations visible in terms of knowledge production
- gain a better understanding of the state of health of human beings as they intermingle with social, political, economic, etc., environments
- invite citizens to deliberate both on the definition of what constitutes a mental health disorder and on possible ways of dealing with the ordeal of suffering from such disorders
- call for the effective application of universalist notions in terms of rights.

The MHPSS approaches developed in humanitarian contexts could learn a great deal from the "liberation psychology"¹⁰ founded in the 1980s by Salvadoran activist and psychologist Ignacio Martín-Baró. This approach highlights the fact that suffering emerges from individuals' experiences and stories of oppression. Such individuals are not seen as patients but

— 9. L'intersectionnalité est une méthode permettant de rendre visible la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de domination ou de discrimination comme le racisme, le sexisme, le classisme, le validisme, l'homophobie, la transphobie, et d'autres. Pour aller plus loin, voir Myriam Boussahba, Emmanuelle Delanoë et Sandeep Bakshi, *Qu'est-ce que l'intersectionnalité ? Dominations plurielles : sexe, classe et race*, Payot, 2021.

— 10. Steve Melluish, "Liberation Psychology", *Clinical Psychology Bite-Size*, no. 50, June 7, 2017,

— 9. Intersectionality is a method of highlighting the situation of people who suffer simultaneously from several forms of domination or discrimination such as racism, sexism, classism, ableism, homophobia, transphobia, etc. For further information about this, see Myriam Boussahba, Emmanuelle Delanoë and Sandeep Bakshi, *Qu'est-ce que l'intersectionnalité ? Dominations plurielles : sexe, classe et race*, Payot, 2021.

— 10. Steve Melluish, "Liberation Psychology", *Clinical Psychology Bite-Size*, no. 50, 7 June 2017, <https://criticalvaluesbasedpracticenetwork.co.uk/liberation-psychology>

les années 1980 par le militant et psychologue salvadorien Ignacio Martín Baró. Cette approche pointe le fait que la souffrance émerge des expériences et des histoires d'oppression vécues par les individus. Ces derniers ne sont pas appréhendés comme des patients, mais comme des acteurs sociaux potentiels dans leur désir de liberté, valorisant leur propre lignée, leur créativité et leur expérience, plutôt que d'être contraints à une idée eurocentrique et individualiste de la relation à l'autre et de la thérapie¹¹. La psychologie de la libération cible les causes sociales, culturelles et politiques de la détresse par une action sociale collective et transformative. Comme le précise Simon Gasibirege¹², professeur en psychologie au Rwanda, « toute communauté possède en son sein des ressources locales propres pour réagir à l'atteinte de la santé mentale. [...] La reconstruction de la santé mentale pour une communauté passe [alors] par une animation appropriée de ses structures de communication et de solidarité¹³. »

Des droits de l'Homme mobilisateurs en santé mentale

Appréhender ces enjeux directement dans les projets de SMSPS semble incontournable à condition de renouveler son rapport avec le droit et avec l'éthique. Depuis quarante ans, un nouveau droit à une vie vivable s'est affirmé concernant des individus ou

« Il devient nécessaire d'introduire, dans les pratiques humanitaires, une politique et une méthode intersectionnelles. »

"It is becoming necessary to introduce an intersectional policy and method into humanitarian aid practices."

as potential social actors in their desire for freedom who value their own heritage, creativity and experience, rather than being forced to adopt a Eurocentric and individualistic idea of relationships with other people and therapy.¹¹ Liberation psychology targets the social, cultural and political causes of distress through collective and transformative social action. As Rwandan psychology professor Simon Gasibirege points out,¹² "any community has within it the specific local resources to react to an attack on mental health. [...] Reconstruction of mental health for a community [thus] goes through an appropriate activation of its structures for communication and solidarity".¹³

Human rights as a driving force in mental health

Addressing these issues directly in MHPSS projects seems unavoidable, provided that one's relationship with

<https://criticalvaluesbasedpracticenetwork.co.uk/liberation-psychology>

— 11. Sanah Ahsan, "Holding up the mirror: deconstructing whiteness in clinical psychology", *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, vol. 20, no. 3, pp. 45–55.

— 12. Simon Gasibirege, « Approche Communautaire en Santé Mentale, Les Guides de la Santé Mentale Communautaire », Programme de Santé Mentale Communautaire (PSMC), Université nationale du Rwanda, p. 19, 1998.

— 13. Pour aller plus loin, voir le documentaire *Réunir les solitudes*, réalisé en 2012 au Rwanda par Guillaume Pégon et Élodie Finel avec Handicap International, <https://www.youtube.com/watch?v=9qw2PRWr3Y0> Voir également le document de capitalisation *Soutien psychologique des rescapés du génocide des Tutsis au Rwanda*, produit en 2010 par Médecins du Monde et Ibuka, rédigé par Amélie Mutarabayire-Schafer.

— 11. Sanah Ahsan, "Holding up the mirror: deconstructing whiteness in clinical psychology", *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, vol. 20, no. 3, pp. 45–55.

— 12. Simon Gasibirege, « Approche Communautaire en Santé Mentale, Les Guides de la Santé Mentale Communautaire », Programme de Santé Mentale Communautaire (PSMC), Université nationale du Rwanda, p. 19, 1998.

— 13. For further study, see the documentary produced by Guillaume Pégon and Elodie Finel in Rwanda with Handicap International in 2012 entitled *Réunir les solitudes*, <https://www.youtube.com/watch?v=9qw2PRWr3Y0> Or see the knowledge-capitalisation document produced by *Médecins du Monde* and Ibuka directed by Amélie Mutarabayire-Schafer, *Soutien psychologique des rescapés du génocide des Tutsis au Rwanda* in 2010.

des communautés (femmes, LGBTQI, handicapés, précaires, malades mentaux, ex-colonisés) dotés d'un pouvoir et de capacités d'agir pour mieux aimer, habiter, vivre au-delà de l'assignation à une identité de victime. Ce tournant « capacitaire » a, depuis, été expérimenté sur de multiples scènes d'intervention humanitaire dans le sillon des luttes pour les droits civiques des années 1960. Or, force est de constater que cette pluralité de combats historiques a été peu ou prou corneaquée par les puissances capitalistes, la séquence des luttes pionnières des années de combat se clôturant au moment même où ladite défense des droits de l'Homme se his-sait à hauteur de principes universels, répétés à satiété dans un contexte de difficile, voire de non-application dans la vie réelle.

Certes le tournant néolibéral a été prolix en production de normes, de codes, de conventions internationales et de codicilles additifs à signer, pays par pays. Mais pour quels réels effets au-delà du déclaratif ? La voie est étroite au-delà de l'éthique dite principielle rabâchée par la doxa occidentale. Dans certaines formes de tra-dithérapie, par exemple, l'obéissance du patient à son « maître » (parfois jusqu'à la flagellation) peut faire partie du dispositif de « soins ». Lorsque sa communauté devient sensible au fait que la personne enchaînée (phy-siquement ou pharmacologiquement) a des droits, convoquer les droits de l'Homme peut alors avoir un sens concret, en référence notamment à une pratique d'attention à autrui et à sa situation, ce que l'on appelle au-jourd'hui une éthique du care¹⁴. L'universalité des droits est alors posée, non pas en surplomb mais en situa-tion, sans que cela remette en cause l'intérêt des tradithérapies, camps de prières ou autres soins hétérodoxes.

— 14. Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2005.

the law and ethics is re-examined. Over the past forty years, a new right to a liveable life has been asserted for individuals and communities (women, LGBTQI, people with disabilities, people who are at risk, mentally ill or formerly colonised) endowed with the power and capability to improve how they love and live and transcend their as-signment to the status of victim. This "capability" shift has since been tested in many humanitarian interventions in the wake of the civil rights strug-gles of the 1960s. It must be said, however, that these multiple histori-cal struggles have been more or less driven by the capitalist powers, with the sequence of pioneering struggles during the years of combat ending at the very moment that the so-called defence of human rights was being raised to the level of universal princi-ples, repeated ad nauseam against a backdrop of problematic, if not a lack of, application in real life.

The neo-liberal shift has admitted-ly been prolific in the production of standards, codes, international con-ventions and codicils to be signed one country at a time, but to what real effect beyond the declarative? The path beyond the so-called principled ethics spouted by the Western nar-rative is narrow. Let's take an example. In some forms of traditional therapy, the patient's obedience to his "mas-ter" (sometimes to the point of flag-ellation) may be part of the "care" system. When the patient's commu-nity becomes aware of the fact that the (physically or pharmacologically) shackled person has rights, invoking human rights can then have a tangible meaning, with particular regard to the practice of paying attention to oth-ers and their situation – what we now call an ethics of care.¹⁴ The universal nature of rights is then posited not from above but *in situ*, without

— 14. Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2005.

C'est cela même que l'on peut aussi nommer décolonialité. Il devient alors pertinent pour les acteurs concernés sur le terrain d'outiller le droit (en termes de plaidoyer ou de jurisprudence) pour des pratiques de SMSPS plus soucieuses des situations d'oppression à la fois cumulatives (intersectionnalité) et abusives (abus de situation de pouvoir). De fait, la diversité des notions largement usitées en santé mentale telles que « décision assistée », « décision substitutive » ou « consentement éclairé » peut participer d'une recherche d'un usage plus adapté aux contextes culturels, et en des termes plus processuels, du couple capacité/incapacité.

Les nouveaux cadres « capacitaires » en santé mentale se référant aux droits de l'Homme peuvent être émancipateurs, à condition qu'ils soient relayés par des contre-pouvoirs in situ, issus des communautés de destin qui apprennent à « faire avec », cette nouvelle matière juridique contraignant, par exemple, les parties prenantes ayant signé des conventions à honorer leurs engagements. Chemin faisant, les sociétés civiles apprennent à manœuvrer le droit en santé mentale afin qu'il devienne un aiguillon mobilisateur visant à rendre les vies plus vivables. Cheminer auprès de mouvements émergents émancipateurs et libérateurs issus des sociétés civiles, à travers des activités de mobilisation citoyenne ou d'entraide communautaire en SMSPS par exemple, est l'un des enjeux majeurs auquel peuvent répondre les ONGI dans le cadre de l'opérationnalisation de l'agenda de la localisation de l'aide humanitaire.

challenging the value of traditional therapies, prayer camps or other unorthodox forms of care. This is precisely what we can also call decoloniality. It then becomes relevant for the actors involved in the field to equip the law (in terms of advocacy or jurisprudence) to develop MHPSS practices that are more mindful of situations of oppression that are both cumulative (intersectionality) and abusive (abuse of power). For example, the diversity of concepts such as "assisted decision", "substitute decision" or "informed consent" that are widely used in mental health may, in fact, be part of a search for a more culturally appropriate use, in more process-oriented terms, of the capacity/incapacity pairing.

As the new "capacity" frameworks in mental health refer to human rights, they can be emancipatory provided that they are backed up by in situ counter-powers from communities with a shared destiny that learn to "work with" this new legal matter, for example by forcing those stakeholders who have signed agreements to honour their commitments. Along the way, civil societies learn to manipulate mental health law so that it becomes a mobilising force to make lives more liveable. Working with emerging emancipatory and liberating movements from civil society, through citizen-mobilisation activities or community-based mutual aid in MHPSS for example, is therefore one of the major challenges that INGOs can address when operationalising the agenda for the localisation of humanitarian aid.

Translated from the French by Derek Scoins

Biographies



GUILLAUME PÉGON

Titulaire d'un doctorat de sociologie et d'anthropologie et d'un master en psychologie clinique, Guillaume Pegon est impliqué dans le secteur de la solidarité en France et à l'international depuis vingt ans. Il est actuellement responsable du secteur Santé mentale et soutien psychosocial au siège d'Action contre la Faim (Paris), chargé d'enseignement à l'École de Psychologues Praticiens (Lyon) et chercheur associé au Centre Max Weber (UMR 5283-Lyon). Ses principaux objets de recherche sont la transformation des pratiques et des politiques de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi que des programmes de lutte contre les violences liées au genre, à l'âge ou au handicap. Conscient des enjeux de santé mentale liés au dérèglement climatique, Guillaume explore actuellement dans quelle mesure la santé mentale globale et communautaire constitue une proposition collective pertinente face au dérèglement climatique, de lutte contre les inégalités de genre, sociales et climatiques, et d'une meilleure reconnaissance des communs.

Holder of a Doctorate in Sociology and Anthropology and a Master's degree in Clinical Psychology, Guillaume Pégon has been involved in the aid and development sector in France and at international level for twenty years. He is currently head of the *Santé mentale et soutien psychosocial* sector at the headquarters of Action against Hunger (Paris), a lecturer at the *École de Psychologues Praticiens* (Lyon) and an associate researcher at the *Centre Max Weber* (UMR 5283-Lyon). His main areas of research are the transformation of mental health and psychosocial support practices and policies, as well as programmes to combat gender-, age- and disability-related violence. Aware of the mental health issues associated with climate change, he is currently exploring how global and community mental health is a relevant collective proposal in the face of climate change, the fight against gender, social and climate inequalities, and better recognition of shared resources.

CHRISTIAN LAVAL

Titulaire d'un doctorat de sociologie et d'une maîtrise en santé mentale, Christian Laval est chercheur en sciences sociales. Il a cofondé l'Observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales dont il a été directeur adjoint durant quatorze ans, et la revue *Rhizome* qu'il a dirigée durant quatre ans. Il a aussi été coordonnateur national du volet qualitatif de la recherche évaluative sur le programme national « Un chez-soi d'abord ». Christian a publié de nombreux articles et livres sur ces questions. Par ailleurs, il est engagé depuis plus de vingt ans avec Médecins du Monde où il a rencontré et soutenu des programmes internationaux de santé mentale et de soutien psychosocial. À ce titre, il siège actuellement à la Commission nationale consultative des droits de l'Homme.

Holder of a Doctorate in Sociology and a Master's degree in Mental Health, Christian Laval is a social science researcher. He co-founded the *Observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales* of which he was deputy director for fourteen years, and the journal *Rhizome*, which he led for four years. He was also the national coordinator of the qualitative component of evaluative research on the national programme *Un chez-soi d'abord*. He has published numerous articles and books on these issues. He has also been involved with *Médecins du Monde* for over twenty years where he has encountered and supported international mental health and psychosocial support programmes. In this capacity, he currently sits on the *Commission nationale consultative des droits de l'Homme*.

MARIE VIVIANE GOUPOUGOUNI LENI

Titulaire d'un master de santé mentale, Marie Viviane Goupougouni Leni travaille dans le champ de la santé mentale depuis vingt-cinq ans. Elle est doctorante en psychopathologie à l'École doctorale multidisciplinaire, espaces cultures et développement de l'université d'Abomey-Calavi au Bénin. Marie Viviane est membre fondatrice de l'association Vie Libérée au Togo, créée pour et avec les usagers de santé mentale dans un but de réinsertion sociale des membres. Certifiée en addictologie ICAP (Professionnelle Internationale Certifiée), son domaine actuel de recherche est la réhabilitation psychosociale des personnes dépendantes aux substances psychoactives au Togo. Outre l'intérêt dans la prévention des abus sexuels sur mineurs au sein de l'Église catholique, elle a assuré des cours de psychiatrie sociale aux étudiants de master en santé mentale et à ceux de l'École nationale de formation sociale à Lomé-Togo. Sœur Leni est religieuse de l'Institut des Sœurs Hospitalières de Notre-Dame de Compassion au Togo.

Holder of a Master's degree in Mental Health, Marie Viviane Goupougouni Leni has been working in the field of mental health for twenty-five years and is a PhD student in psychopathology at the *Ecole Doctorale Multidisciplinaire, Espaces Cultures et Développement* of the University of Abomey-Calavi in Benin. She is a founder member of the association *Vie Libérée* in Togo, an NGO created for and with mental health service users whose aim is the social reintegration of its members. As an International Certified Addiction Professional (ICAP), her current field of research is the psychosocial rehabilitation of people dependent on psychoactive substances in Togo. In addition to her interest in the prevention of the sexual abuse of minors within the Catholic Church, she has given courses in social psychiatry to Master's students in mental health, and to students at the *Ecole Nationale de Formation Sociale* in Lomé, Togo. Sister Leni is a nun at the *Institut des Soeurs Hospitalières de Notre-Dame de Compassion* in Togo.

Champs d'exclusion, masculinité et santé mentale en République démocratique du Congo

Areas of exclusion, masculinity and mental health in the Democratic Republic of the Congo

Camille Maubert • Doctorante en développement international au Centre d'études africaines de l'université d'Édimbourg (Écosse)
Bénédiction Kimathe • Chargé des programmes de l'ONG Ghovodi (Groupe des hommes voués au développement intercommunautaire) en République démocratique du Congo

En matière de santé mentale comme ailleurs, les institutions fonctionnent selon des archétypes qui flèchent les financements et les efforts de soutien. Le cas de la République démocratique du Congo illustre les conséquences de ce mode de fonctionnement s'agissant de l'accès des hommes aux dispositifs de soins.

En République démocratique du Congo (RDC), une très récente politique de santé mentale¹ propose de renforcer l'intégration de la santé mentale à tous les niveaux du système public de santé. Elle vient consolider un premier programme national établi

In mental health, as elsewhere, institutions operate according to archetypes that skew funding and support efforts. The case of the Democratic Republic of the Congo illustrates the consequences of this mode of operation for men's access to care.

In the Democratic Republic of the Congo (DRC), a recent policy on mental health¹ has set out to improve the integration of mental health at all levels of the public healthcare system. It comes two decades after an initial programme, which managed to incorporate psychosocial support services into just 10% of public healthcare activities.² In many of the country's provinces, those seeking care are

— 1. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, « Politique sous-sectorielle de santé mentale », Secrétariat général à la Santé, République démocratique du Congo, 2022.

— 1. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, « Politique sous-sectorielle de santé mentale », Secrétariat général à la Santé, République démocratique du Congo, 2022.

— 2. *Idem*.

deux décennies plus tôt, et à l'issue duquel seules 10 % des structures de santé publique ont intégré les services psychosociaux à leurs activités². Dans de nombreuses provinces du pays, les demandeurs de soins doivent parcourir des centaines de kilomètres de pistes pour trouver un psychologue³. Ces conditions dissuasives, associées à des difficultés organisationnelles (insuffisance d'infrastructures) et opérationnelles (manque de personnel qualifié ainsi que de ressources matérielles et financières), représentent des obstacles considérables à l'accès universel revendiqué par la nouvelle politique.

Une politique inclusive, une application parcellaire

Selon le document programmatique, l'ensemble de la population congolaise devrait pouvoir accéder aux services de santé mentale et à la prise en charge des problèmes liés aux psycho-traumatismes. Le texte reconnaît des besoins grandissants⁴ dus aux conflits armés, aux épidémies et à la pauvreté qui affectent les Congolais de manière chronique depuis les années 1990. Dans les faits, cependant, on constate que de nombreux champs d'exclusion perdurent, à commencer par les hommes – dont les auteurs de violences eux-mêmes – qui sont largement marginalisés par les services de santé mentale. Invisibilisés dans les politiques de santé publique,

required to travel hundreds of kilometres along unpaved roads to find a psychologist.³ These discouraging conditions, combined with organisational difficulties (poor infrastructure) and operational challenges (lack of qualified personnel and material/financial resources), are significant barriers to the universal access advocated under the new policy.

Inclusive policy, piecemeal implementation

According to the document outlining the programme, the entire Congolese population should have access to mental health services and help with addressing problems linked to psychological trauma. The text recognises the growing needs⁴ resulting from the armed conflicts, epidemics and poverty which have chronically afflicted the Congolese population since the 1990s. In practice, however, it is clear that multiple areas of exclusion exist, starting with men – including the perpetrators of violence themselves – who are largely marginalised by mental health services. Invisibilised in public health policy, ignored by care providers and stigmatised by society, men's psychological suffering is rarely considered. This article, stemming from the authors' observations in eastern DRC, spotlights the discursive and sociocultural mechanisms underlying the marginalisation of men in mental health issues.

In our article, we start by examining the way in which humanitarian policies,

— 2. *Idem*.

— 3. World Health Organization, *Mental health Atlas country profile 2014: Democratic Republic of the Congo*, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2014-country-profiles/cog.pdf?sfvrsn=f1018bf0_3&download=true

— 4. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, « Rapport final de l'atelier de réflexion sur l'intégration de la Santé mentale dans les soins de santé primaire en République démocratique du Congo », Programme national de Santé mentale, Secrétariat général à la Santé, République démocratique du Congo, 2022 ; Theresa Jones, Juliet Bedford et Le Groupe de Référence du CPI pour la Santé mentale et le soutien psychosocial, *Considérations clés : santé mentale et soutien psychosocial dans la province du Nord-Kivu, en RDC*, Social Science in Humanitarian Action Platform, octobre 2018, <https://f1000research.com/documents/9-412>

— 3. World Health Organization, *Mental health Atlas country profile 2014: Democratic Republic of the Congo*, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2014-country-profiles/cog.pdf?sfvrsn=f1018bf0_3&download=true

— 4. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, « Rapport final de l'atelier de réflexion sur l'intégration de la Santé mentale dans les soins de santé primaire en République démocratique du Congo », Programme national de Santé mentale, Secrétariat général à la Santé, République démocratique du Congo, 2022 ; Theresa Jones, Juliet Bedford et Le Groupe de Référence du CPI pour la Santé mentale et le soutien psychosocial, *Considérations clés : santé mentale et soutien psychosocial dans la province du Nord-Kivu, en RDC*, Social Science in Humanitarian Action Platform, octobre 2018, <https://f1000research.com/documents/9-412>



CAMILLE
MAUBERT



BÉNÉDICTION
KIMATHE

inaudible par les prestataires de soin et stigmatisée par la société, la souffrance psychologique des hommes est rarement prise en compte. Cet article, élaboré à partir des observations des auteurs dans l'est de la RDC, met en avant les mécanismes discursifs et socio-culturels qui sous-tendent la marginalisation des hommes dans les questions de santé mentale.

Dans un premier temps, nous examinerons la manière dont les politiques humanitaires, largement influencées par le cadre discursif du « viol comme arme de guerre », orientent majoritairement vers prestations de santé mentale les femmes victimes de violences sexuelles et, ce faisant, excluent quasi systématiquement les hommes. En parallèle, les normes locales de masculinité constituent un obstacle supplémentaire à l'accès des hommes à la santé mentale. Nous explorerons ensuite les attitudes des communautés et des prestataires de santé face à l'expression de la souffrance masculine, et l'exclusion que les unes et les autres produisent. Ces dimensions politiques et socio-culturelles sont un frein significatif – bien que peu reconnu – à la provision inclusive de la santé mentale en RDC. Nous concluons l'article avec une série de propositions concrètes pour une meilleure incorporation et prise en compte des besoins des hommes et des auteurs de violences dans les programmes de santé mentale.

Au préalable, nous souhaitons insister sur le fait que l'attention portée à la souffrance des hommes ne minore en aucun cas l'importance de la violence vécue par les femmes et l'ampleur de leurs besoins s'agissant de services psychologiques. Les femmes et les filles sont effectivement touchées par la violence de manière disproportionnée. Cependant, dans un contexte comme celui de la RDC, où la plupart des personnes ont connu de

heavily influenced by the discursive framework of "rape as a weapon of war", focus their mental healthcare services predominantly on female victims of sexual violence and which, in so doing, almost systematically excludes men. At the same time, local norms of masculinity constitute a further barrier to men's access to mental healthcare. We then explore the attitudes of communities and healthcare providers towards manifestations of male suffering and the exclusion resulting from these. These political and sociocultural aspects constitute a serious – albeit little acknowledged – obstacle to the provision of inclusive mental healthcare in the DRC. We conclude the article with a series of concrete proposals for improved integration and awareness of the needs of men and of perpetrators of violence in mental health programmes.

First, we would like to emphasise the fact that any attention focused on men's suffering in no way diminishes the gravity of the violence experienced by women and the extent of their needs in terms of psychological services. Women and girls are indeed disproportionately affected by violence. However, in a context such as that of the DRC where most people have experienced numerous forms of victimisation⁵, it is necessary to pay more conscious attention to men's experiences. It must be admitted that debates in the care sector and feminist circles tend to quickly become bogged down in zero-sum arguments on the appropriation by men of "funding for women".⁶

— 5. Marian T. A. Tankink and Henny Slegh, *Living Peace in Democratic Republic of the Congo: An Impact Evaluation of an Intervention with Male Partners of Women Survivors of Conflict-Related Rape and Intimate Partner Violence*, Promundo-Living Peace, 2017, <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/living-peace-democratic-republic-congo-impact-evaluation>

— 6. Jerker Edström, "The male order development encounter", *IDS Bulletin*, vol. 45, no. 1, 2014, pp. 111–123, https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/7297/IDSB_45_1_10.1111-1759-5436.12076.df?jsessionid=B37072EECAD49BC6483C1EB70C108E93?sequence=1

multiples formes de victimisation⁵, il est nécessaire d'accorder une attention plus soutenue aux expériences des hommes. Or, force est de constater que les débats dans le secteur de l'aide et au sein des cercles féministes tendent à s'enliser rapidement dans des arguments à somme nulle sur l'appropriation par les hommes du « financement des femmes »⁶.

Nous soutenons qu'en RDC, le silence sur la souffrance des hommes a laissé une grande partie d'entre eux – qu'ils soient victimes ou auteurs de violences – sans réponse à leurs problèmes, malgré le fait que cette souffrance croise et aggrave celle de leurs épouses, de leurs enfants et de la communauté en général⁷. En effet, nos recherches montrent que, dans un contexte plus large de violence structurelle profonde, les hommes sont continuellement exposés à la violence des porteurs d'armes, à la corruption et à la criminalité, ce qui aggrave leurs expériences de la pauvreté et entraîne la méfiance, le désespoir et l'isolement social. Par conséquent, leurs identités conjointes d'auteurs, survivants et témoins de la violence, doivent être considérées avec attention. Reconnaître que les hommes, comme les femmes, connaissent des niveaux extrêmes de souffrance – bien que selon des modalités différentes – est une condition préalable à la mise

We argue that in the DRC the silence shrouding men's suffering has left a significant proportion of them – whether victims or perpetrators of violence – with no solutions to their problems, despite the fact that this suffering interweaves with and exacerbates that of their spouses, children and the community in general.⁷ Indeed, our research shows that, in a wider context of deep-seated structural violence, men are constantly exposed to the violence of armed individuals, to corruption and criminality, and this compounds the poverty they experience, leading to feelings of mistrust, confusion and social isolation. As a result, their combined identities as perpetrators, survivors and witnesses of this violence must be carefully considered. Acknowledging that men, like women, experience extreme levels of suffering – albeit in different ways – is a prerequisite for the establishment of a more comprehensive and inclusive mental health system that benefits the whole community.

« En RDC, le silence sur la souffrance des hommes a laissé une grande partie d'entre eux – qu'ils soient victimes ou auteurs de violences – sans réponse à leurs problèmes. »

“In the DRC the silence shrouding men's suffering has left a significant proportion of them – whether victims or perpetrators of violence – with no solutions to their problems.”

— 5. Marian T. A. Tankink and Henny Slegh, *Living Peace in Democratic Republic of the Congo: An Impact Evaluation of an Intervention with Male Partners of Women Survivors of Conflict-Related Rape and Intimate Partner Violence*, Promundo-Living Peace, 2017, <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/living-peace-democratic-republic-congo-impact-evaluation>

— 6. Jerker Edström, “The male order development encounter”, *IDS Bulletin*, vol. 45, no. 1, 2014, pp. 111–123, https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/7297/IDSB_45_1_10.1111-1759-5436.12076.df?sessionId=B37072EECAD49BC6483C1EB70C108E93?sequence=1

— 7. Chris Dolan, “Has patriarchy been stealing the feminists' clothes? Conflict-related sexual violence and UN Security Council resolutions”, *IDS Bulletin*, vol. 45, no. 1, 2014, pp. 80–84, https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/7302/IDSB_45_1_10.1111-1759-5436.12071.pdf?sequence=1

— 7. Chris Dolan, “Has patriarchy been stealing the feminists' clothes? Conflict-related sexual violence and UN Security Council resolutions”, *IDS Bulletin*, vol. 45, no. 1, 2014, pp. 80–84, https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/7302/IDSB_45_1_10.1111-1759-5436.12071.pdf?sequence=1

en place d'un système de santé mentale plus complet et inclusif qui profitera à l'ensemble de la communauté.

La marginalisation des hommes dans les discours humanitaires

Sur le territoire de la RDC, près de 90 % des infrastructures de soins de santé mentale sont prises en charge par des organisations non gouvernementales (ONG)⁸ qui pallient l'incapacité de l'État congolais à fournir ces soins. Par conséquent, la prestation des soins de santé mentale est influencée par les exigences de la collecte de fonds et les priorités humanitaires, notamment en zones de crise.

Dans son analyse des réponses institutionnelles à la violence sexuelle dans les conflits armés en RDC, Chloé Lewis⁹ décrit l'émergence de l'archétype de la « femme victime de viol » et son influence sur les discours des acteurs humanitaires. Cet archétype, qui présente la femme congolaise comme désemparée, brutalisée et victimisée, a abouti aux résolutions 1325 et 1820 de l'ONU et a conféré une légitimité indiscutable à l'architecture de la réponse internationale. Lewis présente le sujet victime (féminin) comme une « ressource culturelle puissante » pour l'établissement de l'ordre du jour¹⁰, ce qui, selon elle, explique sa longévité. Bien que l'archétype de la « femme victime » ait attiré l'attention internationale sur l'étendue du phénomène du « viol comme arme de guerre » et contribué à développer des réponses humanitaires complètes pour les femmes et les filles victimes, ce récit unique n'en demeure pas

The marginalisation of men in humanitarian discourse

Throughout the DRC, more than 90% of the mental healthcare infrastructure is managed by non-governmental organisations (NGOs)⁸ compensating for the inability of the Congolese State to provide this care. As a result, the provision of mental healthcare is subjected to the pressures of fundraising and humanitarian priorities, notably in crisis zones.

In her analysis of institutional responses to sexual violence in armed conflicts in the DRC, Chloé Lewis⁹ describes the emergence of the archetypal “female rape victim” and her influence on the discourse of humanitarian actors. This archetype, representing Congolese women as distraught, brutalised and victimised, led to UN resolutions 1325 and 1820 and conferred an indisputable legitimacy on the structure of international response. Lewis presents the (female) victim subject as a “powerful cultural resource” when it comes to setting the agenda¹⁰, which in her view explains why it has endured. Although the archetype of the “female victim” has attracted international attention regarding the extent of “rape as a weapon of war” and helped to develop comprehensive humanitarian responses for women and girl victims, this one-sided narrative nevertheless remains an issue. In effect, the hegemony of this simplified and essentialist model of the “female-victim” coincides with the emergence and wide dissemination of that of the “male-perpetrator”. As Lewis explains, “whether it is explicit or not, the

— 8. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, « Politique sous-sectorielle... », *op. cit.*

— 9. Chloé Lewis, *Gender protection/Protecting the gender order: rethinking responses to sexual violence in armed conflict and its aftermath*, Unpublished Thesis, 2018, Oxford University.

— 10. R. Charli Carpenter, “Women, children, and other vulnerable groups: gender, strategic frames and the protection of civilians as a transnational issue”, *International Studies Quarterly*, vol. 49, no. 2, 2005, pp. 295–334, <https://fbaum.unc.edu/teaching/articles/Carpenter-ISQ-2005.pdf>

— 8. Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention, « Politique sous-sectorielle... », *op. cit.*

— 9. Chloé Lewis, *Gender protection/Protecting the gender order: rethinking responses to sexual violence in armed conflict and its aftermath*, Unpublished Thesis, 2018, Oxford University.

— 10. R. Charli Carpenter, “Women, children, and other vulnerable groups: gender, strategic frames and the protection of civilians as a transnational issue”, *International Studies Quarterly*, vol. 49, no. 2, 2005, pp. 295–334, <https://fbaum.unc.edu/teaching/articles/Carpenter-ISQ-2005.pdf>

moins problématique. En effet, l'hégémonie de ce modèle simplifié et essentialiste de la « femme-victime » coïncide avec l'émergence et la large diffusion de celui de « l'homme-perpétrateur ». Comme l'explique Lewis, « qu'il soit explicite ou non, l'imaginaire partagé de la femme congolaise repose sur des hypothèses contraires concernant l'homme congolais et les réifie. Il s'agit essentiellement de son identité, [et] des préjugés sexuels qu'il commet (inévitavelmente).¹¹ »

Cet imaginaire simplifié de la « femme-victime » et de l'« homme-perpétrateur » a des implications matérielles importantes au sens où il crée des exclusions en influençant les priorités s'agissant de bénéficiaires des prestations de services. Pourtant, au niveau des directives du Comité permanent inter-organisations (IASC)¹² concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, les hommes sont *explicitement* inclus comme population vulnérable encourant un risque accru de problèmes psychologiques. Cependant, dans le contexte congolais, les ressources restent *implicitement* dirigées vers les femmes. Par exemple, la plupart des recherches sur la santé mentale menées en RDC sont concentrées sur les violences sexuelles perpétrées sur les femmes et sur les enfants anciennement associés à des groupes armés¹³. Cela vient du fait que ces

« La prestation des soins de santé mentale est influencée par les exigences de la collecte de fonds et les priorités humanitaires, notamment en zones de crise. »

“The provision of mental healthcare is subjected to the pressures of fundraising and humanitarian priorities, notably in crisis zones.”

shared vision of the Congolese woman is based on conflicting assumptions regarding the Congolese man and reifies them. It is primarily a question of his identity [and] the sexual harm he (inevitably) commits”.¹¹

This simplified imagery of “female victim” and “male perpetrator” has significant material implications in the sense that it leads to exclusion by influencing priorities in terms of the recipients of the services provided. Nevertheless, in the guidelines of the Interagency Standing Committee¹² concerning mental health and psychosocial support in emergency situations, men are explicitly included as a vulnerable population with an increased risk of psychological problems. However, in the Congolese context, resources remain implicitly directed towards women. For example, most of the research on mental health issues carried out in the DRC is focused on sexual violence perpetrated on women and children formerly

— 11. Chloé Lewis, *Gender Protection...*, op. cit., p. 219.

— 12. *Directives du Comité permanent inter-organisations*, 2007, https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_guidelines_mhpps_french.pdf

— 13. An Verelst, Maarten De Schryver, Eric Broekaert et al., “Mental health of victims of sexual violence in eastern Congo: associations with daily stressors, stigma and labelling”, *BMC Women's Health*, vol. 14, no. 106, 2014, <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1472-6874-14-106.pdf>; Kirsten Johnson, Jennifer Scott, Bigy Rughita et al., “Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the eastern Democratic Republic of the Congo”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, no. 5, 2010, pp. 553–562 ;

— 11. Chloé Lewis, *Gender Protection...*, op. cit., p. 219.

— 12. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, 2007, <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>

deux groupes sont considérés comme vulnérables *de facto*¹⁴, et comme affectés de manière disproportionnée par la violence. A contrario, l'homme congolais n'est perçu qu'à travers le prisme de la souffrance infligée, et non de la souffrance vécue.

Nous soutenons ici que la large diffusion de ces archétypes produit une forme d'exclusion épistémique en empêchant que la souffrance des hommes soit « connue », et donc prise en compte. Alors que la souffrance psychologique des hommes est documentée par certaines organisations¹⁵, il reste difficile pour les acteurs humanitaires de penser au-delà du cadre discursif en place¹⁶. Il en résulte que l'accès au statut de « victime » ou de « personne traumatisée » ayant droit toutes deux à un soutien psychologique est en partie conditionné par ce discours hégémonique en vigueur en RDC. Les chercheuses

associated with armed groups.¹³ This is because these two groups are seen *de facto* as vulnerable¹⁴ and as being disproportionately affected by violence. In contrast, the Congolese man is only perceived through the lens of suffering inflicted and not of suffering endured.

We argue here that the wide dissemination of these archetypes results in a form of epistemic exclusion by preventing men's suffering from being "known" and therefore taken into account. While the psychological suffering of men has been well documented by certain organisations,¹⁵ it is difficult for humanitarian actors to think outside the discursive box.¹⁶ As a result,

Steinar Johannessen & Helge Holgersen, "Former child soldiers' problems and needs: Congolese experiences", *Sage Journals*, vol. 24, no. 1, 2014, pp. 55–56 ; Katharin Hermenau, Tobias Hecker, Anna Maedl et al., "Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo", *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 4, 2013.

— 14. Camille Maubert, « Regards critiques sur la protection de l'enfance en République démocratique du Congo », *Alternatives Humanitaires*, n° 19, mars 2022, p. 46–59, <https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2022/03/25/regards-critiques-sur-la-protection-de-lenfance-en-republique-democratique-du-congo>

— 15. Promundo-US, *Living peace groups: Implementation manual and final project report*, GBV prevention and social restoration in the DRC and Burundi, 2014, https://www.academia.edu/14715694/Living_Peace_Groups_Implementation_Manual_and_Final_Project_Report ; Henny Slegh, Gary Barker and Ruti Levtoy, *Gender relations, sexual and gender-based violence and the effects of conflict on women and men in North Kivu, eastern Democratic Republic of the Congo: results from the international men and gender equality survey (IMAGES)*, Promundo-US and Sonke Gender Justice, May 2014, <https://promundo.org.br/wp-content/uploads/2014/12/Gender-Relations-Sexual-and-Gender-Based-Violence-and-the-Effects-of-Conflict-on-Women-and-Men-in-North-Kivu-Eastern-DRC-Results-from-IMAGES.pdf>

— 16. Camille Maubert, "From the 'évolué' to the 'genre' man: A decolonial analysis of gender transformative interventions in the Democratic Republic of Congo", 4th Global Conference on Women's Studies, London, United Kingdom, November 2022.

— 13. An Verelst, Maarten De Schryver, Eric Broekaert et al., "Mental health of victims of sexual violence in eastern Congo: associations with daily stressors, stigma and labelling", *BMC Women's Health*, vol. 14, no. 106, 2014, <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1472-6874-14-106.pdf> ; Kirsten Johnson, Jennifer Scott, Bigy Rughita et al., "Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the eastern Democratic Republic of the Congo", *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, no. 5, 2010, pp. 553–562 ; Steinar Johannessen & Helge Holgersen, "Former child soldiers' problems and needs: Congolese experiences", *Sage Journals*, vol. 24, no. 1, 2014, pp. 55–56 ; Katharin Hermenau, Tobias Hecker, Anna Maedl et al., "Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo", *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 4, 2013.

— 14. Camille Maubert, "Critical perspectives on child protection in the Democratic Republic of Congo", *Humanitarian Alternatives*, no. 19, March 2022, pp. 46–59, <https://www.alternatives-humanitaires.org/en/2022/03/25/critical-perspectives-on-child-protection-in-the-democratic-republic-of-congo>

— 15. Promundo-US, *Living peace groups: Implementation manual and final project report*, GBV prevention and social restoration in the DRC and Burundi, 2014, https://www.academia.edu/14715694/Living_Peace_Groups_Implementation_Manual_and_Final_Project_Report ; Henny Slegh, Gary Barker and Ruti Levtoy, *Gender relations, sexual and gender-based violence and the effects of conflict on women and men in North Kivu, eastern Democratic Republic of the Congo: results from the international men and gender equality survey (IMAGES)*, Promundo-US and Sonke Gender Justice, May 2014, <https://promundo.org.br/wp-content/uploads/2014/12/Gender-Relations-Sexual-and-Gender-Based-Violence-and-the-Effects-of-Conflict-on-Women-and-Men-in-North-Kivu-Eastern-DRC-Results-from-IMAGES.pdf>

— 16. Camille Maubert, "From the 'évolué' to the 'genre' man: A decolonial analysis of gender transformative interventions in the Democratic Republic of Congo", 4th Global Conference on Women's Studies, London, United Kingdom, November 2022.

Maria Eriksson Baaz et Maria Stern¹⁷ dénoncent cette écoute partielle de l'industrie humanitaire qui agit comme un biais de confirmation où seules les informations qui correspondent au récit dominant sont préservées quand les autres deviennent inintelligibles.

Normes de masculinité et invisibilité de la souffrance des hommes

À l'échelle des communautés, les normes de masculinité constituent un obstacle supplémentaire à l'accès des hommes à la santé mentale. En RDC, comme dans de nombreuses sociétés patriarcales, les attitudes et comportements collectifs sont influencés par un ensemble de règles et de valeurs qui spécifient la façon dont les hommes et les femmes doivent agir. Selon les autrices Carol Gilligan et Naomi Snider, « plus insidieusement, le patriarcat existe aussi en interne, façonnant la façon dont nous pensons et ressentons, dont nous nous percevons et jugeons nos désirs, nos relations et le monde dans lequel nous vivons »¹⁸. En d'autres termes, les normes sociales de masculinité et féminité déterminent les comportements, mais aussi les émotions qui sont jugées appropriées pour chaque sexe.

Le patriarcat est fondé sur le détachement masculin, l'atténuation de l'empathie et la dissimulation de la vulnérabilité. Dans un système où le masculin doit dominer, les hommes sont en danger s'ils se montrent trop vulnérables. Commentant les dimensions psychologiques du patriarcat, Bell Hooks explique que « la culture patriarcale ne se soucie pas vraiment du malheur des hommes. [...] Les mœurs patriarcales enseignent

access to the status of "victim" or "traumatised person", both entitled to psychological support, is in part conditioned by the hegemonic discourse in effect in the DRC. Researchers Maria Eriksson Baaz and Maria Stern¹⁷ denounce this partial attention paid by the humanitarian industry, which acts as confirmation bias meaning that only information in line with the dominant narrative is retained while the rest is considered unintelligible.

Norms of masculinity and the invisibility of men's suffering

At community level, norms of masculinity constitute a further barrier to men's access to mental healthcare. In the DRC, as in many patriarchal societies, shared attitudes and behaviour are influenced by a set of rules and values which dictate how men and women should behave. According to authors Carol Gilligan and Naomi Snider, "more insidiously, patriarchy also exists internally, shaping how we think and feel, how we perceive and judge others, our desires, our relationships and the world we live in".¹⁸ In other words, social norms of masculinity and femininity determine behaviour but also the emotions judged to be appropriate for each sex.

Patriarchy is based on male detachment, the attenuation of empathy and the concealment of vulnerability. In a system where men are expected to be dominant, they are at risk if they show too much vulnerability. Commenting on the psychological dimensions of patriarchy, bell hooks explains that "the patriarchal culture really does not care if men are unhappy. [...] Patriarchal mores teach a form of emotional stoicism to men that says they are more manly if they do not feel".¹⁹ There is only one

— 17. Maria Eriksson Baaz and Maria Stern, *Sexual Violence as a Weapon of War? Perceptions, Prescriptions, Problems in the Congo and Beyond*, Zed Books, 2013.

— 18. Carol Gilligan et Naomi Snider, *Pourquoi le patriarcat ?*, Flammarion, 2021.

— 17. Maria Eriksson Baaz and Maria Stern, *Sexual Violence as a Weapon of War? Perceptions, Prescriptions, Problems in the Congo and Beyond*, Zed Books, 2013.

— 18. Carol Gilligan and Naomi Snider, *Why Does Patriarchy Persist?*, Polity, 2018, p. 6.

— 19. Bell Hooks, *The Will to Change: Men, Masculinity and Love*, Washington Square Press, 2004, p. 5.

aux hommes une forme de stoïcisme émotionnel selon lequel ils sont plus virils s'ils ne ressentent rien.¹⁹ » Il n'y a qu'une seule émotion que le patriarcat valorise lorsqu'elle est exprimée par les hommes : la colère.

En RDC, les attentes sociales envers les hommes sont d'être fort physiquement et mentalement, d'être responsable et de subvenir à l'ensemble des besoins de la famille, et de contrôler leurs émotions. Être un homme signifie être aux commandes en permanence, se sentir maître de la situation et ne pas montrer ses faiblesses. Les garçons sont encouragés à ne pas pleurer et les hommes à ne pas parler de leurs problèmes, même avec leurs épouses. Nos observations auprès des hommes qui participent aux activités de l'ONG congolaise Ghovodi (Groupe des hommes voués au développement intercommunautaire)²⁰ pour la réduction de la violence dans les familles montrent l'incapacité des hommes à s'ouvrir sur leurs besoins psychologiques et émotionnels, et ce, malgré la surcharge des attentes et de multiples stressors quotidiens. Certains d'entre eux parlent d'un état de colère et de détresse intérieure qu'ils ne parviennent pas à exprimer sans violence. Face à des normes sociales qui stigmatisent la faiblesse masculine, les hommes gèrent seuls leur mal-être – et parfois se tournent vers des mécanismes d'adaptation destructeurs (alcool, drogues, comportements à risque).

Les normes de masculinité sont donc un obstacle important à l'utilisation par les hommes des services de santé mentale. Même lorsque ceux-ci sont disponibles, les hommes hésitent à venir y chercher un soutien, car les « maisons d'écoute » et autres structures de santé mentale sont avant tout considérées comme des services dédiés aux femmes et aux filles. Par ailleurs, ceux qui font la démarche sont

emotion that patriarchy values when it is expressed by men: anger.

In the DRC, society's expectations of men are for them to be physically and mentally strong, to be responsible and provide for all the family's needs and to control their emotions. To be a man means to be in charge all the time, to feel in control and never show any weakness. Boys are encouraged not to cry and men not to speak of their problems, even with their wives. Our observations of men participating in the activities of the Congolese NGO Ghovodi (*Groupe des hommes voués au développement intercommunautaire*, Groups of Persons Vowed to Intercommunity Development)²⁰ working to reduce violence within families show how these men are not able to be open about their psychological and emotional needs, despite an overload of expectations and multiple daily stressors. Some of them talk of a state of anger and internal distress that they are unable to express without violence. In the face of social norms stigmatising male weakness, men deal with their malaise alone – and sometimes turn to destructive coping mechanisms (alcohol, drugs, high-risk behaviour).

Norms of masculinity are thus a significant barrier to men's use of mental health services. Even when these are available, men are often reluctant to seek support from them because *maisons d'écoute* (counselling centres) and other mental healthcare facilities are regarded first and foremost as services for women and girls. Furthermore, those who do approach them are sometimes given a poor reception by care providers who themselves adhere to the social norms and do not take them seriously. Chris Dolan,²¹ who studies the marginalisation of male

— 19. Bell Hooks, *The Will to Change: Men, Masculinity and Love*, Washington Square Press, 2004, p. 5.

— 20. Camille Maubert, « Regards critiques sur... », art. cit.

— 20. Camille Maubert, "Critical perspectives...", art. cit.

— 21. Chris Dolan, "Letting go of the gender binary: Charting new pathways for humanitarian interventions on gender-based violence", *International Review of the Red Cross*, vol. 96, no. 894, 2014, pp. 485–501.

parfois mal reçus par les prestataires de soins, qui adhèrent eux-mêmes aux normes sociales et ne les prennent pas au sérieux. Chris Dolan²¹, qui étudie la marginalisation des hommes victimes de violences sexuelles, montre qu'ils rencontrent des difficultés à être reconnus comme victimes et à obtenir un soutien médical et psychologique. Selon lui, cela est dû à la fois au manque de sensibilisation du personnel de terrain au traitement des survivants hommes, et aux préjugés culturels. Au-delà des violences sexuelles, le silence collectif sur la souffrance des hommes et la stigmatisation sociale des expressions de faiblesse sont des facteurs clés de marginalisation des hommes.

Pistes de réflexion

Cet article met en lumière l'influence des discours essentialistes tant au niveau des politiques humanitaires (avec les archétypes de femme-victime et d'homme-perpétrateur) qu'au niveau des communautés (avec les normes de masculinité) sur la reconnaissance, l'acceptabilité et le traitement de la souffrance des hommes. D'un côté, les injonctions à la puissance et à l'endurance et, de l'autre, l'invisibilité des besoins psychologiques ont pour conséquence l'exclusion *de facto* des hommes des soins de santé mentale. Nous concluons avec quelques propositions pour améliorer l'accompagnement psychologique des hommes.

- Repenser la santé mentale à travers le concept d'intersectionnalité²² : ce concept réfère à la nature interconnectée des catégorisations sociales telles que la race, la classe et le sexe, créant des systèmes de discrimination qui se chevauchent et sont interdépendants. L'accent dominant mis sur le genre comme

« Les «maisons d'écoute» et autres structures de santé mentale sont avant tout considérées comme des services dédiés aux femmes et aux filles. »

“Maisons d'écoute (counselling centres) and other mental healthcare facilities are regarded first and foremost as services for women and girls.”

victims of sexual violence, shows they have difficulty in being recognised as victims and in obtaining medical and psychological support. According to him, this is due both to the staff on the ground lacking awareness of how to treat male survivors and to cultural prejudices. Aside from sexual violence, the collective silence on the suffering of men and the social stigmatisation of expressions of weakness are key factors in the marginalisation of men.

Avenues for reflection

This article highlights the influence of essentialist discourse both in humanitarian policies (with the archetypes of female victim and male perpetrator) and within communities (with their norms of masculinity) on the acknowledgment, acceptability and treatment of male suffering. Expectations for males to be strong and practically invincible on the one hand and the invisibility of their psychological needs on the other lead to the *de facto* exclusion of men from mental health care. We will conclude with some proposals aimed at improving psychological support for men.

- Changing the approach to mental health through the concept of intersectionality:²² this concept re-

— 21. Chris Dolan, "Letting go of the gender binary: Charting new pathways for humanitarian interventions on gender-based violence", *International Review of the Red Cross*, vol. 96, no. 894, 2014, pp. 485–501.

— 22. Kimberlé William Crenshaw, *On Intersectionality: Essential Writings*, The New Press, 2014.

— 22. Kimberlé William Crenshaw, *On Intersectionality: Essential Writings*, The New Press, 2014.

cadre pour « connaître » la souffrance crée des hiérarchies dans lesquelles la souffrance des femmes est visible tandis que les compréhensions et les expériences alternatives sont réduites au silence. Une approche intersectionnelle permet de prendre en compte les multiples identités possibles des hommes qui peuvent être à la fois auteurs et victimes de violence.

- Travailler sur l'environnement communautaire : reconnaître la souffrance des hommes et leur lien direct avec les violences vécues par les femmes nous amène à questionner les approches centrées sur l'individu et à proposer une approche collective à l'échelle de la famille ou de la communauté. Ce travail sur les facteurs favorisant les traumatismes des personnes permettrait de développer un environnement résilient et protecteur pour une amélioration plus durable de la santé mentale.
- Faciliter la création de cadres d'expression collectifs – par exemple au sein des églises ou des quartiers – pour encourager une prise de conscience individuelle et collective de la souffrance des hommes.

fers to the interconnected nature of social categorisations such as race, class and gender, creating overlapping and interdependent systems of discrimination. The overriding emphasis placed on gender as the framework for "awareness" of suffering creates hierarchies in which women's suffering is visible and alternative experiences and understanding are muted. An intersectional approach makes it possible to factor in the many possible identities of men who can at once be both the perpetrators and the victims of violence.

- Working on the community environment: recognising men's suffering and its direct link to violence experienced by women leads us to question approaches centred on the individual and to propose a collective approach at family or community level. This work on factors underlying personal trauma would make it possible to establish a resilient, protective environment, leading to more lasting improvements in mental health.
- Encouraging the creation of communal structures for expression – for example within churches or neighbourhoods – to foster individual and collective awareness of men's suffering.

Translated from the French by Fay Guerry

Biographies



CAMILLE MAUBERT

Camille Maubert termine un doctorat en développement international au Centre d'études africaines de l'université d'Édimbourg, en Écosse. Elle travaille sur le changement social dans le cadre des projets de prévention de la violence basée sur le genre dans les contextes de conflit. À travers le cas de la République démocratique du Congo, elle analyse les modalités de transformation des comportements individuels et collectifs, notamment en examinant les résistances au changement, la complexité des normes de genre et la manière dont elles déterminent l'adhésion continue des personnes à des comportements violents. Parallèlement, Camille travaille comme praticienne du développement et consultante dans le cadre de la recherche sur la masculinité positive, la protection des personnes vulnérables, et la participation des femmes dans la paix pour des organisations telles que Save the Children, Translators Without Borders, ou l'UNICEF.

Camille Maubert is finishing her PhD in International Development at the Centre of African Studies at the University of Edinburgh (Scotland). She is working on social change in the context of projects for the prevention of gender-based violence in conflict situations. Using the Democratic Republic of the Congo as a case study, she is analysing the process of transforming individual and collective behaviour, in particular by studying resistance to change, the complexity of gender norms and the way in which they determine the continued recourse of individuals to violent behaviour. At the same time, Camille is working as a development practitioner and consultant in the field of research on positive masculinity, the protection of vulnerable people and women's participation in peace projects within organisations such as Save the Children, Translators Without Borders and UNICEF.

BÉNÉDICTION KIMATHE

Engagé dans la coordination et la gestion des programmes de développement en matière de violences basées sur le genre (VBG), genre et masculinité positive depuis 2014 en République démocratique du Congo (RDC), Bénédiction Kimathe est un acteur clé dans les mécanismes de coordination humanitaire. Il est aussi impliqué dans les travaux de recherche sur les masculinités ainsi que sur les dynamiques de santé mentale communautaire à l'est de la RDC. Il intervient, depuis 2018, avec le Bureau international catholique de l'enfance dans la mise en œuvre d'un programme sur la résilience assistée avec l'unité sur la résilience de l'Université catholique de Milan et au Tchad, depuis 2021, pour la mise en œuvre des approches de prévention et de réponse aux violences faites aux enfants au sein des écoles. Actuellement, Bénédiction est chargé des programmes de l'ONG Ghovodi (Groupe des hommes voués au développement intercommunautaire) œuvrant dans les secteurs de la santé mentale communautaire, VBG, santé, genre et de transformation des masculinités dans plusieurs provinces de la RDC.

Engaged in the coordination and management of development projects addressing gender-based violence (GBV), gender and positive masculinity in the Democratic Republic of the Congo (DRC) since 2014, Bénédiction Kimathe is a key player in humanitarian coordination mechanisms. He is also involved in research work on masculinities and on community mental health dynamics in eastern DRC. He has worked since 2018 with the International Catholic Child Bureau on the implementation of an assisted resilience programme with the Catholic University of Milan's resilience unit and since 2021 in Chad, on applying prevention and response strategies to violence against children within schools. Bénédiction is currently programme manager for the NGO Ghovodi (*Groupe des hommes voués au développement intercommunautaire*, Groups of Persons Vowed to Intercommunity Development), operating in the sectors of community mental health, GBV, health, gender and transforming masculinities in several provinces of the DRC.

La standardisation à l'épreuve des dynamiques locales : l'exemple des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad

Standardisation challenged by local dynamics: the example of mental health programmes in the Chad Basin

Florence Chatot • Chargée de recherche en anthropologie au Groupe URD et chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille
Henri Mbarkoutou Mahamat • Docteur en histoire politique et stratégique

C

et article s'appuie sur une étude réalisée par le Groupe URD au Niger, au Nigeria, au Cameroun et au Tchad. L'approche des auteurs, basée sur les déterminants sociaux des

troubles psychologiques, permet de mieux comprendre les logiques que suivent les individus pour identifier les trajectoires thérapeutiques leur permettant de soulager leurs souffrances. Et elles sont souvent à front renversé des standards internationaux et biomédicaux.

Anéantir toute forme de cohésion sociale, de paix et de résistance individuelle est l'arme de la plupart des

This article is based on a study carried out by Groupe URD in Niger, Nigeria, Cameroon and Chad. The authors' approach, based on the social determinants of psychological disorders, allows us to better understand the logic that individuals follow in order to identify the therapeutic trajectories that enable them to relieve their suffering. And they are often at odds with international and biomedical standards.

The destruction of any form of social cohesion, peace and individual resistance is the weapon used in most present-day conflicts, including those in the Chad Basin. The physical and psychological abuse inflicted by members of Boko Haram and non-State

conflits actuels, y compris ceux situés dans le bassin du lac Tchad. Les sévices physiques et moraux perpétrés par les membres de Boko Haram et des groupes armés non étatiques sont les instruments morbides d'un théâtre politique destiné à « sidérer » toute une société. La terreur est utilisée comme moyen de contrôle des populations : elle est la composante fondamentale de la violence politique moderne, elle est orchestrée pour pénétrer l'univers social d'une population et le psychisme des individus. C'est dans ce contexte que des milliers de familles fuient leur village et leur espace de production pour migrer vers des zones réputées plus sécurisées. Pour autant, si cette sécurité très relative permet de rester en vie, elle ne fournit évidemment pas les conditions d'une existence décente. Morcellement des entités familiales et villageoises, accès incertain aux ressources et réinvention d'une économie de la « débrouille », angoisse du déplacement et réinstallation dans un environnement méconnu et socialement déstructuré : les causes imbriquées de traumatismes ne manquent pas.

Santé mentale et crise sahélienne

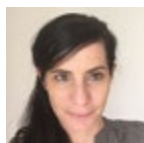
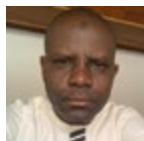
Dans ce contexte de crise durable, les parcours de soins s'articulent globalement autour de trois étapes : la reconnaissance de la souffrance, la recherche de la cause et le recours au traitement. Trois types de soins interviennent durant les trajectoires thérapeutiques : les soins domestiques, les soins « traditionnels » et les soins médicaux. Cependant, loin d'être linéaires, ces types de soins et leurs étapes peuvent être appréhendés de façon complémentaire, la quête de guérison justifiant toutes les démarches de soins.

À ce titre, les différentes modalités d'accès aux soins et de prise en charge des troubles mentaux coexistent, sans réellement se concurrencer, tant l'offre de soins biomédicale est rare. Si les premiers recours s'opèrent

armed groups is the morbid instrument of a political drama whose aim is to "stun" a whole society. Terror is used as a means of controlling populations: it is the core component of modern political violence, orchestrated to penetrate the social universe of whole communities and individual psyches. It is in this context that thousands of families flee their villages and their production space to migrate towards reputedly safer areas. However, even if this relative safety allows them to stay alive, it obviously does not provide the conditions for a decent existence. Fragmented family and village units, uncertain access to resources and an economy recreated based on "getting by", anxiety arising from displacement and resettlement in a little-known environment devoid of social structure: there is no lack of nested causes of trauma.

Mental health and the crisis in the Sahel

In this context of ongoing crisis, care pathways are broadly structured in three stages: recognising suffering, searching for its cause and then treating it. Three types of care are involved in the therapeutic trajectories: home care, "traditional" remedies and medical treatment. However, far from being linear, these types of care and the stages in them may be considered complementary, the quest for healing justifying all healthcare approaches. In this respect, the different ways of accessing healthcare and managing mental illness coexist, without competing against each other, the supply of biomedical treatment on offer being so scarce. Though primary care is almost exclusively dispensed in a traditional or faith-based setting, access to psychiatric and psychosocial services is determined "by default", according to the availability of services provided by the State or international organisations, or when other attempts at traditional treatment have failed. In fact, the idea that people turn to traditional healers due to a lack of "more

FLORENCE
CHATOTHENRI
MBARKOUTOU
MAHAMAT

presque exclusivement dans le cadre traditionnel ou confessionnel, l'accès aux services psychiatriques et psychosociaux se décide « par défaut » selon la disponibilité des services de l'État et des organisations internationales, ou lorsque les autres tentatives traditionnelles de traitement ont échoué. En effet, l'idée que les populations se tournent vers les tradipraticiens faute de soins « plus appropriés » est globalement fautive. C'est d'ailleurs plutôt la logique inverse qui émerge des différents témoignages : les structures psychiatriques, du fait de la stigmatisation que leur fréquentation suppose, sont globalement craintes, notamment car elles visibilisent et institutionnalisent la « folie ». De plus, étant entièrement centrée sur l'individu, la psychiatrie ignore la dimension sociale de la souffrance.

La médecine traditionnelle, quant à elle, constitue un recours socialement acceptable, car elle relie l'affection à des causes non pas individuelles mais extérieures à l'individu, et « s'inscrit dans la normalité des pratiques de soins et une étiologie¹ partagée, contrairement à celle de la psychiatrie² ».

Il semble donc difficile de parler dans cette région de résilience des populations, pas plus que d'une situation sociale stabilisée et durable. Ce sont plutôt les multiples stratégies individuelles, le pluralisme³ médical et le syncrétisme⁴ thérapeutique qui sont à

appropriate" treatment is largely false. Rather it is the opposite that emerges from the various testimonies: psychiatric services, on account of the stigmatisation linked to using them, are generally feared since they visibilise and institutionalise "madness". In addition, being entirely centred on the individual, psychiatry ignores the social dimension of suffering.

Traditional medicine, on the other hand, is a socially acceptable remedy since it links a disorder to causes that are not personal but arise from outside the individual and "is part of normal care practice and a shared aetiology,¹ unlike psychiatry".²

It therefore seems inappropriate to talk of the resilience of the populations in this region any more than of stabilised and permanent social circumstances. It is rather a case of multiple individual strategies, medical pluralism³ and therapeutic syncretism⁴ at work, each trying to mobilise the social, economic or symbolic capital at their disposal to address suffering and deal with the uncertainty of an imminent end to the crisis.

— 1. Le Dictionnaire médical définit l'étiologie comme « l'étude des causes des maladies », www.dictionnaire-medical.fr

— 2. Véronique Petit, « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2019.

— 3. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit ainsi le pluralisme : « Doctrine ou pratique qui admet la coexistence d'éléments culturels, économiques, politiques, religieux, sociaux différents au sein d'une collectivité organisée », www.cnrtl.fr

— 4. Le CNRTL définit ainsi le syncrétisme : « Fusion de différents cultes ou de doctrines religieuses [...], mélange, fusion d'éléments de plusieurs cultures ou de différents systèmes sociaux », www.cnrtl.fr

— 1. Aetiology is the study of the causes of disease.

— 2. Véronique Petit, « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2019.

— 3. Definition of "pluralism" by the Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, www.cnrtl.fr): "A doctrine or practice that accepts the coexistence of different cultural, economic, political, religious and social elements within an organised community" [our translation, Editor's note].

— 4. Definition of "syncretism" by the Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, www.cnrtl.fr): "Fusion of different cults or religious doctrines [...], mixing, fusion of elements from different cultures or social systems" [our translation, Editor's note].

l'œuvre – chacun tentant de mobiliser le capital social, économique ou symbolique qui est à sa portée pour faire face aux souffrances et à l'incertitude d'une fin de crise prochaine.

Les standards internationaux face aux stratégies locales de recours aux soins

L'analyse qui fait l'objet du présent article⁵ s'intéresse aux modalités d'adaptation des programmes de santé mentale et des standards internationaux aux dynamiques locales des populations affectées par la crise. Elle montre que la compréhension de la « santé mentale », en contexte de crise, ne réside pas seulement dans une notion (le traumatisme), ni dans un diagnostic (comme celui de l'état de stress post-traumatique ou ESPT), mais également dans l'analyse des dynamiques locales liées à la prise en charge des souffrances subjectives et de la place que la société réserve au sujet souffrant. Cette réflexion paraît d'autant plus nécessaire que le recours systématique et inconditionnel aux standards internationaux et aux mesures d'impact semble prendre une ampleur nouvelle dans le secteur de l'aide et de la santé mentale.

Publié pour la première fois en 1952, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM en anglais⁶) a évolué vers une approche de plus en plus catégorielle des maladies mentales.

— 5. Le présent article est issu d'une recherche qualitative réalisée par le Groupe URD entre mars 2021 et mai 2022, au Niger, au Nigeria, au Cameroun et au Tchad. Cette étude a été financée par l'Union européenne et l'Agence française de développement dans le cadre du projet RESILAC. L'équipe pluridisciplinaire était composée des experts Ibrahim Yamien (psychiatre, Niger), Ignace Bertrand Ndzana (anthropologue, Nigeria), Henri Mbarkoutou Mahamat (politologue, Tchad et Cameroun), Galy Mohamadou (psychologue, Tchad et Cameroun) et de Florence Chatot (chargée de recherche et coordinatrice de l'étude, Groupe URD).

— 6. Voir la traduction française du manuel : <https://psyclinifcs.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

« L'idée que les populations se tournent vers les tradipraticiens faute de soins "plus appropriés" est globalement fausse. »

"The idea that people turn to traditional healers due to a lack of 'more appropriate' treatment is largely false."

Confrontation between international standards and local healthcare strategies

The analysis that is the subject of this article⁵ addresses the methods of adapting mental healthcare programmes and international standards to local dynamics in populations affected by the crisis. It shows that understanding "mental health" in a crisis context is not only a question of a concept (trauma) or a diagnosis (such as that of post-traumatic stress disorder or PTSD) but also of analysing local dynamics linked to the care of subjective suffering and the place society reserves for the sufferer. This reflection seems all the more necessary since the systematic and unconditional use of international standards and impact measures appears to be reaching a new scale in the aid and mental healthcare sector.

Published for the first time in 1952, the Diagnostic and Statistical Manual

— 5. This article is based on qualitative research carried out by Groupe URD between March 2021 and May 2022 in Niger, Nigeria, Cameroon and Chad. This study was funded by the European Union and the French Development Agency (*Agence française de développement* – AFD) under the RESILAC project. The multidisciplinary team included the experts Ibrahim Yamien (Niger – psychiatrist), Ignace Bertrand Ndzana (Nigeria – anthropologist), Henri Mbarkoutou Mahamat (Chad and Cameroon – political scientist), Galy Mohamadou (Chad and Cameroon – psychologist), and Florence Chatot (researcher and study coordinator, Groupe URD).

Comme tout outil d'évaluation standardisé présupposant une conception universaliste d'un phénomène (ici, le traumatisme), le diagnostic de l'ESPT ne permet pas une interprétation fine des différentes formes de pathologies et de l'influence des déterminants contextuels dans le développement des pathologies⁷.

Dans le contexte sahélien où l'étiologie et la nosographie⁸ utilisées en médecine traditionnelle diffèrent de celles de la biomédecine, ce système de classification peut paraître inopérant. Même lorsque le trouble en question peut être identifié et rapporté à une catégorie du diagnostic de l'ESPT, il est en effet fort probable que la thérapie associée ne soit pas disponible, du moins pas à long terme, et que la médication prescrite (toujours selon le DSM) soit inaccessible dans le pays en question. En d'autres termes, il peut être inefficace d'enfermer des signes pathologiques dans des catégories préétablies lorsque ces catégories n'évoquent rien dans le pays de référence. Tenter d'établir des correspondances entre les deux formes de nosographie semble également une entreprise hasardeuse, car elle revient toujours à placer les personnes souffrantes dans des catégories de maladie et de traitement. Or, il n'existe ni « pathologies occidentales » ni « pathologies africaines », mais seulement des manières différentes de les nommer, de les comprendre et de les traiter⁹.

— 7. Christian Lachal, Lisa Ouss-Ryngaert et Marie Rose Moro, *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Dunod, 2003.

— 8. Le Dictionnaire médical définit la nosographie comme « la discipline qui permet la classification méthodique des maladies », www.dictionnaire-medical.fr

— 9. En ce sens, l'ambition universaliste des classifications ne doit pas conduire à un excès de particularisme ou de culturalisme, dont le préjudice serait d'enfermer strictement l'individu dans sa « culture » et de considérer que « l'individu n'existe qu'en tant que membre de sa communauté d'origine » (Alain Policar, « La dérive de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 20 juin 1997). Comme l'exprime Didier Fassin à propos de l'ethnopsychiatrie de Tobie Nathan, cela revient à prôner un « différentialisme radical qui fait de l'appartenance originelle, le

of Mental Disorders (DSM)⁶ has developed an increasingly category-based approach to mental illness. As with any standardised assessment tool presupposing a universalist conception of a phenomenon (here, trauma), the diagnosis of PTSD does not leave room for a detailed interpretation of the different forms of illness and the influence of contextual determinants in the development of pathologies.⁷

In the context of the Sahel where the aetiology and nosography⁸ used in traditional medicine differ from those of biomedicine, this system of classification may appear unworkable. Even when the disorder in question can be identified and related to a category of PTSD diagnosis, it is indeed highly likely that the associated therapy is not available, at least not on a long-term basis, and that the medication prescribed (again according to the DSM) is unobtainable in the country in question. In other words, it may be ineffective to confine pathological signs to pre-set categories when these categories convey nothing in the reference country. Trying to match the two forms of nosography seems also a risky venture as it always comes down to classifying sufferers in categories of illness or treatment. However, there are no such things as "Western diseases" or "African diseases" but just different ways of naming, understanding and treating them.⁹

— 6. Some informations about the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

— 7. Christian Lachal, Lisa Ouss-Ryngaert et Marie Rose Moro, *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Dunod, 2003.

— 8. Nosography is the discipline that deals with the systematic classification of diseases.

— 9. In this respect, the universalist ambition of classifications must not lead to excessive particularism or culturalism, the harmful effect of which would be to strictly confine the individual in their own "culture" and to consider "the individual only exists as a member of their community of origin" (Alain Policar, « La dérive de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 20 juin 1997). As expressed by Didier Fassin referring to the ethnopsychiatry of Tobie Nathan, this comes down to advocating "radical differentialism which gives a person's origins, most often referred to in ethnical terms,

Déconstruire – plutôt que mesurer – la notion de bien-être

Dans le secteur de l'aide, le calcul de la prévalence des pathologies psychiatriques fait l'objet de traitements statistiques de plus en plus complexes à mesure que les outils techniques « progressent », se généralisent et se standardisent. Néanmoins, cette généralisation et cette standardisation des outils risquent de produire des connaissances elles-mêmes généralisantes et standardisées, et donc de laisser de côté les marqueurs de diversité et de singularité propres aux pratiques et représentations qui entourent les troubles mentaux, notamment dans les pays du Sahel.

En effet, savoir combien de personnes sont concernées par un symptôme ne permet pas de comprendre pourquoi elles le sont, ni quels sont les mécanismes individuels d'adaptation et les dynamiques collectives d'inclusion ou d'exclusion de ces personnes : questions par essence inqualifiables qui échappent donc à toute entreprise de classification et de catégorisation. Aussi, lorsque les statistiques pointent l'écart entre les réalités de l'Afrique subsaharienne et les objectifs de l'agenda international, il convient certes d'analyser en profondeur ces réalités, mais également de questionner les standards.

En soulignant l'inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des populations en matière de santé mentale, la priorité est *de facto* donnée à l'accessibilité aux médicaments et aux structures de santé. Cela sous-entend également que les logiques d'accès aux soins et les marges de manœuvre des personnes en souffrance sont très faibles, voire inexistantes. De plus, lorsque l'accent est mis sur cet « écart », l'analyse s'opère

plus souvent énoncée en termes ethniques, une dimension irréductible et immuable » : Didier Fassin, « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 35, 1999, p. 146-171.

Deconstructing – rather than measuring – the concept of well-being

In the aid sector, the calculation of the prevalence of psychiatric disorders is subject to increasingly complex statistical processing as technical instruments "advance" and become more widespread and standardised. However, this more general and standardised use of tools runs the risk of producing results that are themselves more generalising and standardised and so neglecting markers of diversity and particularity specific to the practices and representations surrounding mental illness, notably in the countries of the Sahel.

Indeed, knowing how many people have a symptom does not help us understand why they are so affected, nor establish their individual coping mechanisms and the collective inclusion or exclusion dynamics concerning these persons: inherently unquantifiable questions which consequently elude any attempt at classification and categorisation. Thus, when the statistics show the gap between the realities of sub-Saharan Africa and the

« Il n'existe ni "pathologies occidentales" ni "pathologies africaines", mais seulement des manières différentes de les nommer, de les comprendre et de les traiter. »

"There are no such things as 'Western diseases' or 'African diseases' but just different ways of naming, understanding and treating them."

an intractable and immutable dimension": Didier Fassin, « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, n° 35, 1999, p. 146-171.

par le prisme du « manque » et « des déficiences » et, par extension, se focalise sur « ce qui devrait changer ». Certes, le secteur de l'aide est porté par cette exigence d'amélioration et de changement (des institutions, des acteurs, des services, des procédures, etc.) – et c'est même son objet central –, mais à trop insister sur « ce qui devrait être », le risque est d'oublier d'analyser « ce qui existe/est réellement » et de s'en écarter.

De fait, parce qu'il est souvent plus facile de chercher une équivalence « locale » (même lointaine) à un modèle que de le remettre en cause, l'utilisation d'outils statistiques et d'échelles psychométriques destinées à mesurer et/ou diagnostiquer une souffrance psychique pose problème. En effet, l'exigence croissante des bailleurs de fonds et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour produire des résultats mesurables impose bien souvent aux projets d'utiliser ces échelles comme des outils d'analyse et d'évaluation du bien-être. À ce titre, l'exemple de l'indice de bien-être de l'OMS (WHO-5) est fort révélateur, car il s'appuie non seulement sur une notion extrêmement subjective dont il prétend évaluer l'amélioration, mais il comporte également un nombre considérable de biais cognitifs et méthodologiques. Outre le fait que le questionnaire interroge une mémoire tout artificielle (« au cours des quinze derniers jours »), qu'il utilise une terminologie résolument positiviste et difficilement traduisible (« je me suis senti plein d'énergie et vigoureux », « je me suis réveillé en me sentant frais et dispo »), et qu'il s'appuie sur une fréquence très illusoire du « bien-être » (plus de la moitié du temps, moins de la moitié du temps), la mesure du score final est censée « révéler » de manière rationnelle le niveau de bien-être.

Il va sans dire que ce type de questionnaire, s'il est administré « tel quel » auprès des populations affectées,

objectives of the global agenda, it is certainly worth analysing these realities in depth, but it is also important to question the standards themselves.

When underlining the mismatch between the supply of healthcare and people's mental health needs, priority is effectively given to the accessibility of medicines and healthcare services. This also implies that access to care rationales and the sufferers' room for manoeuvre are minimal if not non-existent. What is more, when the emphasis is on this "discrepancy", the analysis is distorted through a perception in terms of "lack" and "deficiencies", and thus by extension focuses on "what should change". Admittedly, the aid sector is driven by this demand for change and improvement (of institutions, actors, services, procedures, etc.) – this is even its key purpose – but by emphasising too much "what should be" there is a risk of overlooking and deviating from the analysis of "what really is or exists".

In fact, because it is often easier to find a "local" (even if distant) equivalent to a model than to question this model, the use of statistical tools and psychometric scales designed to measure and/or diagnose psychological suffering is problematic. Indeed, the increasing requirement of funders and of the World Health Organization (WHO) to produce measurable outcomes very often demands that projects use these scales as tools to analyse and evaluate well-being. In this regard, the example of the WHO well-being index (WHO-5) is very revealing since it is based not only on an extremely subjective notion and evaluating any improvement in it, but it also includes a considerable number of cognitive and methodological biases. Apart from the fact that the questionnaire calls on entirely artificial recollections ("over the last two weeks"), that it uses resolutely positivist terminology which is difficult to translate ("I felt lively and full of energy", "I woke up feeling

risque d'induire plus d'incompréhensions qu'il ne décèlera de troubles. Il est pourtant largement utilisé par les acteurs de l'aide au titre de « données probantes » pour justifier l'atteinte des résultats d'une intervention. À ce titre, il est fréquent que les programmes de santé mentale se targuent d'une « augmentation du niveau de bien-être » chez leurs bénéficiaires en s'appuyant justement sur cet indice. Or dans les faits, que « l'objectif » d'amélioration du bien-être soit atteint ou non, il ne dit rien des déterminants sociaux et psychologiques qui influencent le bien-être comme le mal-être, et rien non plus de la façon d'agir sur ces déterminants, une analyse qui est pourtant au cœur des préoccupations des acteurs investis dans la santé mentale. Par conséquent, l'utilisation d'indices de bien-être auprès de populations ayant vécu des souffrances telles que la notion même de « bien-être » paraît toute relative est à considérer avec prudence.

Rappelons enfin que le recours aux mesures subjectives pour produire des évaluations du bien-être a été initié non pas par des psychologues, mais par des économistes. Depuis la fin des années 1990, l'intérêt croissant pour la mesure du bien-être subjectif a même contribué à la naissance d'une nouvelle branche au sein des sciences économiques : l'« économie du bonheur¹⁰ », caractérisée par les mesures de qualité de vie et de progrès social. Il convient donc de nuancer quelque peu la valeur explicative des indicateurs de bien-être, tout comme il serait intéressant de questionner l'influence grandissante de la « psychologie positive » en contexte d'urgence et de crise durable.

En effet, les politiques nationales et internationales en matière de santé mentale, qui s'appuient de plus en plus sur une approche positive de la

« Le recours aux mesures subjectives pour produire des évaluations du bien-être a été initié non pas par des psychologues, mais par des économistes. »

“Using subjective measurements to produce evaluations of well-being was initiated not by psychologists but by economists.”

refreshed and ready for anything”), and that it is based on a very unrealistic incidence of “well-being” (more than half the time, less than half the time), evaluating the final score is meant to “reveal” the level of well-being in a rational way.

It goes without saying that this type of survey, if it is delivered “as it stands” to the populations concerned, may be more likely to elicit incomprehension than to detect illness. It is nevertheless widely used by aid organisations as “evidence” to justify the achievement of intervention outcomes. In this regard, mental healthcare programmes often boast of an “increased level of well-being” among their recipients on the basis of this very index. However, in reality, whether the “objective” of improving well-being is reached or not, nothing is said about the social and psychological determinants which influence both well-being and malaise, and nothing either on addressing these determinants, an analysis that is nevertheless central to the preoccupations of those working in the mental healthcare sector. As a result, the use of well-being indices in populations who have experienced suffering to such an extent that even the idea of “well-being” seems entirely relative, should be considered with caution.

— 10. Jinan Zeidan, « Les différentes mesures du bien-être subjectif », *Revue française d'économie*, vol. XXVII, n° 3, 2012, p. 35-70.

psychologie¹¹, s'intéressent avant tout à la qualité de vie et au bien-être – à ce qui rend les humains résilients, heureux, optimistes –, plutôt qu'aux sources des pathologies. Cette tendance se caractérise depuis quelque temps déjà par un certain glissement sémantique, qui consiste à parler de santé mentale plus que de troubles mentaux, de cohésion sociale plus que de conflits sociaux, de résilience plus que d'effondrement. Mais cette évolution linguistique n'est pas innocente. L'imposition de « normes du bien-être », dont certains chercheurs dénoncent le but éminemment politique¹², se traduit également par des attentes de plus en plus exigeantes vis-à-vis de la « capacité » des populations à être résilientes et à accéder au « bonheur ». D'une part l'injonction au bien-être conduit insidieusement à culpabiliser les individus qui n'auraient pas atteint l'objectif de « développement individuel » souhaité, ou qui n'auraient pas su « résoudre leurs problèmes » malgré le recours à des

Finally let us remember that using subjective measurements to produce evaluations of well-being was initiated not by psychologists but by economists. Since the end of the 1990s, the growing interest in measuring subjective well-being has even contributed to the birth of a new branch of economic science: "the economy of happiness",¹⁰ characterised by measuring quality of life and social development. Therefore, a more nuanced view of the explicative value of well-being indicators should be taken, in the same way as it would be interesting to question the increasing influence of "positive psychology" in the context of emergency and enduring crisis.

Indeed, national and international mental health policies which are increasingly based on a positive approach to psychology¹¹ focus above all on quality of life and well-being, on what makes human beings resilient, happy and optimistic, rather than on the origins of disorders. This tendency has been characterised for some time already by a certain semantic shift which consists of speaking of mental health rather than mental illness, of social cohesion rather than social conflict, of resilience rather than breakdown. But this linguistic evolution is not entirely innocuous. The imposition of "norms of well-being", condemned by some researchers as

— 11. Cette approche positive en psychologie se veut complémentaire à l'approche traditionnelle et vise à étudier les conditions et les processus qui contribuent au fonctionnement optimal des individus, des groupes, et des institutions : Shelly L. Gable & Jonathan Haidt, "What (and why) is positive psychology?", *Review of General Psychology*, vol. 9, no. 2, 2005, pp. 103–110 ; C. Martin-Krumm & C. Tarquinio, *Traité de psychologie positive*, De Boeck, 2011, https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/46/3976/1/53089/10/F1222518819_33_3_263.pdf ; Martin Seligman & Mihali Csikszentmihalyi, "Positive psychology : an introduction", *American Psychologist*, vol. 55, no. 1, 2000, pp. 5–14 ; Michael Dambrun, « La psychologie positive : une approche nécessaire et complémentaire ? », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 1, n° 93, 2012, p. 15–20.

— 12. Cécile Collinet et Matthieu Delalandre, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *L'Année Sociologique*, vol. 64, n° 2, 2014, p. 445–467 ; Claude-Olivier Doron, « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940–1960 : genèse d'une psychopolitique », *Pratiques en santé mentale*, vol. 61, n° 1, 2015, p. 3–16. Selon ce dernier, l'une des fonctions essentielles de la santé mentale est de convertir de potentiels conflits sociaux, que ce soit au niveau de l'industrie ou dans les pays en voie de développement, en conflits « intrapsychiques » individuels, ou interrelationnels entre individus, qu'il faut « résoudre de manière harmonieuse ».

— 10. Jinan Zeidan, « Les différentes mesures du bien-être subjectif », *Revue française d'économie*, vol. XXVII, n° 3, 2012, p. 35–70.

— 11. This positive approach in psychology presents itself as complementary to the traditional approach and aims to study the conditions and processes contributing to the optimal functioning of individuals, groups and institutions: Shelly L. Gable & Jonathan Haidt, "What (and why) is positive psychology?", *Review of General Psychology*, vol. 9, no. 2, 2005, pp. 103–110 ; C. Martin-Krumm & C. Tarquinio, *Traité de psychologie positive*, De Boeck, 2011, https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/46/3976/1/53089/10/F1222518819_33_3_263.pdf ; Martin Seligman & Mihali Csikszentmihalyi, "Positive psychology: an introduction", *American Psychologist*, vol. 55, no. 1, 2000, pp. 5–14 ; Michael Dambrun, « La psychologie positive : une approche nécessaire et complémentaire ? », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 1, n° 93, 2012, p. 15–20.

protocoles sophistiqués¹³. D'autre part, elle tend à déresponsabiliser les interventions extérieures, qui associent souvent les éventuels échecs aux « faiblesses capacitaires » des populations et n'ont de cesse de « renforcer » lesdites capacités dont elles ont elles-mêmes défini la nature (développement économique, résilience des territoires, cohésion sociale, etc.).

Pourtant, selon nous, la santé mentale ou la résilience ne sont pas des notions dont on doit chercher la présence ou l'absence dans une population donnée, pour laquelle des résultats attendus sont énoncés et des indicateurs d'impact mesurés. Elles sont moins un « objectif opérationnel » que l'ensemble des comportements sociaux et individuels qui interviennent lorsqu'une société ou un individu se trouvent en situation de détresse et qu'ils doivent y faire face en mobilisant des stratégies et des ressources propres.

Intégrer les modalités endogènes de prise en charge

L'enjeu des programmes de santé mentale serait donc d'éviter de pathologiser la souffrance à l'aide de classifications à visée universelle, et plutôt de comprendre, sans a priori ni jugement, les systèmes de sens associés aux souffrances psychiques ainsi que les modalités endogènes de prise en charge de ces souffrances. En effet, que l'interprétation donnée à la maladie soit de nature biologique ou mystique, ce qui importe avant tout ce sont les ressources individuelles et collectives mobilisées pour faire face aux troubles. À ce titre, la force de l'effet symbolique sur la guérison du patient – que cet effet soit d'essence divine ou mystique – a prouvé son efficacité

« Que l'interprétation donnée à la maladie soit de nature biologique ou mystique, ce qui importe avant tout ce sont les ressources individuelles et collectives mobilisées pour faire face aux troubles. »

“whether the illness is given a biological or mystical interpretation, the most important things are the individual and collective resources mobilised to deal with disorders.”

having a highly political purpose,¹² is also reflected in the increasingly demanding expectations regarding the “capacity” of populations to be resilient and to achieve “happiness”. On the one hand, the drive for well-being leads insidiously to making individuals who may not have reached the objective of the desired “individual development” or who have not been able to “solve their problems” feel guilty in spite of their recourse to sophisticated protocols.¹³ On the other, it tends to disempower outside interventions that often associate any failures with “failures of capacity” of populations and constantly

— 12. Cécile Collinet et Matthieu Delalandre, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *L'Année Sociologique*, vol. 64, n° 2, 2014, p. 445-467; Claude-Olivier Doron, « L'émergence du concept de “santé mentale” dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, vol. 61, n° 1, 2015, p. 3-16. According to this latter, one of the key functions of mental health is to convert potential social conflict, whether in industry or in developing countries, to individual “intrapsychic” conflicts or interrelational conflicts between individuals, that must be resolved “in a harmonious manner”.

— 13. World Health Organization, *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*, 2018, https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2021/08/WHO_2018_Project_Management_Plus_PM.pdf

— 13. World Health Organization, *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*, 2018, https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2021/08/WHO_2018_Project_Management_Plus_PM.pdf

depuis longtemps dans des contextes sociaux très variés.

Il convient également de rappeler que, depuis Hippocrate, les sciences biomédicales conçoivent la maladie uniquement comme l'image d'une affection individuelle¹⁴. Ainsi, quand un médecin diagnostique une maladie chez un individu, il la nomme et l'attribue à une cause, mais jamais à la volonté d'un être invisible situé en dehors de son patient. C'est pourtant ce type d'investigation dont il est question dans les thérapies traditionnelles, qu'elles soient empreintes de croyances coutumières, religieuses ou ésotériques, ou des trois à la fois : les dimensions sociales et culturelles l'emportent sur le biologique¹⁵. La médecine traditionnelle conserve en effet un caractère sacré et spirituel, puisque la maladie est perçue comme la conséquence d'une agression extérieure. Les guérisseurs se concentrent sur la cause profonde de cette agression, et le diagnostic ou le traitement découle de l'identification de cette cause. Aussi, une psychose paranoïaque – telle que nommée par la biomédecine – peut tout autant être lue par la médecine traditionnelle comme une possession maléfique, un sort démoniaque ou la conséquence d'une transgression des normes sociales ou religieuses. Ce qui reste constant, quels que soient la dénomination de la pathologie, son sens ou sa cause, c'est la croyance que chaque individu place dans l'effort de guérison. Car, en fin de compte, ce n'est pas la recherche d'une vérité universelle dont il est ici question, mais bien de la connaissance de ce que chaque société considère comme réel et comme efficace face à la souffrance subjective.

— 14. Andras Zempleni, « Livre 5. Les rites de possession chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Anthropologies et sociétés*, vidéo, 2018, <https://www.anthropologie-societes.ant.ulaval.ca/videos/andras-zempleni-livre-5-les-rites-de-possession-chez-les-wolof-et-les-lebou-du-senegal>

— 15. René Collignon, « Les conditions de développement d'une psychiatrie sociale au Sénégal », *Présence Africaine*, vol. 1, n° 129, 1984, p. 3-19.

“reinforce” these capacities the nature of which they themselves defined (economic development, resilience of territories, social cohesion, etc.).

However, in our opinion, mental health and resilience are not concepts the presence or absence of which should be sought in a given population, for which expected results are stated and impact indicators measured. They are less an “operational objective” than all the social and individual behaviour occurring when a society or individual is in a situation of distress and has to face this using their own strategies and resources.

Integrating endogenous care methods

The challenge of mental healthcare programmes seems therefore to avoid pathologising suffering using classifications with a universalistic vocation and to understand, without any preconceptions or judgements, the meaning systems associated with mental suffering as well as the endogenous procedures for treating this suffering. Indeed, whether the illness is given a biological or mystical interpretation, the most important things are the individual and collective resources mobilised to deal with disorders. In this respect, the power of the symbolic effect on the patient's recovery – whether the essence of this effect is divine or mystical – has long proved its effectiveness in a wide range of social contexts.

It is also worth underlining the fact that, since Hippocrates, biomedical science has considered illness only as the reflection of an individual disorder.¹⁴ Consequently, when doctors diagnose a disease in an individual, they name it and attribute it to a cause, but

— 14. Andras Zempleni, « Livre 5. Les rites de possession chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Anthropologies et sociétés*, vidéo, 2018, <https://www.anthropologie-societes.ant.ulaval.ca/videos/andras-zempleni-livre-5-les-rites-de-possession-chez-les-wolof-et-les-lebou-du-senegal>

Au Niger par exemple, une pratique rapportée par un tradipraticien consiste à demander au patient de parler dans une bouteille vide et de cracher dedans lorsqu'un élément douloureux émerge du discours. Le praticien bouche ensuite la bouteille pour symboliser la disparition de l'événement traumatique de l'esprit du sujet et va enterrer la bouteille. On peut ne pas croire en la capacité de la bouteille à enfermer l'expérience douloureuse, cela ne change rien à l'efficacité de la pratique basée sur la libération de la parole. Cet exemple permet d'appréhender ce qui, dans la médecine traditionnelle, relève du symbole et ce qui relève de la thérapie.

Mettre en mots ses pensées en réactivant les éléments de son histoire est au centre de la pratique psychanalytique. Cette pratique existe également dans la médecine traditionnelle, car la plupart des rituels de guérison, qu'ils soient magiques ou religieux, commencent en donnant la parole au patient et/ou à la famille. C'est probablement dans l'identification de ces points communs que réside une possible collaboration entre les deux types d'approche. Collaboration qui garantirait une meilleure adhésion des populations aux programmes de santé mentale et aurait l'avantage de répondre aux inquiétudes des proches, sans remettre en cause le sens et l'interprétation qu'ils donnent à la souffrance.

C'est cette approche, résolument centrée sur les déterminants sociaux des troubles psychiques et la perception de l'efficacité thérapeutique, qui a guidé notre travail. Il s'agissait avant tout de comprendre les logiques qui entrent en jeu lorsqu'un individu est affecté par des troubles psychologiques, et d'identifier les trajectoires thérapeutiques et les marges de manœuvre dont disposent les populations pour surmonter la souffrance en contexte de fragilité.

never to the will of an invisible being situated outside the patient. It is nevertheless this type of investigation that is involved in traditional therapies, whether marked by customary, religious or esoteric beliefs, or all three: social and cultural dimensions supersede the biological.¹⁵ Traditional medicine has effectively retained its sacred and spiritual nature since disease is seen as the result of an attack from outside. Healers focus on the underlying cause of this aggression and the diagnosis or treatment stems from the identification of this cause. Thus, a paranoid psychosis – as it is termed in biomedicine – may equally be read by traditional medicine as possession by a maleficent being, an evil spell or the result of transgressing social or religious norms. What remains constant, whatever the name of the pathology, its meaning or its cause, is the belief that each individual must invest in the healing effort. This is because ultimately, the issue here is not to seek a universal truth but rather to understand what each society considers as real and effective in the face of subjective suffering.

In Niger for example, a practice reported by a traditional healer is to ask the patient to speak into an empty bottle and to spit into it when something painful has been said. The healer then seals the bottle to symbolise the removal of the traumatic event from the subject's mind and proceeds to bury the bottle. We may not believe in the bottle's ability to trap the painful experience, but this makes no difference to the effectiveness of this practice based on the act of liberating speech. This example helps us understand the parts played by the symbolic and the therapeutic in traditional medicine.

Putting thoughts into words by re-activating elements from the past is a core practice of psychoanalysis.

— 15. René Collignon, « Les conditions de développement d'une psychiatrie sociale au Sénégal », *Présence Africaine*, vol. 1, n° 129, 1984, p. 3-19.

La connaissance et l'intégration de ces logiques dans les stratégies internationales est, selon nous, l'une des conditions de réussite des interventions en santé mentale. Elle permettrait en effet aux projets de s'adapter aux dynamiques locales de prise en charge et de mieux s'insérer dans les trajectoires de soins des personnes affectées et de leur famille. Elle aurait également l'avantage de répondre aux inquiétudes des proches, sans remettre en cause le sens et l'interprétation qu'ils donnent à la souffrance.

This practice also exists in traditional medicine since most healing rituals, whether magical or religious, start by listening to what the patient and/or the family has to say. The possibilities of collaboration between the two types of approach lie probably in the identification of these common features. This collaboration would ensure populations would take mental health programmes on board to a greater extent and would have the advantage of addressing the concerns of relatives and friends, without challenging the meaning and interpretation they attribute to suffering.

This approach, firmly focused on the social determinants of mental illness and the perception of therapeutic efficacy, guided our work. Our main objective was to gain insight into the rationales that come into play when an individual experiences mental health problems and to determine the therapeutic pathways and scope for action available to populations to overcome suffering in a fragile context.

We believe that understanding these rationales and incorporating them in international strategies are among the prerequisites for successful intervention in mental healthcare. This would in fact enable projects to adapt to local support dynamics and become a more integral part of the care pathways for those affected and their families. It would have the additional benefit of addressing the concerns of loved ones, without undermining their interpretation of their suffering and the meaning they attribute to it.

Translated from the French by Fay Guerry

Biographies



FLORENCE CHATOT

Diplômée de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) en anthropologie du développement, Florence Chatot a d'abord travaillé en France pour des instituts de recherche en santé publique avant de s'impliquer dans le secteur de l'aide au Cambodge, où elle a vécu pendant treize ans. Elle est actuellement chargée de recherche au Groupe URD et chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille. Ses domaines de recherche portent sur les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive, les violences basées sur le genre et les mécanismes de financement de la santé au Tchad. Par ailleurs, Florence a récemment dirigé une recherche opérationnelle sur les enjeux de prise en charge des souffrances psychiques dans le bassin du lac Tchad, en collaboration avec Action contre la Faim.

A Development Anthropology graduate of the *École des hautes études en sciences* (School of Advanced Studies in Social Science – EHESS), Florence Chatot worked first in France for public health research institutes before becoming involved in the aid sector in Cambodia, where she lived for thirteen years. She is currently a researcher with the think tank Groupe URD and a lecturer at the University of Aix-Marseille. Her fields of research concern constraints on access to reproductive health care, gender-based violence and healthcare funding mechanisms in Chad. She has also recently directed operational research on the challenges of mental healthcare provision in the Chad Basin in partnership with Action Against Hunger.

HENRI MBARKOUTOU MAHAMAT

Titulaire d'un doctorat en histoire politique et stratégique de l'université de Maroua (Cameroun), où il occupe un poste d'enseignant-chercheur, Henri Mbarkoutou Mahamat est expert en analyse des conflits et des nouvelles menaces sécuritaires. Il a conduit de nombreux travaux de recherche dans le bassin du lac Tchad, ainsi que des missions de consultance pour des organisations internationales (PNUD, UNICEF, UNESCO). Henri collabore ponctuellement avec le Groupe URD pour lequel il a réalisé plusieurs recherches opérationnelles sur la cohésion sociale et la santé mentale au Tchad et au Cameroun.

Henri Mbarkoutou Mahamat has a PhD in Political and Strategic History from the University of Maroua (Cameroon) where he has a teaching and research position. He is an expert in the analysis of conflict and new security threats and has conducted numerous research studies in the Chad Basin as well as carrying out consultancy missions for international organisations (UNDP, UNICEF, UNESCO). He occasionally collaborates with the Groupe URD think tank for which he has carried out several operational research studies on social cohesion and mental health in Chad and Cameroon.

La santé mentale des sans-abri au prisme des temporalités de la survie et des institutions

The mental health of the homeless viewed through the prism of the temporalities of survival and institutions

Thibaut Besozzi • Docteur en sociologie (université de Bourgogne, LIR3S)
Charles-Henry Lelimoizin • Psychologue clinicien à l'association Arelia

La vie dans la rue génère des troubles de la santé mentale au même titre que les conflits ou les catastrophes naturelles. Et là aussi, la temporalité des personnes concernées n'est pas la même que celles des institutions. Le comprendre, c'est déjà se donner les moyens de combler le gouffre des attentes réciproques.

En partant du regard croisé d'un sociologue et d'un psychologue impliqués dans l'action médico-sociale auprès des sans-abri à Nancy, cet article entend montrer comment l'expérience du sans-abrisme a des impacts négatifs sur la santé mentale. Cette corrélation a déjà été bien établie par la littérature scientifique¹

Life on the streets generates mental health problems in the same way as conflicts or natural disasters. And here again, the temporality of the people concerned is not the same as that of the institutions. To understand this is already to give ourselves the means to bridge the gap in mutual expectations.

By drawing upon the intersecting perspectives of a sociologist and psychologist engaged in the provision of health and social care to homeless people in Nancy, this article seeks to illustrate the ways in which the experience of homelessness negatively impacts mental health. Though well-established in scientific literature,¹ this correlation continues to generate controversy in France and

— 1. Maryse Bresson, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 2, n° 115, 2003, p. 311-326. Jean Furtos, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, vol. 7, n° 156, 2011, p. 29-34. René Roussillon, « Se retirer pour survivre », *Rhizome*, vol. 2, n° 64, 2017, p. 13-14.

— 1. Maryse Bresson, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 2, n° 115, 2003, p. 311-326. Jean Furtos, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, vol. 7, n° 156, 2011, p. 29-34. René Roussillon, « Se retirer pour survivre », *Rhizome*, vol. 2, n° 64, 2017, p. 13-14.

même si elle soulève toujours des controverses en France et outre-Atlantique², notamment au regard des troubles considérés et de leurs modalités de diagnostic. Il convient évidemment de rappeler que les troubles de la santé mentale sont pluriels et gradués : ce peuvent être des troubles psychiatriques sévères, des troubles non sévères de l'humeur, ou encore des troubles de la personnalité³...

Il s'agit ici d'aborder la question par le prisme des temporalités vécues par les sans-abri, non seulement lorsqu'ils font l'épreuve de la rue, mais aussi lorsqu'ils se confrontent aux temporalités institutionnelles du parcours de soin et de réinsertion. Par conséquent, cet article pose la question suivante : dans quelle mesure les troubles de la santé mentale – notamment ceux engendrés par la temporalité vécue de la survie – peuvent-ils freiner l'adhésion au parcours de réinsertion et de soins ?

Ce que nous appelons « temporalité vécue » renvoie non seulement à la manière qu'ont les individus de se rapporter au temps quotidien et de le rythmer, mais aussi à leur manière de se référer au passé et au futur. À cet égard, les temporalités vécues sont nécessairement subjectives, elles émanent de la perception et de l'usage individuels du temps dans un contexte de précarité extrême. Par opposition, les « temporalités institutionnelles » s'avèrent plus objectives. Elles s'imposent de l'extérieur aux individus, contribuant ainsi à structurer leur quotidien et leur avenir selon des normes et contraintes qui sont celles de l'institution, mais aussi des professionnels qui l'incarnent.

overseas,² in particular in terms of the disorders considered and methods of diagnosis. Clearly, it is important to remember that mental health disorders are manifold and on a spectrum of severity, encompassing acute psychiatric disorders, non-severe mood disorders, personality disorders and so forth.³

We have chosen to view mental health through the prism of the temporalities experienced by homeless people, both when they endure life on the street and when they are confronted with the institutional temporalities of health care and reintegration pathways. This article therefore asks the following question: to what extent can mental health disorders – in particular those caused by the lived temporality of survival – impede adherence to healthcare and reintegration pathways?

By “lived temporality”, we are referring to how individuals both relate to and punctuate time on a day-to-day basis and relate to the past and the future. Lived temporalities can only be subjective, as they stem from the perception and personal use of time in situations of extreme insecurity. In contrast, “institutional temporalities” are more objective. They are an external force on individuals, contributing to giving structure to their daily life and their future, in accordance with the norms and regulations enacted by the institutions and the professionals working there.

The temporalities of survival among the homeless

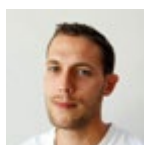
To survive in the public space, homeless people are forced to take urgent action in order to find short-term

— 2. Mario Poirier, « Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 76-91.

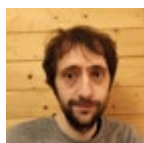
— 3. Anne Laporte et Pierre Chauvin, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, Rapport Samenta, Observatoire du Samusocial de Paris, 2010.

— 2. Mario Poirier, « Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 76-91.

— 3. Anne Laporte et Pierre Chauvin, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, Rapport Samenta, Observatoire du Samusocial de Paris, 2010.



THIBAUT
BESOZZI



CHARLES-HENRY
LELIMOIZIN

Les temporalités de la survie sans-abri

Dans le cadre de la survie dans l'espace public, les sans-abri sont contraints d'agir dans l'urgence afin de résoudre, à courte échéance, des problématiques touchant aux besoins fondamentaux (le sommeil, l'alimentation, l'hygiène, le gain d'argent ou l'entretien de liens sociaux). En plus d'être de nécessité immédiate, la réponse à ces problématiques est le plus souvent très concrète et palpable (trouver un abri, avoir à manger, accéder à une douche, etc.), quoiqu'elle demeure incertaine et, parfois, vaine.

En effet, les individus qui font l'expérience du sans-abrisme sont amenés à développer un rapport spécifique au temps, (dé)structuré autour de repères spatio-temporels façonnant leur existence en l'absence d'espace-temps domestique et professionnel qui rythmeraient les jours et leur enchaînement⁴ : celui du sommeil dans les lieux non prévus pour l'habitation ; celui de la sociabilité entre pairs sans-domicile⁵, éventuellement étayée par la consommation de produits toxiques ; celui de l'acquisition de ressources minimales (manche, petits trafics, récupération...) et celui de la restauration de soi (alimentation, hygiène corporelle, sommeil...). Tous ces espace-temps occasionnent – plus ou moins, selon la situation des personnes – un « circuit d'assistance⁶ ». C'est ainsi que des routines de survie se mettent en place pour tenter de répondre aux besoins vitaux qui se manifestent jour après jour. Cette routinisation, vectrice de « sécurité ontologique⁷ », a été observée

solutions to their vital needs (such as sleeping, eating, washing, making money and maintaining social relationships). The solutions to these imperatives not only need to be immediate, they are also in general extremely concrete and tangible (e.g. find shelter, food, a shower, etc.), not to mention uncertain and sometimes fruitless.

People who experience homelessness therefore develop a particular relationship to time: a relationship (de)constructed around the space-time reference points that shape their existence in the absence of domestic and professional space-time reference points that would otherwise punctuate their days and the links between them.⁴ These space-time reference points include sleep in places not intended for habitation; social relations between homeless peers,⁵ potentially underpinned by the consumption of toxic products; the acquisition of minimal resources (through begging, minor dealing, scavenging, etc.), and basic self-care (eating, personal hygiene, sleep, etc.). All these windows in space-time create – to a greater or lesser degree depending on individual contexts – a “circuit of assistance”.⁶ Survival routines are therefore put in place in an attempt to meet the basic needs that have to be met day after day. This routinisation is a vector of “ontological safety”,⁷ as observed in Nancy [a town in eastern France] during an eight-month immersive ethnographic research project into the homeless community between September 2017 and April 2018. Indeed, homeless individuals and groups of

— 4. Patrick Gaboriau, *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Julliard, 1993.

— 5. Julien Billion, « Les jeunes sans domicile et leurs pairs dans la rue », in Serge Paugam (dir.), *L'intégration inégale*, PUF, 2014, p. 227-242.

— 6. Pascale Pichon, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2010.

— 7. Michel Parazelli, *La Rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*, Presses de l'Université du Québec, 2002.

— 4. Patrick Gaboriau, *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Julliard, 1993.

— 5. Julien Billion, « Les jeunes sans domicile et leurs pairs dans la rue », in Serge Paugam (dir.), *L'intégration inégale*, PUF, 2014, p. 227-242.

— 6. Pascale Pichon, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2010.

— 7. Michel Parazelli, *La Rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*, Presses de l'Université du Québec, 2002.

à Nancy dans le cadre d'une immersion ethnographique de huit mois dans le monde des sans-abri, entre septembre 2017 et avril 2018 : des groupes et individus sans-abri font état de pratiques régulières, ancrées dans l'espace et dans le temps, structurant leur expérience de la survie⁸.

Or, dans la mesure où la réponse aux besoins fondamentaux est toujours précaire et où les espace-temps qui offrent des ressources sont toujours concurrencés, négociés ou partagés, la survie au jour le jour engendre un niveau de stress élevé et délétère, pathogène sur le plan mental. C'est ce que laisse entendre Jeff⁹ durant une soirée passée avec lui dans « son » parking souterrain :

« Je suis toujours sur les nerfs ! C'est hard de vivre comme ça, sérieux. Tu sais jamais ce qui va t'arriver. Déjà que j'ai toujours été hyperactif, mais là, en ce moment, laisse tomber. C'est stressant quoi ! Je vais péter un plomb si ça continue ! »

Ainsi, l'extrême précarité vécue expose aux aléas de la vie quotidienne, à la promiscuité dans les services sociaux, à l'insécurité dans l'espace public, à la dépendance envers l'assistance ou les pairs, ou encore au sentiment de ne pas maîtriser le quotidien ; autant de réalités éprouvantes sur le plan psychologique, sans parler des effets de la disqualification sociale¹⁰ et de la stigmatisation sur l'estime de soi et la construction identitaire¹¹. Tout cela favorise l'apparition de troubles anxieux tout en installant l'individu dans une temporalité immédiate et fragile, comme l'explique Fred¹² :

« Des routines de survie se mettent en place pour tenter de répondre aux besoins vitaux qui se manifestent jour après jour. »

"Survival routines are therefore put in place in an attempt to meet the basic needs that have to be met day after day."

individuals report having routine practices, anchored in space and time, that structure their experience of survival.⁸

However, given that responses to vital needs are always uncertain and that the space-time windows offering resources are competitive and must be negotiated and shared, day-to-day survival engenders high, adverse and mentally pathogenic levels of stress. This was described by Jeff⁹ during an evening spent with him in "his" underground carpark:

"I'm always on edge! It's hard living like this. You never know what's going to happen to you. I've always been hyperactive, but now, forget it. It's so stressful. I'll go crazy if this continues!"

Experiencing extreme insecurity exposes homeless people to the hazards of daily life, lack of privacy in shelters, lack of safety in the public space, dependence on social services or on peers, and to the feeling of being unable to manage their daily lives. All these experiences are psychologically harrowing for the homeless, not to mention the impact of social disqualification¹⁰ and stigmatisation they have

— 8. Thibaut Besozzi, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, vol. 12, n° 3, 2021, p. 247-266.

— 9. Un sans-abri de 38 ans ayant dormi pendant sept mois dans un parking souterrain. Comme pour les autres noms cités, il s'agit d'un nom d'emprunt.

— 10. Serge Paugam, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1991.

— 11. Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, 1975.

— 12. Un sans-abri de 35 ans dormant dans un squat insalubre du centre-ville.

— 8. Thibaut Besozzi, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, vol. 12, n° 3, 2021, p. 247-266.

— 9. A 38-year-old homeless man having slept in an underground parking for seven months. This, and all other names used, is an alias.

— 10. Serge Paugam, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1991.

« Faut que j'arrive à trouver des thunes, là, maintenant ! Pas demain, ni la semaine prochaine... C'est comme à l'accueil de jour, l'autre coup, ils me disent de revenir dans deux jours, mais c'est tout de suite que j'ai besoin de mon linge. Ils me font stresser sérieux ! »

À cet égard, les troubles addictifs parfois observables représentent des tentatives de réponse au stress et à l'anxiété tout en conduisant, à leur tour, à l'émergence de problématiques mentales¹³. Enfin, la difficulté de projection dans l'avenir majore les risques dépressifs en réduisant la question du sens de la vie – au double sens de signification et de direction – à l'unique nécessité de la survie biologique, sociale et identitaire. Ce « présentisme » est très explicitement évoqué par Julien¹⁴, aux côtés de qui nous avons régulièrement fait la manche :

« Comment je me vois dans cinq ans ? Même dans un an ? T'es fou toi, j'en sais rien du tout, j'y pense pas. Je sais déjà pas comment ça va être demain, alors... la rue à la dure, on vit au jour le jour tu sais, pas le choix ! »

Au regard de ces constats, les sans-abri sont potentiellement dans un état de santé mentale dégradé lorsqu'ils se confrontent aux temporalités institutionnelles, c'est-à-dire lorsqu'ils sortent de leur condition de sans-abri pour intégrer un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et tentent de s'inscrire dans un parcours de réinsertion.

Les temporalités institutionnelles de l'accompagnement médico-social

Lorsqu'ils font l'expérience des dispositifs d'hébergement et de soins, les sans-abri sont confrontés à des temporalités institutionnelles exodéterminées (c'est-à-dire par l'environnement extérieur) qui leur imposent un effort d'adaptation à d'autres rythmes

on self-esteem and identity building.¹¹ These experiences can cause anxiety disorders and place the individual in an immediate, fragile temporality.¹² As Fred explains:

"I need to find some dosh right now! Not tomorrow or next week... Like at the day centre, they told me to come back in two days, but I needed my washing right then and there. They really stress me out!"

In this respect, addictive disorders, sometimes observable, are attempts to respond to stress and anxiety that in turn lead to the development of mental health problems.¹³ Finally, the difficulty of making plans for the future compounds the risk of depression by narrowing the question of life's direction – both physically and philosophically – down to biological, social and self-identity survival alone. This "presentism" is explicitly referred to by Julien,¹⁴ who we regularly spent time begging with in Nancy:

"How do I see myself in five years? In a year? You must be mad, I've got no idea, I don't think about it. I don't know what's going to happen tomorrow... street life is tough, we live a day at a time, no choice."

Because of these realities, homeless people might already be dealing with deteriorating mental health conditions when confronted with institutional temporalities, i.e. when they leave the streets and move into "housing and social reintegration centres" (CHRS) and attempt to follow a reintegration programme.

The institutional temporalities of health and social care

When homeless people use housing and healthcare support systems, they

— 13. Anne Laporte et Pierre Chauvin, *La santé mentale...*, op. cit.

— 14. Un sans-abri de 38 ans dormant dans les parkings souterrains de la ville.

— 11. Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, 1975.

— 12. A 35-year-old homeless man sleeping in an unsanitary squat in the city centre.

— 13. Anne Laporte et Pierre Chauvin, *La santé mentale...*, op. cit.

— 14. A 38-year-old homeless man sleeping in underground city carparks.

que celui du « jour le jour » de la survie. La réponse la plus palpable et rapide qu'offre le système assistanciel est l'hébergement d'urgence, puis l'hébergement d'insertion en CHRS. Si l'hébergement d'urgence impose un « temporaire qui se répète », l'hébergement d'insertion entraîne, quant à lui, un « provisoire qui dure¹⁵ ». Dans l'exemple des CHRS, cette solution provisoire au besoin d'hébergement (périodes de six mois renouvelables) doit coexister avec un projet de réinsertion sociale qui, lui, s'inscrit dans une temporalité plus dilatée et impose des capacités de projection dans l'avenir. L'accompagnement des personnes hébergées s'articule autour de plusieurs dimensions en fonction de chaque situation et concerne la mise à jour des droits, l'accès aux soins, l'accès au logement ou à une activité professionnelle, ainsi que le développement des compétences psychosociales ou des liens familiaux. En d'autres termes, la personne est accompagnée vers l'acquisition d'« objets sociaux¹⁶ », c'est-à-dire vers un niveau de précarité plus tolérable et propice à la qualité de sa santé mentale. Ce processus est, par essence, plus long que la réponse aux besoins immédiats de la survie, il apparaît de surcroît moins concret, voire inaccessible, et source de stress pour la personne accompagnée qui, en réaction, peut se désengager, c'est-à-dire mettre en place une stratégie d'adaptation de type évitement ou fuite¹⁷. Ainsi, en contexte institutionnel, le temps perçu n'est plus celui de l'action au résultat rapidement évaluable, mais se trouve rythmé par les différents rendez-vous ou par les délais de traitement administratif. Ces échéances totalement subies intègrent des temps de latence, le plus

are confronted with exogenous (i.e. determined by the external environment) institutional temporalities that force them to attempt to adapt to a different rhythm from that inherent to "day-to-day" survival. The fastest, most tangible response provided by the social assistance system in France is the provision of emergency housing in the first instance followed by social integration housing (in CHRS). These two responses differ in that emergency housing imposes "temporary shelter that is repeated" while reintegration housing provides "provisional shelter that lasts".¹⁵ For individuals placed in a CHRS, the provisional solution in terms of housing (in renewable six-month periods) must be accompanied by a social reintegration plan that fits into an extended temporality and requires the capacity to plan more long term. The support given to sheltered individuals is based on context-specific factors and involves work to help the individuals become accustomed to their reinstated rights, access to healthcare, access to housing and access to work, as well as the development of psychosocial skills or help reconnecting with family members. In other words, the person receives help to acquire "social objects",¹⁶ in other words a level of insecurity that is more tolerable and more conducive to improved mental health. This process is naturally longer than the response to the immediate needs of survival. Furthermore, it seems less tangible and sometimes downright inaccessible and stressful for supported individuals who may react by disengaging themselves, i.e. through avoidance or escape coping strategies.¹⁷

— 15. Édouard Gardella, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, vol. 7, n° 3, 2016, p. 243-260.

— 16. Jean Furtos, « La précarité... », art. cit.

— 17. Gérald Delelis, Véronique Christophe, Sophie Berjot et al., « Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? », *Bulletin de psychologie*, Tome 64 (5), n° 515, 2011, p. 471-479.

— 15. Édouard Gardella, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, vol. 7, n° 3, 2016, p. 243-260.

— 16. Jean Furtos, « La précarité... », art. cit.

— 17. Gérald Delelis, Véronique Christophe, Sophie Berjot et al., « Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? », *Bulletin de psychologie*, Tome 64 (5), n° 515, 2011, p. 471-479.

souvent investis négativement par les personnes accompagnées. Ces périodes de « vide » exacerbent le niveau de stress perçu et favorisent l'émergence d'un sentiment d'impuissance et d'incompréhension. Dans le quotidien des CHRS, nous retrouvons ces confrontations de temporalités qui sont source de malentendus entre accompagné et accompagnant. Le travailleur social ou le psychologue peut par exemple se percevoir, depuis son référentiel, dans une temporalité accélérée en proposant des rencontres hebdomadaires, alors que ce même rythme est vécu comme long et preuve de désintérêt à son égard par la personne accompagnée. Les temps d'attente entre les entretiens deviennent propices aux ruminations mentales. La stratégie d'ajustement peut donc être un désinvestissement de l'accompagnement qui s'exprime par des comportements de rejet, des rendez-vous non honorés, voire un départ volontaire des centres d'hébergement.

Ces difficultés peuvent également être liées à la mémoire prospective et aux processus cognitifs de planification (fonctions exécutives) dont les conséquences peuvent être lourdes¹⁸. Le respect des temporalités institutionnelles, comme le fait d'effectuer des démarches dans le temps demandé, est perçu comme le critère d'appréciation de l'investissement. Il peut en résulter la fin de prise en charge alors même qu'un processus, non visible directement, de changement et d'adaptation des fonctions cognitives est potentiellement en cours. Par conséquent, il en résulte le risque que l'équipe médico-sociale et la personne accompagnée construisent des représentations réciproques négatives et des comportements de rejet mutuel.

— 18. Gaëtan Chevreau, Marie-Carmen Castillo et Claire Vallat-Azouvi, « Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF », *L'encéphale*, vol. 45, n° 5, 2019, p. 424-432.

In institutional contexts, the passing of time is therefore no longer perceived through the temporalities of actions with rapidly measurable results but through temporalities punctuated by appointments and administrative processing delays. These periods of time over which individuals have no agency include periods of delay, which are most often negatively experienced by accompanied individuals. These "empty" periods exacerbate perceived stress levels and contribute to the emergence of feelings of powerlessness and incomprehension. Confrontations between temporalities are often a source of day-to-day misunderstanding in CHRS housing between those giving and receiving support. For example, from their perspective, social workers and psychologists may see themselves as working within an accelerated temporality when they offer weekly appointments. However, this same temporality might be considered protracted and a sign of disinterest by the individual receiving assistance. Waiting times between appointments become opportunities for overthinking. A supported individual's coping strategy may then be disengagement expressed through rejection behaviour, failure to honour appointments or even leaving their housing altogether.

We have observed that such difficulties may sometimes also be associated with prospective memory and cognitive planning processes (executive functions) leading to potentially severe consequences.¹⁸ Respecting institutional temporalities, for instance completing procedures within required timeframes, is perceived as the criterion for the individual's engagement in the support given. The result may be the termination of an individual's case, even though a process of development

— 18. Gaëtan Chevreau, Marie-Carmen Castillo, Claire Vallat-Azouvi, « Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF », *L'encéphale*, vol. 45, n° 5, 2019, p. 424-432.

Un autre temps fort est l'accès aux soins, notamment psychiatriques. Le délai de prise en charge proposé par les psychiatres en cabinet libéral ou en Centre médico-psychologique est souvent de plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Cette inertie temporelle peut également être vécue comme un manque d'intérêt au moment même où le besoin de soutien est à son apogée. La résultante est, là encore, le risque de désengagement de la personne vis-à-vis des soins. La prise en charge psychique en devient complexe. Les soignants, très occupés, ne peuvent se permettre de bloquer des créneaux non honorés, et le risque de mise au ban du soin s'accroît. Nous le constatons alors même que la santé des populations précaires présente une concentration de problèmes habituellement plus diluée dans la population générale¹⁹.

La pratique clinique par le psychologue au sein d'un CHRS se retrouve également affectée. Les demandes de rendez-vous pour aborder des difficultés vécues « ici et maintenant » se font, en effet, dans l'urgence. Un entretien proposé trop à distance de la demande aura un risque élevé de ne pas être honoré, ou bien la demande sera caduque lors de la rencontre. L'adaptation de la fréquence du suivi psychologique peut également permettre de jouer le rôle de variable d'ajustement en s'intensifiant lors des périodes d'attente. Le rôle du soutien psychologique est alors de faciliter, de catalyser les différents accompagnements en s'adaptant et en mettant du sens sur les temporalités et rythmes subis par la personne accompagnée et les équipes accompagnatrices.

L'intrication psychique et temporelle que forge l'expérience du sans-abrisme peut donc conduire à la non-adhésion au parcours de réinsertion et/ou aux soins. À l'évidence, la

and adaptation of cognitive function may be underway, albeit imperceptibly. Thus emerges the risk that health and social care teams and the supported individual construct negative reciprocal representations and behaviours of mutual rejection.

Another important consideration is access to healthcare, above all psychiatric care. It can often take several weeks or even months for psychiatrists, whether in private practice or public mental health facilities, to accept patients. Such temporal inertia can also be experienced as a lack of interest at the very moment the need for support is at its most acute. This also increases the risk of disengagement from care. Mental health care becomes difficult as a result. Full-to-capacity caregivers cannot block appointment slots if they are not honoured, so the risk of individuals being side-lined from care increases. This is observed despite the fact that the health of insecure populations presents a higher concentration of problems than that found in the general population.¹⁹

The clinical practice of psychologists within CHRS institutions is also impacted. Indeed, appointments are requested as a matter of emergency in order to address problems experienced "here and now". Appointments scheduled too far ahead run a high risk of not being honoured or of becoming unnecessary by the time they arrive. Adapting the frequency of psychological care by intensifying them during periods of waiting can also act as a potential adjustment variable. The function of psychological support is then to facilitate and set in motion the various assistance processes by adapting and finding meaning in the temporalities and rhythms endured by both the individual receiving support and the professionals giving it.

— 19. Emilio La Rosa, *Santé, précarité et exclusion*, PUF, 1998.

— 19. Emilio La Rosa, *Santé, précarité et exclusion*, PUF, 1998.

« La prise de conscience des temporalités particulières qu'impose le contexte de la survie nous invite à adapter les politiques d'accès à l'hébergement et au logement. »

"An awareness of the specific temporalities imposed by the context of survival invites us to adapt both shelter and housing access policies and institutional health and social care practices."

prise de conscience des temporalités particulières qu'impose le contexte de la survie nous invite à adapter les politiques d'accès à l'hébergement et au logement, ainsi que les pratiques d'accompagnement médico-social en institution. À cet égard, la politique du Logement d'abord²⁰ entend justement contourner la succession d'étapes transitoires menant, éventuellement, à l'accès au logement. En outre, cette compréhension des temporalités vécues et de leurs effets sur la santé mentale peut conduire les intervenants médico-sociaux à ajuster leurs pratiques aux rythmes singuliers des personnes accompagnées, entre immédiateté de la réponse et (re)construction du rapport à l'avenir.

Consequently, the psychological and temporal intricacies created by the experience of homelessness can lead to non-adherence to the pathways of reintegration and healthcare. Clearly, an awareness of the specific temporalities imposed by the context of survival invites us to adapt both shelter and housing access policies and institutional health and social care practices. The intention of the Housing First (*Logement d'abord*) policy is indeed to bypass the series of transitory steps that lead, potentially, to access to housing. In addition, an understanding of lived temporalities and their effects on mental health may help health and social care workers to adapt their practices to the specific rhythms of the individuals that they assist – and potentially lead to a reconciliation between immediacy of response and the (re)construction of a relationship with the future.²⁰

Translated from the French by Naomi Walker

— 20. Nicolas Chambon (dir.), Pascale Estecahandy, Élodie Gilliot et al., *La politique du Logement d'abord en pratique*, Presses de Rhizome, 2022.

— 20. Nicolas Chambon (dir.), Pascale Estecahandy, Élodie Gilliot et al., *La politique du Logement d'abord en pratique*, Presses de Rhizome, 2022.

Biographies



THIBAUT BESOZZI

Après avoir obtenu un master de sociologie à l'université de Lorraine, Thibaut Besozzi a soutenu un doctorat de sociologie en 2015, à l'université de Caen-Normandie. Depuis 2016, il mène des recherches-actions sur le sans-abrisme et l'urgence sociale à Nancy, en partenariat avec les acteurs institutionnels du secteur Accueil-Hébergement-Insertion (AHI) : État, collectivités locales et associations. En 2021-2022, il est parallèlement lauréat d'une bourse de recherche pour la Fondation Croix-Rouge française. Fondés sur une approche ethnographique soucieuse de rendre compte de l'expérience et du point de vue des acteurs concernés, les travaux de Thibaut ont été suivis d'actions opérationnelles et ont donné lieu à la publication de rapports, d'articles scientifiques et d'un ouvrage. Ses recherches se situent au carrefour de la sociologie urbaine, du travail social et de la sociologie de la marginalité, dans l'optique d'améliorer l'action publique à destination des personnes sans domicile.

thibaut.besozzi@u-bourgogne.fr

After obtaining a Master's degree in Sociology from the University of Lorraine, Thibaut Besozzi completed his sociology thesis in 2015, at the University of Caen-Normandie. He has been leading action-oriented research into homelessness and the social emergency in Nancy since 2016, in partnership with the institutional actors of the Reception-Housing-Integration (Accueil-Hébergement-Insertion – AHI in French) sector (the State, local municipalities, and non-profit organisations). In 2021-2022, he was awarded a research grant from the French Red Cross Foundation. Drawing on an ethnographic approach designed to document the experience and perspectives of participating stakeholders, his work has opened the way to operational actions and given rise to the publication of reports, scientific articles and a book. His research is situated at the crossroads between urban sociology, social work and the sociology of marginality, with the goal of improving public action taken to help the homeless.

thibaut.besozzi@u-bourgogne.fr

CHARLES-HENRY LELIMOUZIN

Diplômé en psychologie clinique et psychopathologie par l'université de Lorraine en 2012, Charles-Henry Lelimouzin exerce aujourd'hui dans des services sociaux et médico-sociaux. Sa pratique clinique lui a permis de se spécialiser sur la question de la précarité et de ses différentes origines (marginalité, parcours judiciaire, handicap, addictologie, petite enfance et grand âge). Il anime également des groupes d'analyse des pratiques professionnelles dans ces domaines. Charles-Henry a coécrit, en 2018, une publication portant sur la pluralité des approches psychologiques dans deux établissements médico-sociaux de même nature.

charles-henry.lelimouzin@arelia-asso.fr

After obtaining a degree in Clinical Psychology and Psychopathology from the University of Lorraine in 2012, Charles-Henry Lelimouzin went on to work in social welfare and health and social care centres. His clinical practice enabled him to specialise in insecurity and its different origins (marginalisation, encounters with the judicial system, disabilities, addiction, early childhood, old age). He also leads professional practice analysis groups in these fields. In 2018, Charles-Henry Lelimouzin co-wrote an article focusing on the plurality of psychological approaches in two health and social care facilities dealing with similar pathologies.

charles-henry.lelimouzin@arelia-asso.fr

La santé mentale globale à l'épreuve du changement

Global mental health in a time of change

Davide Ziveri • Spécialiste de la santé planétaire au sein de l'ONG Humanité & Inclusion (Handicap International)

C'

est à un difficile exercice de synthèse auquel se livre ici Davide Ziveri. Revenant sur les six articles composant ce dossier, il tente de les mettre en perspective à l'aune de la santé pla-

nétaire dont il est spécialiste, pour dessiner une forme de prospective.

Le changement intéresse profondément les sciences sociales en tant qu'objet de recherche, de champ d'action et de pratique autoréflexive. Ce numéro de la revue *Alternatives Humanitaires* nous guide opportunément à travers le discours sur le changement dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS).

Au seuil d'une nouvelle conjoncture critique

L'aide humanitaire configure ses valeurs et ses pratiques en résonance avec l'esprit du temps. C'est celui-ci qui lui donne du sens ainsi que des possibilités d'action au sein d'une société, dans une période historique précise. De manière presque cyclique, les acteurs humanitaires font face

It is a difficult exercise in summary writing that Davide Ziveri undertakes here. Looking at the six articles in this issue, he attempts to put them into perspective in the light of global health, his specialist area, to arrive at some semblance of a forecast.

Change is profoundly relevant to the social sciences as a subject of research, a field of action and a self-reflective practice. This issue of *Humanitarian Alternatives* is a timely guide through the discourse on change in the field of mental health and psychosocial support (MHPSS).

On the threshold of a new critical juncture

Humanitarian aid sets its values and practices in accordance with the spirit of the times. This gives it meaning and the possibility to take action within a society, in a specific historical period. In an almost cyclical way, humanitarian aid actors are facing major changes, or "critical junctures".¹ This has been particularly noticeable in recent years when there has been much talk of a

— 1. Clara Egger, "About the critical junctures in humanitarian history", *Humanitarian Alternatives*, no. 9, 2018, pp. 1–5.

à des changements majeurs, des « conjonctures critiques¹ ». C'est tout particulièrement sensible ces dernières années où l'on parle volontiers d'un changement de paradigme (des valeurs, des relations de pouvoirs, de l'interprétation des problèmes et des répertoires d'action²), lequel appelle à modifier les discours produits dans tous les secteurs du savoir et les pratiques professionnelles.

La santé mentale n'échappe pas à ce mouvement. L'entrée en scène de la psychologie et de la psychiatrie dans des contextes humanitaires, à l'image du « temps zéro » sur lequel revient Laure Wolmark à propos de Médecins Sans Frontières (MSF) en Arménie à la fin de l'année 1989³, répondait à l'une de ces conjonctures, caractérisée par une sensibilité publique particulière et un momentum au sein de l'association. La mission alors mise sur pied était basée sur un savoir qui ouvrait à la notion du trauma (et ses angles morts), donnant forme et sens à un dispositif d'intervention encore balbutiant qui mettra du temps à se stabiliser au sein du réseau MSF, et encore, avec des approches souvent différentes.

Au passage du millénaire, ces dispositifs se restructurent au sein de tout le secteur humanitaire dans un processus sans fin⁴, en ligne avec le dogme du marché qui s'impose aussi dans le cadre émergent de la « santé globale », un nouveau système de gouvernement de la santé publique

paradigm shift (in values, power relations, the interpretation of problems and repertoires of contention)² which calls for changing the discourse produced in all sectors of knowledge and professional practices.

Mental health is no exception to this movement. The advent of psychology and psychiatry in humanitarian contexts – such as the very first humanitarian mental-health mission which Laure Wolmark describes in relation to Médecins Sans Frontières (MSF) in Armenia in late 1989³ – was a response to one of these junctures characterised by particular public sensitivity and momentum within the association. This mission was based on knowledge that opened up to the notion of trauma (and its blind spots), giving shape and meaning to an intervention system that was still in its infancy and would take time to stabilise within the MSF network, often through a variety of approaches.

At the turn of the millennium, these systems are being restructured throughout the entire humanitarian sector in an endless process,⁴ in line with the market dogma that is also asserting itself in the emerging framework of "global health", a new system of governing public health in line with neo-liberal globalisation.⁵ MHPSS has now become part of this framework, and we are witnessing the emergence

— 1. Clara Egger, « Des conjonctures critiques dans l'histoire humanitaire », *Alternatives Humanitaires*, n° 9, 2018, p. 1-5.

— 2. Charles Tilly, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 4, n° 1, 1984, p. 95.

— 3. Voir dans le présent numéro : Laure Wolmark, « "On ne fait pas de santé mentale" : retour sur la première mission "psy" de Médecins Sans Frontières », p. 8-19.

— 4. Perrine Laissus-Benoist, « La restructuration sans fin du monde humanitaire : une recherche inadaptee de la performance ? », *Alternatives Humanitaires*, n° 9, 2018, p. 52-62.

— 2. Charles Tilly, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 4, n° 1, 1984, p. 95.

— 3. See in this issue: Laure Wolmark, "'We don't do mental health': a review of Médecins Sans Frontières' first 'psy' mission", pp. 8-19.

— 4. Perrine Laissus-Benoist, "The endless restructuring of the humanitarian sector: an inappropriate search for performance?", *Humanitarian Alternatives*, no. 9, 2018, pp. 52-62.

— 5. Jean-Paul Gaudillière, « 2. De la santé publique internationale à la santé globale. L'OMS, la Banque mondiale et le gouvernement des thérapies chimiques », in Dominique Pestre (dir.), *Le gouvernement des technosciences. Gouverner le progrès et ses dégâts depuis 1945*, La Découverte, 2014, p. 65-96.

DAVIDE
ZIVERI

en ligne avec la mondialisation néolibérale⁵. Dès lors, la SMSPS s'inscrit dans ce cadre, et nous assistons à l'émergence de la « santé mentale globale⁶ » : la santé mentale devient un enjeu de la santé publique mondialisée avec une redéfinition des défis, un nouvel agenda pour la recherche et de nouveaux outils. Une telle vision de la santé mentale souligne l'importance de l'équité. Pour atteindre celle-ci, il est nécessaire d'intervenir sur les problèmes sociaux qui limitent l'efficacité de toute approche thérapeutique. Pour cela, la commission de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé⁷ tente de réintroduire des éléments du contexte socio-politique. En dépit de cet effort, cette approche ne va pas vraiment transformer le champ d'action de la SMSPS, hormis l'apparition des programmes intégrés. Au fil des années, les programmes de SMSPS se retrouvent souvent fort limités par la disponibilité de fonds qui, en plus d'être ouvertement reconnus comme insuffisants, fixent des lignes de conduite contraignantes en même temps qu'ils appellent à l'innovation. C'est suivant ce double mandat que les actions psychosociales, afin d'être considérées comme innovantes, doivent revenir aux fondamentaux de la relation d'aide, tels que l'écoute active, l'empathie ou le regard positif inconditionnel⁸.

— 5. Jean-Paul Gaudillière, « 2. De la santé publique internationale à la santé globale. L'OMS, la Banque mondiale et le gouvernement des thérapies chimiques », in Dominique Pestré (dir.), *Le gouvernement des technosciences. Gouverner le progrès et ses dégâts depuis 1945*, La Découverte, 2014, p. 65-96.

— 6. Vikram Patel, Harry Minas, Alex Cohen et al., *Global Mental Health: Principles and Practice*, Oxford University Press, 2013.

— 7. World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission*, 2008, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

— 8. Voir le Friendship Bench au Zimbabwe : <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org>

of "global mental health":⁶ mental health is becoming a global public health issue with redefined challenges, a new research agenda and new tools. This vision of mental health underscores the importance of equity. To achieve equity, the social problems that limit the effectiveness of any therapeutic approach need to be addressed. To this end, the World Health Organization (WHO) Commission on Social Determinants of Health⁷ is trying to reintroduce factors from the socio-political context. Despite this effort, this approach will not transform the scope of MHPSS action in any real sense, besides prompting the emergence of integrated programmes. Over the years, MHPSS programmes have often been severely constrained by the availability of funding that, in addition to being openly recognised as insufficient, sets binding guidelines whilst calling for innovation. It is according to this double mandate that, in order to be considered innovative, psychosocial actions must return to the fundamentals of the aid relationship, such as active listening, empathy and unconditional positive regard.⁸

Today, with global health affected by the pandemic and the climate crisis, we find ourselves on the threshold of a new critical juncture where the need for innovation is stimulating the return of debate. It is clear, however, that there is not always the necessary space for debate in the day-to-day running of non-governmental organisations (NGOs). Admittedly, the WHO's World Mental Health Report⁹ echoes

— 6. Vikram Patel, Harry Minas, Alex Cohen et al., *Global Mental Health: Principles and Practice*, Oxford University Press, 2013.

— 7. World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission*, 2008, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

— 8. See the Friendship Bench in Zimbabwe: <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org>

— 9. World Health Organization, *World mental health report. Transforming mental health for all*, June 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Aujourd'hui, avec une santé mondiale marquée par la pandémie et la crise climatique, nous nous retrouvons au seuil d'une nouvelle conjoncture critique où le besoin d'innovation stimule la reprise du débat. Or, force est de constater que celui-ci ne trouve pas toujours l'espace nécessaire dans le quotidien des organisations non gouvernementales (ONG). Certes, le rapport mondial sur la santé mentale de l'OMS⁹ se fait l'écho de cette préoccupation en rappelant le milliard de personnes vivant avec un problème de santé mentale, les manquements dans les politiques des États¹⁰ et le retard sur l'Objectif du développement durable (ODD) cible 3.4 sur la santé mentale. Autant de constats qui remettent en question les pratiques habituelles de la SMSPS. Ce rapport lui-même ne manque pas d'ambiguïtés : en même temps qu'il codifie le discours de la santé mentale globale, il en propose la transformation en suggérant la possibilité d'un dépassement de la conception biomédicale de la santé mentale.

Cette vision hégémonique du bien-être cohabite avec d'autres systèmes d'interprétation de la santé et du bien-être. On en trouve un exemple dans le diagnostic et le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui offre une lecture du psychotraumatisme¹¹ et ouvre à divers dispositifs de prise en charge. D'un côté, on observe un savoir qui mobilise le modèle biomédical de la souffrance et qui, dans des efforts de professionnalisation du secteur, a développé des outils et des modalités d'intervention empiriques (voir le *Mental Health Gap Action*

« La santé mentale devient un enjeu de la santé publique mondialisée avec une redéfinition des défis, un nouvel agenda pour la recherche et de nouveaux outils »

“Mental health is becoming a global public health issue with redefined challenges, a new research agenda and new tools.”

this concern by referring to the billion people who live with a mental health disorder, the shortcomings in State policies¹⁰ and delays to Sustainable Development Goal (SDG) 3.4 target on mental health. All these findings call the usual practices of MHPSS into question. This report itself is not short of ambiguities: at the same time that it codifies global mental health discourse, it also suggests transforming it by going beyond the biomedical definition of mental health.

This hegemonic vision of well-being coexists with other ways of interpreting health and well-being. One example of this is the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), which offers a perspective on psychotrauma¹¹ and opens up a range of treatment options. On the one hand, there is a body of knowledge which mobilises the biomedical model of suffering and which, in an attempt to professionalise the sector, has developed empirical tools and intervention methods (see the Mental Health Gap

— 9. World Health Organization, *World mental health report. Transforming mental health for all*, June 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

— 10. Voir le dernier rapport Atlas : World Health Organization, *Mental health ATLAS 2020, 2021*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

— 11. Maximilien Zimmermann, « Repenser les conséquences et la prise en charge psychologiques des traumatismes dans des contextes fragiles », *Rhizome*, vol. 3-4, n° 69-70, 2018, p. 27.

— 10. See also the latest Atlas report: World Health Organization, *Mental health ATLAS 2020, 2021*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

— 11. Maximilien Zimmermann, « Repenser les conséquences et la prise en charge psychologiques des traumatismes dans des contextes fragiles », *Rhizome*, vol. 3-4, n° 69-70, 2018, p. 27.

*Programme-mhGAP*¹²). Ces modèles plébiscités sont également conçus à partir du prisme de la santé publique, afin de répondre aux besoins globaux en termes de santé mentale. Cependant, si ce catalogue d'outils permet l'intégration des services de santé mentale au sein des services de santé de proximité, il porte en lui le risque de réduire les réponses à la mise en application d'algorithmes d'action thérapeutique¹³ qui mettent au centre de la SMSPS des solutions techniques plutôt qu'une relation d'aide authentique.

De l'autre côté, on note la référence à des pratiques qui trouvent leurs racines dans la psychologie de la libération, dont l'un des fondateurs appelle à désidéologiser nos pratiques professionnelles¹⁴. Ce courant cherche en effet à dénoncer l'utilisation de certains concepts qui véhiculent un système idéologique malgré leur prétendue neutralité en faisant référence à des données scientifiques. Par exemple, en déconstruisant la conceptualisation du trauma, ce courant apprécie plutôt l'impact de la violence politique sur les communautés affectées¹⁵. L'action SMSPS sera donc surtout portée sur leur résilience en visant la justice sociale, comme cela a été le cas des psychologues activement engagés dans le soutien aux victimes de la torture de la dictature chilienne et, ensuite, dans les processus de vérité et de réconciliation¹⁶.

Action Programme-mhGAP).¹² These popular models are also designed from a public health perspective to address global mental health needs, but if this catalogue of tools allows mental health services to be integrated within community health services, it runs the risk of reducing responses to the implementation of therapeutic action algorithms¹³ which place technical solutions rather than an authentic aid relationship at the heart of MHPSS.

On the other hand, we note the reference to practices which have their roots in the psychology of liberation, one of whose founders calls for our professional practices to be de-ideologised.¹⁴ This movement seeks to denounce the use of certain concepts that, despite their alleged neutrality, convey an ideological system by referring to scientific data. By deconstructing the notion of trauma, for example, this movement instead acknowledges the impact of political violence on affected communities.¹⁵ MHPSS action will therefore focus on their resilience by aiming for social justice, as has been the case with the psychologists actively engaged in supporting victims of torture at the hands of the Chilean dictatorship and, subsequently, in the truth and reconciliation processes.¹⁶

Whilst it does not resolve this tension (incidentally, that was not its objective), this issue of the review, thanks to the

— 12. World Health Organization, *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*, 2015, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>

— 13. China Mills and Eva Hilberg, "Built for expansion: the 'social life' of the WHO's mental health GAP Intervention Guide", *Sociology of Health & Illness*, vol. 41, no. 1, pp. 162–175.

— 14. Ignacio Martin-Baró, « La desideologización como aporte de la psicología social al desarrollo de la democracia en Latinoamérica », *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, vol. VIII, no. 3, 1985.

— 15. Pau Pérez Sales, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Ediciones Exilibris, 1999.

— 16. *Idem*.

— 12. World Health Organization, *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*, 2015, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>

— 13. China Mills and Eva Hilberg, "Built for expansion: the 'social life' of the WHO's mental health GAP Intervention Guide", *Sociology of Health & Illness*, vol. 41, no. 1, pp. 162–175.

— 14. Ignacio Martin-Baró, « La desideologización como aporte de la psicología social al desarrollo de la democracia en Latinoamérica », *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, vol. VIII, no. 3, 1985.

— 15. Pau Pérez Sales, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Ediciones Exilibris, 1999.

— 16. *Idem*.

S'il ne résout pas cette tension – ce n'était d'ailleurs pas son objectif –, ce numéro de la revue, grâce aux six articles qui précèdent, permet d'inscrire une diversité de voix et des perspectives en juxtaposition dans une construction critique du discours sur le changement du savoir et du savoir-faire en SMSPS.

La réalité de la santé mentale globale en action

Prenons le cas d'étude présenté par nos collègues d'ALIMA et de Trauma Aid France au Burkina Faso¹⁷, dans lequel nous pouvons lire tous les éléments-clés de la santé mentale globale dans une crise humanitaire. D'abord, on trouve le constat dramatique des besoins croissants en santé mentale qui se heurtent à la faiblesse – pour ne pas dire à l'absence – des services de protection et de soutien psychologique adéquats. Et cela en contraste avec les promesses des politiques nationales et des plans d'actions en la matière. Un tel écart entre les paroles et les actes semble-t-il confirmer les obstacles à l'installation de dispositifs que pointe le rapport de l'OMS précédemment évoqué : le manque d'un engagement institutionnel et d'un engagement budgétaire. L'expérience des ONG sur le terrain témoigne des conséquences de tels manquements, notamment quant à la pénurie de personnel spécialisé – un défi majeur pour assurer l'accès aux services. De cela résulte un « déficit du traitement ». Néanmoins, certains critiquent ce constat, puisque ce problème émerge seulement si nous acceptons le présupposé que le traitement est la solution¹⁸. Afin d'offrir un traitement SMSPS dans des services de base, la stratégie qui découle de ce constat est celle du

six preceding articles, makes it possible to include a diversity of voices and perspectives in a critical construction of the discourse on the change of knowledge and know-how within MHPSS.

The reality of global mental health in action

Take the case study presented by our colleagues from ALIMA and Trauma Aid France in Burkina Faso,¹⁷ in which we can read about all the key elements of global mental health in a humanitarian crisis. Firstly, we see the dramatic observation that there is a growing need for mental healthcare which is hampered by the weakness – if not the absence – of adequate protection and psychological support services, despite the promises of national policies and action plans in this area. Such a gap between words and deeds would seem to confirm the barriers to introducing the systems described in the aforementioned WHO report: the lack of institutional and budgetary commitment. The experience of NGOs in the field bears witness to the consequences of such shortcomings, particularly with regard to the shortage of specialist staff – a major challenge for ensuring access to services. This results in a "treatment deficit". Nevertheless, some criticise this observation since this problem emerges only if we accept the assumption that treatment is the solution.¹⁸ In order to offer MHPSS treatment as part of basic services, the strategy that emerges from this observation is that of "task shifting"¹⁹ which allows non-specialised staff to be involved in MHPSS.

— 17. Voir dans le présent numéro : Dodo Ilunga Diemu, Adeline Pupat, Victoire Hubert *et al.*, « Répondre aux besoins en santé mentale dans les zones de conflit au Burkina Faso grâce à la méthode dite d'« Allègement du stress traumatique » », p. 20-33.

— 18. China Mills, *Decolonizing Global Mental Health. The psychiatrization of the majority world*, Routledge, 2014.

— 17. See in this issue: Dodo Ilunga Diemu, Adeline Pupat, Victoire Hubert *et al.*, "Treating mental health in conflict zones in Burkina Faso with Traumatic Stress Relief (TSR)", pp. 20–33.

— 18. China Mills, *Decolonizing Global Mental Health. The psychiatrization of the majority world*, Routledge, 2014.

— 19. Nagendra Prasad Luitel, Mark J.D. Jordans, Brandon A. Kohrt *et al.*, "Treatment gap and barriers for mental health care: a cross-sectional community survey in Nepal", *PLoS ONE*, vol. 12, no. 8, 2017.

« transfert de tâches¹⁹ » qui permet au personnel non spécialisé d'être acteur de la SMSPS.

Une telle stratégie est critiquée tant pour le peu de recherches probantes sur ses avantages, que pour ses conséquences inattendues telles qu'une institutionnalisation de la solidarité des bénévoles qui sont formés à la SMSPS²⁰. Mais elle reste, à vrai dire, l'option privilégiée des équipes SMSPS. Cela ne peut se faire qu'avec des formations courtes (et une supervision régulière, ce qui n'est pas toujours possible) et en s'appuyant sur des techniques plus au moins simples et efficaces²¹.

Malgré des années d'efforts dans cette direction, l'agenda de la santé mentale globale reste inachevé, et les besoins se font chaque jour plus criants. Ces stratégies et ces outils sont-ils encore d'actualité dans un renouvellement du secteur ? Faut-il investir davantage de ressources limitées dans le suivi de leurs promesses hypothétiques ?

Éléments pour une critique

C'est à partir de ces questionnements que le débat sur la colonialité²² frappe à la porte. Ce concept dévoile les dynamiques profondes qui ont animé le projet colonial et se reproduisent sous d'autres formes aujourd'hui. Plusieurs contributions de ce numéro en soulignent des éléments-clés.

— 19. Nagendra Prasad Luitel, Mark J.D. Jordans, Brandon A. Kohrt et al., "Treatment gap and barriers for mental health care: a cross-sectional community survey in Nepal", *PLoS ONE*, vol. 12, no. 8, 2017.

— 20. Sudarshan R. Kottai and Shubha Ranganathan, "Task-shifting in community mental health in Kerala: tensions and ruptures", *Medical Anthropology*, vol. 39, no. 6, 2020, pp. 538–552.

— 21. Ignacio Martin-Baró, « La desideologización... », *art. cit.*

— 22. Voir dans le présent numéro : Guillaume Pégon, Christian Laval et Marie Viviane Goupougouni Leni, « Colonialité et intersectionnalité en santé mentale : une exigence mobilisatrice », p. 34-47.

Such a strategy is criticised both for the lack of conclusive research on its benefits and its unexpected consequences such as the institutionalisation of the solidarity of volunteers who are trained in MHPSS.²⁰ Yet it remains the preferred option of MHPSS teams. This can only be achieved with short training courses (and regular supervision, which is not always possible) on techniques that vary in their simplicity and effectiveness.²¹

Despite years of effort in this direction, the global mental health agenda remains ongoing, and the needs are increasingly urgent with every day that passes. Are these strategies and tools still relevant in a sector that has changed? Should we invest more limited resources in following up on their hypothetical promises?

Elements for a review

It is with these questions in mind that the debate on coloniality²² comes knocking at the door. This concept reveals the deep-rooted dynamics that drove the colonial project and are reproduced in other forms today. Several contributions in this issue highlight some of the key elements.

A journey into the radical precariousness of the homeless in France,²³ marked by the crucial demands of "bare life",²⁴ shatters the separation between the "here" and the "elsewhere" where humanitarian action is played out, "in the field", where "expatriates" risk their lives. They are

— 20. Sudarshan R. Kottai and Shubha Ranganathan, "Task-shifting in community mental health in Kerala: tensions and ruptures", *Medical Anthropology*, vol. 39, no. 6, 2020, pp. 538–552.

— 21. Ignacio Martin-Baró, « La desideologización... », *art. cit.*

— 22. See in this issue: Guillaume Pégon, Christian Laval and Marie Viviane Goupougouni Leni, "Coloniality and intersectionality in mental health: a rallying call", pp. 34–47.

— 23. Thibaut Besozzi and Charles-Henry Lelimoizin, "The mental health of the homeless viewed through the prism of the temporalities of survival and institutions", pp. 74–83.

— 24. Giorgio Agamben, *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*, Stanford University Press, 1998.

Une plongée dans la précarité radicale des sans-abri en France²³, marquée par les exigences cruciales de « la vie nue²⁴ », brise la séparation entre l'« ici » et l'« ailleurs », où se joue l'action humanitaire, « sur le terrain », là où se risquent « les expatriés ». Ce sont eux qui, dans les programmes SMSPS, ont le pouvoir de définir les problèmes et développer les solutions. Pourtant, avec leurs valeurs, ils amènent aussi leurs biais cognitifs et leurs normes sociales au risque, par exemple, de laisser dans l'invisibilité certains groupes (ou, par contraste, d'en figer d'autres dans des stéréotypes). Dans le contexte congolais²⁵, où les ONG jouent un rôle de premier plan pour assurer la disponibilité de services de santé mentale, le cadrage et l'organisation de ces services sont soumis aux normes et procédures propres au système humanitaire. Et, en l'occurrence, nous disent Bénédiction Kimathe et Camille Maubert, ce système aboutit à exclure les hommes victimes ou auteurs de violences de soins en santé mentale.

L'*excursus* en France nous montre aussi la distance entre la « temporalité vécue » et la « temporalité institutionnelle » des mécanismes de protection sociale, dont le décalage des projets humanitaires est un miroir. Le concept de nexus humanitaire-développement-paix résout seulement de façon partielle cette solidarité asynchrone, décalée et éphémère. Les projets SMSPS doivent trop souvent se dessiner sur une courte durée : quelques séances afin « d'intercepter » des personnes en souffrance et submergées par des priorités vitales multiples. Les possibilités de rencontre de l'autre, de

the ones who, in MHPSS programmes, have the power to select problems and develop solutions. Given their values, however, they also bring along their own cognitive biases and social norms at the risk, for example, of turning a blind eye to certain groups or, in contrast, stereotyping others. In the Congolese context,²⁵ where NGOs play a leading role in ensuring the availability of mental health services, the framework and organisation of these services are subject to the standards and procedures of the humanitarian system. In this case, as Bénédiction Kimathe and Camille Maubert tell us, this system results in the exclusion of men who are victims or perpetrators of violence from mental healthcare.

The *excursus* in France also shows us the discrepancy between the “lived temporality” and the “institutional temporality” of social services mechanisms, which is mirrored in the misalignment of humanitarian projects. The concept of the humanitarian – development – peace nexus only partially resolves this asynchronous, misaligned and ephemeral solidarity. MHPSS projects are all too often designed for the short term: a few sessions in which to “intercept” people who are suffering and overwhelmed by the multiple priorities of survival. The possibilities of meeting the other person, building a bond of trust, support, recovery and inclusion are out of reach. Here, there is a discrepancy between the lived experience of a community in its socio-cultural context and the universalist notions and categories of the MHPSS discourse.

This discourse is developed and legitimised in international task groups and mechanisms (such as the Inter-Agency Standing Committee), in which networks of experts, mainly based in the “minority world”, participate.

— 23. Voir dans le présent numéro : Thibaut Besozzi et Charles-Henry Lelimoizin, « La santé mentale des sans-abri au prisme des temporalités de la survie et des institutions », p. 74-83.

— 24. Giorgio Agamben, *Homo Sacer. Le Pouvoir souverain et la vie nue*, Éditions du Seuil, 1997.

— 25. Voir dans le présent numéro : Camille Maubert et Bénédiction Kimathe, « Champs d'exclusion, masculinité et santé mentale en République démocratique du Congo », p. 48-59.

— 25. See in this issue: Bénédiction Kimathe and Camille Maubert, “Areas of exclusion, masculinity and mental health in the Democratic Republic of the Congo”, pp. 48-59.

construction d'un lien de confiance, d'accompagnement, de rétablissement et d'inclusion restent hors de portée. Il existe ici une disjonction entre le vécu d'une communauté dans son contexte socio-culturel et les notions et les catégories universalistes du discours SMSPS.

Ce dernier est élaboré et légitimé dans les groupes de travail et mécanismes internationaux (tels que le Comité permanent interorganisations – IASC), auxquels participent des réseaux d'experts essentiellement basés dans le « monde minoritaire ». Ici, la SMSPS se construit à grand renfort de contenus uniformisés, de lignes directrices et d'indicateurs. Ces indicateurs et leur cadre interprétatif ont fait l'objet de nombreux efforts de standardisation afin de répondre aux besoins d'évaluation et de contrôle, dans une logique de coût-bénéfice, avec une narration d'histoires de succès et une promotion de l'efficacité et de la performance. Ces dispositifs techniques de mesure renforcent le système étiologique et nosographique en vigueur²⁶. Et tout cela s'inscrit clairement dans le cadre idéologique néolibéral et le mode de fonctionnement de la mondialisation qui représente l'une des causes de l'inégalité structurelle et de la violence qui génèrent, en grande partie, les crises humanitaires. Dans le discours de la santé mentale globale, nous naviguons entre la fatalité du « philanthrocapitalisme²⁷ » et les appels pour une déconstruction de son idéologie afin de s'acheminer vers plus de justice sociale.

L'éclosion d'une transformation

Parmi les questions prioritaires qui animent aujourd'hui les réseaux de la

Here, MHPSS is built with a great deal of standardised content, guidelines and indicators. These indicators and their interpretative framework have been the subject of numerous attempts to standardise them in order to address evaluation and monitoring needs from a cost-benefit angle, with a narrative of success stories and the emphasis on effectiveness and performance. These technical measuring devices reinforce the aetiological and nosographic system in force.²⁶ All this is clearly in line with the neo-liberal ideological framework and the way globalisation works, which is one of the causes of the structural inequality and violence that are largely responsible for generating humanitarian crises. In the global mental-health discourse, we navigate between the fatality of "philanthrocapitalism"²⁷ and calls to deconstruct its ideology in order to move towards greater social justice.

An emerging transformation

Among the priority issues that drive global mental health networks today,²⁸ we find the search for "optimal" interventions (those that are effective, efficient, cost-effective, safe) and monitoring and evaluation methods. Perhaps they will help optimise the current intervention model, but they will not necessarily prepare the world of tomorrow. Yet this world is emerging right now given the increasing number of disasters caused by the climate crisis (consider the situation in Pakistan)²⁹ or the climate-related

— 26. Voir dans le présent numéro : Florence Chatot et Mahamat Mbarkoutou, « La standardisation à l'épreuve des dynamiques locales : l'exemple des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad », p. 60-73.

— 27. Colin D. Butler, "Philanthrocapitalism: promoting global health but failing planetary health", *Challenges*, vol. 10, no. 24, March 2019.

— 26. See in this issue: Florence Chatot and Mahamat Mbarkoutou, "Standardisation challenged by local dynamics: the example of mental health programmes in the Chad Basin", pp. 60-73.

— 27. Colin D. Butler, "Philanthrocapitalism: promoting global health but failing planetary health", *Challenges*, vol. 10, no. 24, March 2019.

— 28. Phuong Thao Le and Wietse Tol, *Mental health and psychosocial support in humanitarian crises: setting consensus-based research priorities for 2021-2030 (MHPSS-SET 2)*, Elrha, 2023, <https://www.elrha.org/researchdatabase/mental-health-and-psychosocial-support-in-humanitarian-crises-setting-consensus-based-research-priorities-for-2021-2030>

— 29. OCHA, *Business Brief: Pakistan Floods Response Plan – Humanitarian Overview and Call to Action*, 12 September 2022.

santé mentale globale²⁸, nous retrouvons la recherche des interventions « optimales » (efficaces, efficientes, rentables, sûres) et des méthodes de suivi et d'évaluation. Peut-être aideront-elles à optimiser le modèle d'intervention actuel, mais pas forcément à préparer le monde de demain. Pourtant, celui-ci se dessine déjà aujourd'hui au vu des désastres croissants causés par la crise climatique (voir la situation au Pakistan²⁹) ou les crises de santé liées au climat, ayant un déclenchement lent mais irrémédiable (voir la situation en Afghanistan³⁰).

Afin de faire face à ces nouveaux défis, l'OMS a récemment publié un premier document³¹ sur les aspects de santé mentale à considérer dans un monde « plus chaud », sans pour autant fournir de directives opérationnelles. En tout cas, le secteur SMSPS a acquis, lors des crises humanitaires, une expertise significative qui peut aider à structurer la réponse SMSPS avant et après des crises dues au changement climatique. L'expérience en accompagnement au deuil complexe peut servir face au « deuil écologique³² » – même si, pour l'instant, nous sommes démunis, s'agissant de formes socialement codifiées, pour le traverser et le célébrer³³.

— 28. Phuong Thao Le et Wietse Tol, *Mental health and psychosocial support in humanitarian crises: setting consensus-based research priorities for 2021-2030 (MHPSS-SET 2)*, Elrha, 2023, <https://www.elrha.org/researchdatabase/mental-health-and-psychosocial-support-in-humanitarian-crises-setting-consensus-based-research-priorities-for-2021-2030>

— 29. OCHA, *Business Brief: Pakistan Floods Response Plan – Humanitarian Overview and Call to Action*, 12 September 2022.

— 30. Waniyah Masood, Sakina Aquil, Hamid Ullah et al., "Impact of climate change on health in Afghanistan amidst a humanitarian crisis", *The Journal of Climate Change and Health*, vol. 6, article no. 100139, May 2022, pp. 2667–2782.

— 31. World Health Organization, *Mental Health and Climate Change. Policy brief*, June 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>

— 32. Ashlee Cunsolo and Neville Ellis, "Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss", *Nature Climate Change*, vol. 8, no. 4, April 2018, pp. 275–281.

— 33. Britt Wray, *Generation Dread. Finding Purpose in an Age of Climate Crisis*, Knopf Canada, 2022.

health crises which have a slow but irreversible onset (consider the situation in Afghanistan).³⁰

In order to address these new challenges, the WHO recently published a preliminary paper³¹ on the mental health aspects to be considered in a "warmer" world yet without providing any operational guidelines. In any case, the MHPSS sector has acquired significant expertise during humanitarian crises that can help structure the MHPSS response before and after crises caused by climate change. The experience of accompanying complex grief can be used to deal with "ecological grief",³² even if we are currently powerless in terms of socially codified forms for coping with and marking it.³³ Knowing how to manage distress will allow us to deal with the mental fatigue and moral injuries of climate activists, and experience of MHPSS in conflict management will undoubtedly be useful in new social conflicts caused by the increase in forced migration, the scarcity of vital resources, and growing inequalities.

Yet global mental health in the Anthropocene Epoch requires more than simply scaling up its current practices. Mental health professionals have a crucial role to play and a mission that goes well beyond treatment.³⁴ It is only by embedding mental health in

— 30. Waniyah Masood, Sakina Aquil, Hamid Ullah et al., "Impact of climate change on health in Afghanistan amidst a humanitarian crisis", *The Journal of Climate Change and Health*, vol. 6, article no. 100139, May 2022, pp. 2667–2782.

— 31. World Health Organization, *Mental Health and Climate Change. Policy brief*, June 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>

— 32. Ashlee Cunsolo and Neville Ellis, "Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss", *Nature Climate Change*, vol. 8, no. 4, April 2018, pp. 275–281.

— 33. Britt Wray, *Generation Dread. Finding Purpose in an Age of Climate Crisis*, Knopf Canada, 2022.

— 34. Ching Li, Emma L. Lawrance, Gareth Morgan et al., "The role of mental health professionals in the climate crisis: an urgent call to action", *International Review of Psychiatry*, vol. 34, no. 5, 2022, pp. 563–570.

Le savoir-faire dans la gestion de la détresse nous permettra de traiter la fatigue mentale et les blessures morales des militants pour l'action climatique. Et l'expérience en SMSPS dans la gestion de conflits sera, sans nul doute, utile lors des nouveaux conflits sociaux engendrés par l'augmentation de migrations forcées, la raréfaction des ressources vitales ou les inégalités croissantes.

Pour autant, la santé mentale globale à l'ère de l'Anthropocène ne pourra pas se contenter de la mise à l'échelle de ses pratiques actuelles. Les professionnels de la santé mentale ont un rôle crucial à jouer et une mission qui va bien au-delà du traitement³⁴. C'est seulement en inscrivant la santé mentale dans le paradigme de la santé planétaire³⁵ que nous trouverons une narration capable de synthétiser des éléments critiques, d'initier un véritable changement et de redonner de l'espoir.

Le point de départ est la prise de conscience de vivre dans une nouvelle époque géologique, le fameux Anthropocène, mais aussi dans le *Capitalocene*³⁶, ce modèle de société qui, en dépit de ses promesses, affaiblit les conditions mêmes de la vie sur Terre en mettant en péril la santé humaine, sans parler des autres écosystèmes auxquels nous appartenons aussi.

Le dépassement des systèmes vitaux de la biosphère nous met face à un défi existentiel collectif, où l'anxiété devient une réponse adaptative. Cependant, les traitements focalisés

the paradigm of planetary health³⁵ that we will find a narrative capable of synthesising critical elements, initiating real change and restoring hope. The starting point is the realisation that we are living in a new geological epoch, the famous Anthropocene, but also in the Capitalocene³⁶ – a model of society which, despite its promises, weakens the very conditions of life on Earth by endangering human health, not to mention the other ecosystems to which we also belong.

Overwhelming the biosphere's life support systems presents us with a collective existential challenge where anxiety becomes an adaptive response, but treatments focused on reducing the symptoms cannot be fully effective when it is the lack of meaning that contributes to increasing ontological insecurity. We urgently need an epistemological revolution capable of projecting a relational and circular worldview. We must reconfigure our relationship with otherness, i.e. our own limits, until we can offer a new definition of humanity³⁷ that will result in a rethink of humanitarian aid practices.

The contributions in this issue attest to this: mental health in the Anthropocene Epoch will have to reorient itself towards community, collective and committed work in order to bring about behavioural and social change for planetary well-being.³⁸

Translated from the French by Derek Scoins

— 34. Ching Li, Emma L. Lawrance, Gareth Morgan *et al.*, "The role of mental health professionals in the climate crisis: an urgent call to action", *International Review of Psychiatry*, vol. 34, no. 5, 2022, pp. 563–570.

— 35. Samuel Myers et Howard Frumkin, *Planetary Health: Protecting Nature to Protect Ourselves*, Island Press, 2020.

— 36. Jason W. Moore, *Anthropocene or Capitalocene? Nature, History, and the Crisis of Capitalism*, PM Press/Kairos, 2016, <https://jasonwmoore.com/wp-content/uploads/2017/08/Moore-ed-Anthropocene-or-Capitalocene-Introduction-and-TOC-2016.pdf>

— 35. Samuel Myers and Howard Frumkin, *Planetary Health: Protecting Nature to Protect Ourselves*, Island Press, 2020.

— 36. Jason W. Moore, *Anthropocene or Capitalocene? Nature, History, and the Crisis of Capitalism*, PM Press/Kairos, 2016, <https://jasonwmoore.com/wp-content/uploads/2017/08/Moore-ed-Anthropocene-or-Capitalocene-Introduction-and-TOC-2016.pdf>

— 37. Miriam Iris Ticktin, "From the human to the planetary. Speculative futures of care", *Medicine Anthropology Theory*, vol. 6, no. 3, 2019, pp. 133–160, <http://www.medanthrotheory.org/article/view/4960/6983>

— 38. JYU.Wisdom community, "Planetary well-being", *Humanities and social sciences communications*, vol. 8, 2021, p. 258.

sur la réduction des symptômes ne peuvent être pleinement efficaces dès lors que c'est le manque de sens qui contribue à une croissante insécurité ontologique. Nous avons un besoin urgent d'une révolution épistémologique capable de projeter une vision du monde relationnelle et circulaire. Il nous faut reconfigurer le rapport à l'altérité, c'est-à-dire les limites de soi, jusqu'à proposer une nouvelle définition de l'humanité³⁷ qui amènera à repenser les pratiques de l'humanitaire.

Les contributions de ce numéro l'attestent : la santé mentale dans l'Anthropocène devra se réorienter vers un travail communautaire, collectif et engagé, pour un changement comportemental et social en vue du bien-être planétaire³⁸.

— 37. Miriam Iris Ticktin, "From the human to the planetary. Speculative futures of care", *Medicine Anthropology Theory*, vol. 6, no. 3, 2019, pp. 133–160, <http://www.medanthrotheory.org/article/view/4960/6983>

— 38. JYU. Wisdom community, "Planetary well-being", *Humanities and social sciences communications*, vol. 8, 2021, p. 258.

« Les traitements focalisés sur la réduction des symptômes ne peuvent être pleinement efficaces dès lors que c'est le manque de sens qui contribue à une croissante insécurité ontologique. »

"Treatments focused on reducing the symptoms cannot be fully effective when it is the lack of meaning that contributes to increasing ontological insecurity."

Biographie | Biography



DAVIDE ZIVERI

Spécialiste de la santé planétaire au sein de l'ONG Humanité & Inclusion (Handicap International), en charge de la méthodologie de prévention de la santé appelée Communication pour le changement social et comportemental (CCSC). Davide Ziveri a obtenu son doctorat en psychologie sociale à l'université Complutense de Madrid (Espagne), où il a découvert la psychologie latino-américaine. Engagé pour la non-violence, Davide a plus de vingt ans d'expérience dans la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) avec des équipes nationales et internationales sur des projets humanitaires (au Chili, au Burundi, dans les Territoires palestiniens occupés ou en Syrie). Actif dans plusieurs réseaux internationaux de santé, il plaide pour des collaborations transdisciplinaires afin de travailler conjointement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Il a récemment terminé un diplôme supérieur en politique de santé mondiale à la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

A specialist in planetary health at the NGO Humanity & Inclusion (Handicap International), in charge of the health prevention methodology called *Communication pour le changement social et comportemental* (Social and Behavioural Change Communication). Davide Ziveri obtained his PhD in Social Psychology at the Universidad Complutense in Madrid (Spain) where he discovered Latin American psychology. Committed to non-violence, Davide has over twenty years' experience in mental health and psychosocial support (MHPSS) with national and international teams on humanitarian aid projects (in Chile, Burundi, the Occupied Palestinian Territories and Syria for example). Active in several international health networks, he advocates for interdisciplinary collaboration in order to work together on the social and environmental determinants of health. He recently completed a postgraduate qualification in Global Health Policy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine.



ÉTHIQUE | ETHICS



ÉTHIQUE | ETHICS

Quand les pays du Nord compensent leur pénurie de personnel de santé en aggravant celle des pays à faible revenu

How the Global North is solving its health worker shortage while exacerbating the Global South's

Nago Humbert • Observatoire Éthique et Santé humanitaire



C'est à une problématique éthique, déontologique et de justice sociale que nous convie Nago Humbert, spécialiste en psychologie médicale et en soins palliatifs pédiatriques et responsable de l'Observatoire Éthique et Santé humanitaire. Constatant le déséquilibre en effectifs de personnels de santé entre les pays du monde minoritaire et ceux du monde majoritaire, il alerte sur la nécessité pour les États du Nord – mais également pour leurs organisations humanitaires – de ne pas entretenir cette inégalité aux conséquences dramatiques.

It is an issue spanning ethics, professional conduct and social justice that Nago Humbert, a specialist in medical psychology and paediatric palliative care and head of the humanitarian think tank Observatoire Éthique et Santé humanitaire, presents here. Observing an imbalance between the numbers of health workers in the Global North and those in the Global South, he stresses the need for the former – and its humanitarian organisations – to stop keeping this fatal imbalance in place.



NAGO
HUMBERT

Près de cinq millions d'enfants meurent chaque année avant d'atteindre l'âge de 5 ans, la plupart en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est. La majorité d'entre eux succombe à une maladie qui pourrait être soignée avec des moyens simples que nous possédons dans nos pays dits développés, les antibiotiques pour traiter une pneumonie, ou la réhydratation pour endiguer une diarrhée. Cependant, pour une moitié au moins de cette terrible hécatombe, la grande responsable est la malnutrition qui précipite le décès lorsqu'elle est associée à une autre pathologie, comme la drépanocytose ou le SIDA. Il n'est alors pas possible d'évoquer la fatalité, comme on le fait trop facilement lors d'une catastrophe d'origine naturelle.

Lorsque l'on compare l'investissement des gouvernements dans le système de santé, notamment sur le continent africain, on s'aperçoit qu'il existe une véritable corrélation entre cet investissement et la baisse du taux de mortalité infantile. De plus, cette dernière est intrinsèquement liée à la pauvreté puisque les taux de survie des enfants de moins d'un an sont les plus faibles dans les pays les plus pauvres. D'ailleurs, nous pouvons supposer que l'on retrouve le même phénomène dans les classes les plus pauvres de nos sociétés occidentales.

Quant à la réduction de la mortalité maternelle, elle figure parmi les objectifs du développement durable (ODD) les plus difficiles à atteindre. En Afrique subsaharienne, d'ici à 2030, pour 100 000 naissances vivantes, environ 390 femmes perdront la vie pendant l'accouchement¹. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ce sont environ 830 femmes qui meurent chaque jour dans le

Each year, almost five million children die before reaching the age of 5. Most of them live in sub-Saharan Africa and Southeast Asia, and most die from an illness that could be treated with simple resources that our so-called developed countries have access to, for instance antibiotics to treat pneumonia or rehydration to treat diarrhoea. Yet for at least half of these tragically untimely deaths, the main cause is malnutrition, particularly fatal when a child suffers from another condition like sickle cell anaemia or AIDS. So we cannot consider these deaths inevitable, as we tend to do too easily when a natural disaster claims lives.

When you compare government investment in healthcare systems – especially in Africa – you see a correlation between investment and a fall in infant mortality rates. And infant mortality is intrinsically linked to poverty as the survival rates of children aged under 1 are lowest in the world's poorest countries. Incidentally, we can suppose there is a similar trend in the poorest classes of Western societies.

As regards maternal mortality, reducing cases is one of the toughest aims to achieve through the United Nations' Sustainable Development Goals (SDGs). By 2030, in sub-Saharan Africa, 390 women will die in childbirth for every 100,000 live births.¹ According to the World Health Organization (WHO), roughly 830 women worldwide die each day due to complications from pregnancy or childbirth: "In 2015, 303,000 women died during or after pregnancy or childbirth. Most of these deaths were in low-income countries and the majority could have been avoided."²

— 1. ReliefWeb, *Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region*, 1 December 2022, <https://reliefweb.int/report/world/atlas-african-health-statistics-2022-health-situation-analysis-who-african-region>

— 1. ReliefWeb, *Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region*, 1 December 2022, <https://reliefweb.int/report/world/atlas-african-health-statistics-2022-health-situation-analysis-who-african-region>

— 2. Organisation mondiale de la Santé, *Mortalité maternelle*, 19 septembre 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement : « En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à faible revenu et la plupart auraient pu être évités ».²

Ce constat affligeant démontre que nous sommes bien loin de la réalisation des ODD et que la route est encore longue pour réduire la mortalité infantile de deux tiers et le taux de mortalité maternelle de trois quarts, stopper la propagation du SIDA et maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies comme la tuberculose, en constante progression.

Accès aux soins et pénurie de personnel de santé

Si le taux de mortalité maternelle est aussi élevé, cela est notamment dû au manque de personnel de santé qualifié. En Afrique, seules 65 % des naissances sont assistées par un tel personnel – il s'agit là du taux le plus faible au monde, un taux d'ailleurs largement en dessous de la cible fixée à 90 % pour 2030³.

À l'échelle mondiale, il faudrait environ quatre millions supplémentaires de professionnel-le-s de la santé pour atteindre les ODD. La responsabilité de cette pénurie est largement partagée entre les pays du Sud et les pays occidentaux. Les premiers, par leur incurie et leur manque de volonté à mettre en place un système de santé qui permette l'accès aux soins pour tous. Les seconds, parce qu'ils ne peuvent concevoir qu'un modèle de structure sanitaire – le leur – alors que, de surcroît, ils profitent souvent d'une main-d'œuvre venue du Sud pour pallier les manques du Nord. Ainsi, en Suisse, on compte 4,5 médecins

This woeful observation shows we are a long way from achieving the SDGs and that there is still much work to be done to reduce infant mortality by two-thirds and maternal mortality by three-quarters, to stop the spread of AIDS and to control malaria and other major diseases like tuberculosis, cases of which are constantly on the rise.

Access to care and a shortage of health workers

If the global rate of maternal mortality is so high, we can look to the shortage of qualified health workers for a reason why. In Africa, only 65% of births are supported with the presence of qualified health workers – that is the lowest level in the world, and one that is far below the target set at 90% for 2030.³

On a global scale, an extra four million health workers are needed to meet the SDGs. Developing countries and Western countries largely share responsibility for this shortage. The former are responsible because of their negligence and lack of determination to set up a health system that gives everyone access to care. The latter are responsible because they can only conceive of one model of health system – their own – while often taking advantage of a workforce that comes from developing countries to make up for a shortage in the Global North. For example, in Switzerland there are 4.5 doctors for every 1,000 inhabitants; in France 3.26; in the United Kingdom 2.3, and in Malawi 0.02. Yet there are more Malawian doctors in Manchester than in Malawi!

When you look at the percentage of doctors for every 1,000 inhabitants, you realise that the whole of sub-Saharan Africa – with the exception of South Africa – is below the threshold

— 2. Organisation mondiale de la Santé, *Mortalité maternelle*, 19 septembre 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

— 3. ReliefWeb, *Atlas of African Health Statistics 2022...*, *op. cit.*

— 3. ReliefWeb, *Atlas of African Health Statistics 2022...*, *op. cit.*

pour 1 000 habitants ; en France, 3,26 ; au Royaume-Uni, 2,3 et au Malawi, 0,02. Et pourtant, on dénombre plus de médecins malawites à Manchester qu'au Malawi !

Quand on regarde le pourcentage de médecins pour 1 000 habitants, on s'aperçoit que toute l'Afrique subsaharienne, mise à part l'Afrique du Sud, est en dessous du seuil de 0,5 %⁴. Une enquête, menée par l'OMS en 2022 dans quarante-sept pays africains, a révélé que le continent « compte 1,55 travailleurs de la santé (médecins, personnel infirmier et sage-femmes confondus) pour 1 000 habitants, un ratio inférieur au seuil de densité de 4,45 travailleurs de la santé pour 1 000 habitants, nécessaire pour fournir les services de santé essentiels et atteindre la couverture sanitaire universelle⁵ ».

Selon l'Organisation internationale pour les migrations, l'Afrique a déjà perdu un tiers de son personnel de santé⁶. Depuis trente ans, on estime qu'en moyenne 20 000 personnes qualifiées quittent chaque année le continent, et tout indique que ce phénomène de migration vers le Nord va encore augmenter. Nous ne nous étendons pas ici sur les conséquences des politiques désastreuses d'ajustement

of 0.5%.⁴ A 2022 WHO survey of 47 African countries found that the region "has a ratio of 1.55 health workers (physicians, nurses and midwives) per 1,000 people, below the WHO threshold density of 4.45 health workers per 1,000 people needed to deliver essential health services and achieve universal health coverage."⁵

According to the International Organization for Migration, Africa has already lost one-third of its health workers.⁶ It is estimated that over the past thirty years, an average of 20,000 qualified workers have left Africa each year. And everything suggests that this uptick of migration towards the Global North is set to continue. We will not go into the consequences of the disastrous policies in structural adjustment that were imposed in the 1990s by institutions like the International Monetary Fund (IMF), whose restrictive measures have stopped some governments from recruiting health workers. Their effects still being felt today: suffice to say that a few years ago, Kenya's health minister was unable to recruit unemployed nurses because of conditions put in place by the IMF.

— 4. L'Atlas sociologique mondial, *Classement des États du monde par nombre de médecins pour 1 000 habitants*, 4 mars 2020, <https://atlasocio.com/ classements/sante/professionnels/classement-etats-par-nombre-de-medecins-pour-1000-habitants-monde.php>

— 5. Organisation mondiale de la Santé, *Les progrès réalisés par l'Afrique en matière de mortalité maternelle et infantile sont en recul, selon un rapport de l'OMS*, 1^{er} décembre 2022, <https://www.afro.who.int/fr/news/les-progres-realises-par-lafrique-en-matiere-de-mortalite-maternelle-et-infantile-sont-en>

— 6. Organisation internationale pour les migrations OIM, www.iom.int. Voir également Medicus mundi Suisse, *L'émigration des personnels de santé : une pénurie mortelle ?*, 3 septembre 2008, <https://www.medicusmundi.ch/de/advocacy/publikationen/news/2008/09/03/1%E2%80%9999emigration-des-personnels-de-sante-une-penurie-mortelle> ; et Organisation mondiale de la Santé, *Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*, 16 janvier 2008, https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB122/B122_16Rev1-fr.pdf

— 4. L'Atlas sociologique mondial, *Classement des États du monde par nombre de médecins pour 1 000 habitants*, 4 mars 2020, <https://atlasocio.com/ classements/sante/professionnels/classement-etats-par-nombre-de-medecins-pour-1000-habitants-monde.php>

— 5. World Health Organization, "Africa's advances in maternal, infant mortality face setbacks: WHO report", 1 December 2022, <https://www.afro.who.int/news/africas-advances-maternal-infant-mortality-face-setbacks-who-report>

— 6. International Organization for Migration (IOM), www.iom.int. See also Medicus mundi Suisse, *L'émigration des personnels de santé : une pénurie mortelle ?*, 3 septembre 2008, <https://www.medicusmundi.ch/de/advocacy/publikationen/news/2008/09/03/1%E2%80%9999emigration-des-personnels-de-sante-une-penurie-mortelle> ; et Organisation mondiale de la Santé, *Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*, 16 janvier 2008, https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB122/B122_16Rev1-fr.pdf

structurel imposées dans les années 1990 par des institutions comme le Fonds monétaire international (FMI) qui, par ses mesures contraignantes, a empêché certains gouvernements d'embaucher du personnel de santé. Les effets de telles politiques se font encore ressentir aujourd'hui. Par exemple, il y a quelques années, le ministère de la Santé du Kenya n'a pas pu engager des infirmières et des infirmiers qui étaient au chômage à cause des conditions établies par le FMI.

Responsabilité éthique des gouvernements et des ONG : la double peine

La responsabilité de la Suisse dans le « siphonage » des médecins du Sud est certainement moins importante que celle des anciennes puissances coloniales. Cependant, par effet domino, ce pays participe tout de même de la fuite des professionnelles et professionnels africains, mais également de ceux des pays frontaliers comme la France et l'Allemagne. Il y a une quinzaine d'années, nous avons participé à un comité de la Confédération suisse sur la problématique de la pénurie du personnel de santé en compagnie du président de la Fédération des médecins suisses et de la présidente de l'Association suisse des infirmières et infirmiers⁷. Nos conclusions ont été très claires et sont encore malheureusement d'actualité : il n'est pas admissible qu'un pays aussi riche que la Suisse ne soit pas capable de former suffisamment de personnel de santé – notamment des médecins et des infirmières et infirmiers – pour soigner sa population et qu'elle profite du personnel formé à l'étranger, d'une part, sans participer aux frais de leur formation et, d'autre part, en appauvrissant les systèmes de santé de leur pays d'origine. C'est ce que nous nommons, pour ces derniers, la double peine.

Dans la partie germanophone de la Suisse, il existe une pénurie de

« Selon l'Organisation internationale pour les migrations, l'Afrique a déjà perdu un tiers de son personnel de santé. »

“According to the International Organization for Migration, Africa has already lost one-third of its health workers.”

Double jeopardy: the ethical responsibility of governments and NGOs

Switzerland's role in draining health workers from the Global South is doubtless more limited than that of countries that once wielded colonial power. But through a domino effect, Switzerland still contributes to the drain on Africa's health workforce, as well as that in neighbouring countries like France and Germany. Around fifteen years ago, we took part in a Swiss Confederation committee meeting on the issue of the health worker shortage alongside the president of the *Fédération des médecins suisses* and the president of the *Association suisse des infirmières et infirmiers*.⁷ Our conclusions were very clear, and they sadly still apply today: it is unacceptable that a country as wealthy as Switzerland is not training enough health workers – especially doctors and nurses – to care for its own people while taking advantage of health workers trained abroad without contributing to their training costs and impoverishing the health systems of these workers' native countries – which, as we called out, are in a situation of double jeopardy.

In German-speaking Switzerland, there was a shortage of doctors to run hospitals effectively. However, this was offset by an influx of several

— 7. Fédération des médecins suisses (FMH), www.fmh.ch; et Association suisse des infirmières et infirmiers, <https://sbk-asi.ch>

— 7. Fédération des médecins suisses (FMH), www.fmh.ch; et Association suisse des infirmières et infirmiers, <https://sbk-asi.ch>

médecins pour assurer le bon fonctionnement des hôpitaux. On la compense par un flux migratoire de plusieurs milliers de médecins venant d'Allemagne. Ces derniers vont manquer au système sanitaire de leur pays, lequel va recruter notamment en Pologne, en Tchéquie et en Ukraine. Ceux-ci vont à leur tour recruter dans des pays encore plus à l'Est qui, eux, vont recruter des médecins en Afrique : la boucle est bouclée. Il y a quelques années, un ministre allemand de la Santé avait, sous forme de boutade, menacé le gouvernement suisse de lui envoyer la facture de la formation des médecins. Mais il avait une autre arme dans sa poche, qu'il n'a évidemment pas utilisée : il lui aurait suffi d'augmenter les salaires des internes en Allemagne à hauteur des salaires des internes suisses pour mettre les hôpitaux suisses en grande difficulté de fonctionnement.

Les motivations de cette émigration médicale du Sud vers le Nord ne sont pas uniquement pécuniaires. Les perspectives en matière de développement professionnel dans le domaine de la formation et de la recherche, ainsi que l'instabilité politique et sociale (conflits armés, insécurité et corruption) pèsent également très lourdement dans la balance. Si une réflexion n'est pas amorcée pour infléchir ce mouvement, la pénurie mortelle du personnel de santé dans les pays du Sud aura des conséquences encore plus graves dans les prochaines années, du fait notamment de l'augmentation de leur population.

Il faut commencer par revoir les politiques de la Banque mondiale⁸ et du FMI, qui imposent des mesures budgétaires drastiques ayant pour conséquence une disponibilité réduite pour les budgets de la santé. On peut éventuellement prévoir de rédiger des traités internationaux sur la fuite des

thousand doctors from Germany. So, Germany's health system lost this number of doctors and had to look to Poland, Ukraine and the Czech Republic to recruit new ones. In turn, these countries recruited doctors from countries further east. And then these nations had to look to Africa to find doctors – and so we come full circle. A few years ago, a German health minister jokingly threatened the Swiss government on this precise matter. He quipped that he would be sending them an invoice for their doctors' training costs. He did have another ace up his sleeve that he clearly didn't use: increasing the salaries of junior doctors in Germany, putting their pay at the same level as that of Swiss junior doctors; Switzerland's hospitals would have struggled.

However, the motivations behind this medical emigration from the Global South to the Global North are not purely financial. Other factors weighing heavily include prospects for professional development in training and research as well as political and social instability (caused by armed conflict, insecurity and corruption). If no serious reflection on how to reverse this trend is undertaken, this fatal dearth of health workers in the developing world will have more dire consequences in the coming years, not least because of population growth in the Global South.

We need to start by reviewing the policies of the World Bank⁸ and the IMF, which impose drastic budgetary measures that result in less leeway for public health budgets. Drafting international treaties on brain drains is another solution. As regards careers in health, partnerships should be rapidly fostered between the Global North and the Global South, especially between university hospitals in order to provide additional training tailored to medical needs specific to developing

— 8. Banque mondiale, <https://donnees.banquemondiale.org>

— 8. World Bank, <https://data.worldbank.org>

cerveaux. Sur le plan professionnel, une collaboration Nord-Sud et Sud-Nord, notamment entre les centres hospitaliers universitaires, devrait s'instaurer rapidement pour offrir des compléments de formation adaptés aux besoins médicaux des pays du Sud et, en lien avec ces derniers, rendre la pratique plus attrayante lors du retour des « stagiaires » (projets de recherche, infrastructures...). Ce retour devrait être préparé bien avant le départ au Nord et être intégré dans le plan de formation avec des garanties des partenaires du Sud. Parallèlement, nous devons engager une réflexion sans tabou sur une tendance très répandue actuellement dans le domaine de l'aide au développement : le financement « symptomatique » de la santé. Dans les années 1990-2000, la priorité – évidemment pertinente et indispensable – accordée à la lutte contre le SIDA a néanmoins eu pour conséquence mécanique un manque de financement croissant dans les autres domaines de la santé, alors que la tuberculose, la malaria et la malnutrition causent, encore aujourd'hui, plus de dégâts en Afrique que le SIDA. À une autre échelle évidemment, on peut penser que l'on a vécu, dans les pays occidentaux, le même phénomène avec la Covid-19. Il est indispensable que les politiques de financement des systèmes de santé s'apprécient avec une vision globale et systémique.

Responsabilité des ONG humanitaires

Dans quelle mesure les organisations humanitaires peuvent-elles contribuer à réduire la pénurie mortelle de personnel de santé dans les pays du Sud ? Premièrement, et c'est un minimum, en n'y participant pas, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. En effet, l'arrivée sur un mode de substitution de personnel de santé du Nord dans certaines régions du globe démunies de structures sanitaires a parfois comme conséquence paradoxale le départ des

countries and, in conjunction with them, make jobs more attractive for returning trainees (through research projects, infrastructure, etc.). The ground should be prepared for this return of health workers well before they leave for the Global North and their return should be incorporated into training schemes – with guarantees from partners in the Global South. At the same time, we need to openly discuss a widespread trend in development aid: what we could call a symptomatic funding of health. In the 1990s and 2000s, priority was given to the fight against AIDS. That was clearly vital and appropriate. But an automatic effect of this was an ever-greater lack of funding in other fields of health: tuberculosis, malaria and malnutrition still cause more harm in Africa than AIDS does. It could be said that Western countries experienced a similar trend with Covid-19, albeit on a different scale. Policies in the funding of health systems crucially need to adopt a comprehensive, systemic vision.

The responsibility of humanitarian NGOs

How can humanitarian organisations help reduce this fatal shortage of health workers in the Global South? First, as a bare minimum, by not participating in the massive brain drain, but this is often not the case. Indeed, the arrival of substitute health workers from the Global North in certain part of the world that do not have a health system can have a paradoxical effect: it can prompt a departure of the small number of local health workers who are already there. Several years ago, at Doctors of the World – Switzerland, we decided not to send doctors to a provincial hospital in Haiti. This was simply because the handful of local doctors who were already there would have used this influx of new doctors as an opportunity to leave their provincial hospital, settle in the capital and start a medical practice there. We need to urgently consider

quelques membres locaux formés aux soins de santé. Il y a quelques années, nous avons renoncé avec Médecins du Monde – Suisse à envoyer des médecins dans un hôpital en Haïti, pour la simple et bonne raison que les quelques médecins locaux présents dans cette institution en auraient profité pour quitter cet hôpital régional, rejoindre la capitale et y ouvrir un cabinet. Nous devons impérativement réfléchir à la portée de nos actions sur les systèmes nationaux de santé avant même d'entreprendre une action sur le terrain, si généreuse et humanitaire soit-elle.

Dans notre démarche visant à favoriser l'accessibilité aux soins des populations les plus vulnérables, nous ne devons jamais par notre présence affaiblir le système de santé publique. Or, dans un souci pourtant louable d'engager du personnel de santé local, les ONG médicales peuvent y participer, beaucoup de médecins recherchant cet engagement par des ONG au détriment de leur propre système de santé, et pas seulement pour des questions salariales comme nous l'avons déjà évoqué.

Lors de crises ou de catastrophes d'origine naturelle majeures, l'engagement massif de personnel local pour un temps limité a souvent pour conséquence de provoquer un grand déséquilibre dans le système de santé du pays sinistré. Après les bombardements sur la bande de Gaza en 2008, la plupart des ONG ont ainsi décidé de se lancer dans la santé mentale pour répondre au stress post-traumatique de la population. Elles ont ainsi engagé massivement, avec des salaires bien supérieurs à ceux pratiqués à Gaza, des psychologues palestiniens formés par le *Gaza Community Mental Health Programme* et qui travaillaient pour cette institution. Quelques mois plus tard, tous ces professionnels étaient remerciés par les ONG qui avaient mis fin à leur projet d'urgence. C'est le Dr Eyad El Sarraj, directeur-fondateur

the impact that our actions have on national health systems before we undertake projects in the field, however generous and charitable those projects might be.

When we try to improve access to care among the most vulnerable, we should never let our presence undermine a national public health system. Yet medical NGOs do undermine public health systems through an approach that is, in itself, laudable: a desire to recruit local health workers. Many doctors devote themselves to NGOs to the detriment of their own health system – and not only for financial reasons, as we have already mentioned.

When a natural disaster hits a country, the mass recruitment of local workers for just a limited time often causes an imbalance in that country's health system. Following the Gaza Strip bombings in 2008, most NGOs decided to focus efforts on mental health to treat post-traumatic stress disorder among the local population. Consequently, they widely recruited – at wages much higher than usually paid in the Gaza Strip – Palestinian psychologists who had been trained through the Gaza Community Mental Health Programme and worked for this institution. A few months later, when these NGOs' emergency projects ended, they let go of all these local professionals. It was Dr Eyad al-Sarraj, the founding director of this remarkable institution – which we worked with in the early 1990s – who alerted us to this kind of collateral damage that humanitarian NGOs can cause through their projects.

We need to stress that the burden of responsibility for shortages of health workers – and for solutions to cover any shortfall – is clearly shared between both Western governments and those of developing countries. The former are responsible because they do not train adequate numbers of health workers to care for their own

de cette remarquable institution – avec qui nous avons collaboré au début des années 1990 – qui nous avait interpellés sur ce type de dégâts collatéraux provoqués par l'intervention des ONG humanitaires.

Au risque de nous répéter, la responsabilité des pénuries et des mécanismes pour tenter de les combler est évidemment très partagée entre les gouvernements des pays occidentaux et ceux des pays défavorisés. Les premiers, parce qu'ils ne forment pas assez de personnel pour soigner leur population et s'appuient, pour compenser leur inaction et leur manque de vision, sur le personnel de santé des pays moins favorisés. Et les seconds, pour leur manque de moyens, certes, mais aussi de volonté politique d'investir des budgets en santé pour développer des services accessibles à la population. Ils pourraient sans doute y parvenir si l'on introduisait enfin une couverture universelle de santé et s'ils garantissaient des conditions de travail et des salaires décentes à leurs personnels de santé. Ainsi éviteraient-ils que ces derniers, après leur formation, ne rêvent trop souvent malgré tout que d'une chose : émigrer vers les pays occidentaux.

« Dans notre démarche visant à favoriser l'accessibilité aux soins des populations les plus vulnérables, nous ne devons jamais par notre présence affaiblir le système de santé publique. »

“When we try to improve access to care among the most vulnerable, we should never let our presence undermine a national public health system.”

populations. They make up for their lack of action and vision by relying on health workers from less developed countries. The latter are responsible too because, although they admittedly lack resources, they also lack the political will to invest in health budgets and therefore develop health services their populations can access. They would doubtless achieve this if they finally introduced universal health coverage and guaranteed decent pay and working conditions for their health workers. This would prevent health workers there from all too often holding on to a single ambition after completing their training: emigrating to the West.

Translated from the French by Thomas Young

Biographie | Biography



NAGO HUMBERT

Nago Humbert est responsable de l'Observatoire Éthique et Santé humanitaire, fondateur et actuellement référent en soins palliatifs pédiatriques de Médecins du Monde – Suisse, et professeur agrégé au département de pédiatrie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Site de l'Observatoire Éthique et Santé humanitaire : www.oesh.ch

Nago Humbert heads the humanitarian think tank *Observatoire Éthique et Santé humanitaire*. He founded the humanitarian NGO Doctors of the World – Switzerland, for which he is currently the point of contact for paediatric palliative care.

He is also an associate professor in the Paediatrics Department of the Faculty of Medicine of the Université de Montréal.

Website of the *Observatoire Éthique et santé humanitaire*: www.oesh.ch

REPORTAGE

Ceux qui vivent sur l'eau

Those
who live on
the water







DIDIER BIZET

Nous avons fait la connaissance de Didier Bizet et de son travail en 2022, à travers son reportage sur le bus médical de l'Ordre de Malte au Liban¹. C'est au Ghana que nous allons cette fois-ci avec lui pour découvrir le village sur pilotis de Nzulezu. Il aurait été fondé au ^{xiv}^e siècle par des réfugiés fuyant les guerres de l'ancien empire du Ghana, situé sur les territoires actuels de la Mauritanie et du Mali. Nzulezu est un mot de la langue nzema qui signifie « surface de l'eau », mais certains habitants le traduisent également par « ceux qui vivent sur l'eau ». Construit au milieu des lagunes, entre deux immenses jungles difficiles à franchir, il a longtemps représenté un abri idéal contre toute attaque extérieure. Aujourd'hui,

le village compte une population d'environ 500 personnes réparties en sept familles. Depuis toujours, on y vit de la pêche et de l'agriculture, mais aussi du brassage du gin local. Toutes les activités liées aux tâches de la vie quotidienne, comme l'enseignement ou le culte, se font sur le lac. À Nzulezu, la communauté et la nature sont les bases essentielles de la survie dans cet écosystème exceptionnel, à mi-chemin entre le monde moderne et les valeurs traditionnelles. Malgré sa candidature pour être inscrit au patrimoine mondial de l'UNESCO, le tourisme balbutiant rapporte trop peu aux habitants, alors que la montée régulière des eaux, due à des pluies plus importantes, impose un entretien permanent des maisons sur pilotis. L'État se défait de toute responsabilité quant à la sauvegarde du village historique, mais pas des dons des ONG, qu'il contrôle de si près que certaines sont découragées à mener des actions de terrain. Heureusement, un formidable réseau local ghanéen s'organise depuis quelques années, à l'image de l'ONG Food For All Africa qui offre vêtements, fournitures scolaires et nourriture aux habitants. Les difficultés d'accès à une alimentation suffisante expliquent en effet en grande partie le taux élevé d'abandon scolaire au Ghana. La communauté du village s'organise également de son côté afin de gérer au mieux les déchets qui, jusqu'à présent, étaient jetés dans le lac. Le chef et ses aînés se sont rapprochés d'une entreprise de la région, et des poubelles ont été fournies à chaque foyer. Depuis, deux groupes de volontaires, le *Nzulezu Sanitation Club* et le *Nzulezu Community Cleaners*, sont en charge de vider les conteneurs. Le sujet de Didier Bizet nous plonge au cœur d'un village ghanéen confronté aux questions qui interpellent notre village global.

— 1. Didier Bizet, « Liban : sur la route des soins », *Alternatives Humanitaires*, n° 19, mars 2022, p. 112-129, <https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2022/03/25/liban-sur-la-route-des-soins>

We were introduced to Didier Bizet and his work in 2022 through his report on the Order of Malta's mobile medical unit in Lebanon.¹ This time he takes us to Ghana to teach us about Nzulezu, a stilt village founded in the 14th century by refugees fleeing the wars of the old Ghana Empire (now modern-day southeast Mauritania and western Mali). Nzulezu comes from the Nzema language and means "water surface", although some inhabitants also translate the word to mean "those who live on water". Built in the middle of lagoons, between two almost impenetrable jungles, it has long provided an ideal protection from external attack. Today, Nzulezu has a population of about 500 people, all members of the seven families who inhabit the village. From day one, the villagers have subsisted on fishing and farming, as well as distilling a local gin. All daily activities, like school or religious services, take place on the lake. In Nzulezu, the community and nature are essential for survival in this incredible ecosystem straddling the modern world and traditional values. Despite its candidacy for inscription as an official UNESCO World Heritage Site, tourism provides too little income for locals, and the water level rising during heavy rains means they are constantly having to maintain their stilt houses. Although the State absolves itself of any responsibility to preserve this historic village, it does keep a tight grip on all donations from non-governmental organisations (NGO), to such an extent that many of them are deterred from taking action in the field. Thankfully, a brilliant local Ghanaian network has provided much needed help in recent years, taking a similar approach to that of the NGO Food For All Africa by offering clothing, school supplies and food to the villagers. The difficulty in gaining secure access to food explains in large part why the school dropout rate in Ghana is so high. The village community also does its best to manage waste, which until now has been dumped in the lake. The village chief and elders contacted a company in the region and now every household has its own waste bin. Since then, two groups of volunteers, the Nzulezu Sanitation Club and the Nzulezu Community Cleaners, have been put in charge of properly disposing of the village's rubbish. Didier Bizet takes us into the heart of a Ghanaian village faced with the same questions that our entire world village is trying to answer.

Translated from the French by Darin Riesman

Photos et légendes :

Photos and captions:

© Didier Bizet

<https://www.didierbizet.com>

— 1. Didier Bizet, "Lebanon: healthcare takes to the road", *Humanitarian Alternatives*, no. 19, March 2022, pp. 112–129, <https://www.alternatives-humanitaires.org/en/2022/03/25/lebanon-healthcare-takes-to-the-road>



(En ouverture de rubrique et ici)
 Le village de Nzulezu s'étend sur
 500 mètres, et ses baraquements
 sont entièrement bâtis sur
 l'eau. Il est composé d'une allée
 centrale, nommée « Main street »,
 et d'allées perpendiculaires où
 résident les habitants. Susana
 Cudjoe, mère au foyer, passe sa
 journée sur le pont à cuisiner,
 lessiver, corriger les devoirs...
 Les ponts sont considérés
 comme des pièces à part entière
 pendant les saisons sèches.
 Nzulezu, Ghana – novembre 2022



(At the opening of the section and here) The village of Nzulezu spans 500 metres from one end to the other and all its houses are built on stilts on the water. It consists of a main passageway that inhabitants refer to as “Main Street” and perpendicular alleys where the villagers live. Susana Cudjoe, a stay-at-home mum, spends her days on the bridge cooking, washing clothes, and correcting homework. During the dry season, the bridges are treated as separate rooms. Nzulezu, Ghana – November 2022



|→|

Les journées démarrent vers 5 h du matin.

Dès 6 h, on étend le linge, on répare les baraquements, on affûte ses outils, on cuisine pour la journée. Egya Huangbole

Yaw est toujours assis sur ce tronc ;
il fabrique des pièges à poissons en bambou pour les pêcheurs. Sa pirogue est toujours très proche, car sa mobilité réduite due à une maladie des jambes le condamne à se déplacer très lentement.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

Each day starts around 5 a.m. From 6 a.m., villagers hang up their washing, make repairs to their homes, sharpen their tools and cook for the day. Egya Huangbole Yaw always sits down on this log to make bamboo fish traps for local fishermen. He has a leg disease that makes it hard to move around, so his pirogue is always close at hand.

Nzulezu, Ghana – December 2022





|<|

Anthony Cudjoe, l'un des doyens du village, quitte chaque matin sa maison pour le large. Les 500 habitants du village ne se déplacent que par bateau et pirogue pour rejoindre la terre ferme. À part le poisson pêché dans le lac Amansuri, tout est acheminé par voie fluviale.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

Anthony Cudjoe, one of the village elders, leaves home every morning to head out onto the water. The village's 500 inhabitants always travel to and from land by boat or pirogue. Other than the fish caught in Lake Amansuri, everything else is brought to the village by river.

Nzulezu, Ghana – December 2022





Daniel est père de plusieurs enfants, toute sa famille réside à Nzulezo, y compris cousins et oncles. Plusieurs fois par semaine, il vient vérifier la récolte de sa pêche. Habituellement, les eaux marécageuses sont le territoire des crocodiles et des serpents. Lors de la saison sèche, les reptiles se réfugient là où l'eau est la plus abondante. Daniel y revient parfois la nuit pour chasser les bébés crocodiles qu'il vendra à des particuliers.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

Daniel has several children and his entire family lives in Nzulezu, including his cousins and uncles. Several times a week, he checks how much fish his nets have caught. The marshy waters are also home to crocodiles and snakes. During the dry season, reptiles take refuge wherever there is the most water. Daniel sometimes comes here at night to catch baby crocodiles that he then sells to people.

Nzulezu, Ghana – December 2022

Fredik, 25 ans, est un jeune homme du village qui travaille dans la jungle, où il a installé son campement. Il élabore un gin local à partir du jus, déjà légèrement alcoolisé, qu'il récupère des arbres de raphia. Le liquide est bouilli deux fois dans la citerne, ce qui exige beaucoup de bois que Fredik se charge de couper en forêt. Afin de refroidir le liquide, un long siphon est utilisé avec des pièces de moteur enfoncées dans l'eau. Quelques heures suffisent à la fabrication de ce gin local que Fredik stockera ensuite chez lui, et que sa femme se chargera de vendre au marché.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022





Fredrik is a 25-year-old villager who works in the jungle where he has set up camp. He distils a local gin using the already slightly fermented juice that he collects from raffia palms. The liquid is boiled twice in the tank, which requires a lot of wood that Fredrik chops down in the forest. To cool the liquid, he uses a long tube and engine parts placed underwater. It only takes a few hours to make this local gin which Fredrik stores at his home and his wife then sells at the market. Nzulezu, Ghana – December 2022



Chaque mercredi, les femmes du village partent pour les marchés de Beyin et de Bonyere, deux villes de la côte bordant le golfe de Guinée. Le bateau à moteur est bien plus rapide que la pirogue (vingt minutes au lieu d'une heure) pour rejoindre l'arrêt de bus qu'elles prendront afin de rallier le marché. Le trajet entre Nzulezu et Beyin s'effectue sur un canal tracé il y a vingt ans et financé par le *Ghana Wildlife Society* à travers la lagune. Auparavant, l'accès au village était périlleux. Le marché sera l'occasion de ramener de l'essence, des habits, des produits d'entretien et tout ce qui est nécessaire à la vie des résidents de Nzulezu.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022



Every Wednesday, the village women head to the markets in Beyin and Bonyere, two towns located along the coast of the Gulf of Guinea. A motorboat takes much less time than a pirogue to travel to the nearest bus stop (twenty minutes instead of an hour), from where they'll catch a bus to the market. The trip from Nzulezu to Beyin follows a canal built through the lagoon twenty years ago and funded by the Ghana Wildlife Society. Before the canal, getting to and from the village was hazardous. At the market, the women can buy petrol, clothes, cleaning products and any other every necessities the residents of Nzulezu need.

Nzulezu, Ghana – December 2022





Nzulezu dispose de son école élémentaire. L'enseignement suit les cours nationaux, mais l'école tourne parfois au ralenti. Les retards et absences sont fréquents. Trois classes sont ouvertes, et l'école attend de nouvelles subventions pour ouvrir une classe supplémentaire. Cinq professeurs travaillent à l'école de Nzulezu, deux hommes sont titulaires de l'académie et passent cinq jours sur place ; ils sont logés près de l'école et regagnent leurs foyers respectifs le vendredi soir avec la navette moteur. Les trois femmes institutrices habitent au village à plein temps. Elles ont un diplôme et enseignent aux enfants âgés de 3 à 12 ans. Les uniformes des élèves ont été offerts par une association humanitaire ; le bâtiment de l'école a été construit et également financé par une ONG. Nzulezu, Ghana – décembre 2022



Nzulezu has one primary school. Classes follow the national education curriculum, but the school doesn't always keep up the same pace as other school. Late attendance and absences are common. There are three classes and the school is currently waiting for additional funding to open another class. Five teachers work for the school in Nzulezu. The two male teachers are employed through the national school system and spend five days a week in the village, housed near the school. They return to their respective homes on Friday evening and take the shuttle boat. The three women who teach at the school live fulltime in the village. They have teaching degrees and teach children from ages 3 to 12. School uniforms were donated by a non-governmental organisation (NGO). The school itself was also built and funded by an NGO.

Nzulezu, Ghana – December 2022



|→|

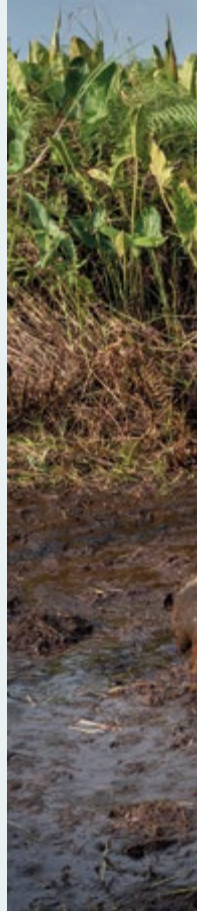
Pendant la saison sèche, ce terrain mi-eau mi-boue, habituellement navigable, est utilisé pour des parties de foot. Trois morceaux de bois servent de cages.

Quant au ballon, il est précieux et ne résiste pas toujours aux chocs ou aux intempéries.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

During the dry season, this half-water half-mud field, usually navigable, serves as a makeshift football pitch. Three pieces of wood make goalposts. The precious ball is at the mercy of kicks and bad weather.

Nzulezu, Ghana – December 2022





|←|

Morrison Anyimah et Bismarck Eshun se rendent tous les jours au lycée en pirogue. Il leur faut à peu près une heure de Nzulezu pour rejoindre Beyin, la ville la plus proche. De là, ils prennent un bus afin d'arriver au lycée.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

Morrison Anyimah and Bismarck Eshun take a pirogue every day to high school. It takes at least an hour to row from Nzulezu to the closest town, Beyin. From there, they take a bus to school.

Nzulezu, Ghana – December 2022



|→|

Le village sur pilotis de Nzulezu n'est pas relié à l'électricité, mais presque toutes les maisons du village disposent d'une télévision alimentée par des batteries de voiture.

Pour s'éclairer la nuit, les villageois utilisent des lanternes, et des lampes à piles ou rechargeables pour se déplacer. WhatsApp® est l'application qu'utilise la jeune génération. La connection est meilleure aux extrémités des allées et au bord du lac.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

The stilt village of Nzulezu is not connected to the power grid, but almost every home has a TV powered by a car battery. At night, the villagers use lanterns or lamps with standard or rechargeable batteries to move around. The younger generation uses WhatsApp® on their mobile phones. Reception is best at the far end of each alley and along the shores of the lake.

Nzulezu, Ghana – December 2022





|←|

Anyimah est charpentier et construit une nouvelle maison au centre du village.

Nzulezu, Ghana – décembre 2022

Anyimah, a carpenter, is building a new house in the centre of the village.

Nzulezu, Ghana – December 2022







**Alex Anlima est pêcheur,
il navigue entre le village et le
bord de mer dans sa pirogue.
Nzulezu, Ghana – décembre 2022**

Alex Anlima is a fisherman.
He travels between the village
and the coast in his pirogue.
Nzulezu, Ghana – December 2022

CULTURE

COMPLÈTEMENT BRAX | TOTALLY BRAX

Le temps d'écouter
Time to listen

131

THÉÂTRE | THEATER

Tiago Rodrigues

L'humanitaire au théâtre
Humanitarian action in a play

132

LIVRES | BOOKS

N. Herschdorfer
P. Hufschmid

L'humanitaire en photos
Humanitarian action in photos

137

F. Vigneau

L'humanitaire en récit
Humanitarian action: Welcome to reality

143

M. Oustinoff
U. Ruiz

L'humanitaire en campagne... de com'
The humanitarian challenge of communication

146







L'humanitaire au théâtre



© MAGALL DOUGADOS

Dans la mesure de l'impossible

Spectacle multilingue en français, anglais et portugais, surtitré en anglais et en français

Texte et mise en scène : Tiago Rodrigues

C'est une démarche originale que porte Tiago Rodrigues – nouveau directeur depuis l'automne 2022 du festival d'Avignon – pour cette création. À partir de la rencontre à Genève de son équipe artistique avec des travailleurs humanitaires du Comité international de la Croix-Rouge, *Dans la mesure de l'impossible* est une pièce documentée par leurs témoignages, qui rapporte des bribes d'existence des « terrains », toujours à cheval entre deux mondes, portant sur scène le récit de leurs récits. Qui sont les humanitaires, comment envisagent-ils leur position et comment vivent-ils dans ces allers-retours incessants entre les mondes ?

« Nous ne sommes pas des héros », annonce d'emblée un personnage. « Notre rôle, c'est soulager, personne après personne, car les grandes politiques hein... C'est comme boucher une fuite d'eau avec sa main en attendant le plombier ». Pas d'illusions donc. Et comme en miroir, pas d'effet spectaculaire non plus. Dans ce théâtre on ne rejoue rien : on se raconte. Les quatre comédiens, debout, face au public, sans artifices, nous rapportent les paroles récoltées. On entrevoit les questions. On est dans le vrai aussi, avec la langue : un mélange

d'anglais, de portugais et de français, si caractéristique de l'usage sur le terrain. Le spectacle est surtitré, anglais, français, on *switch* « comme dans la vraie vie » (la leur), et le spectateur s'habitue vite, lui aussi. Le plateau est vide et ne sera habité que par ces témoignages. Seule une batterie est installée, sous une grande toile blanche qui recouvre tout l'espace : on l'entend presque en permanence, en fond, en solo. Bombes. Fusillades. Battements de cœur. La virtuosité de Gabriel Ferrandini accompagne, voire recouvre parfois les témoignages, comme le bruit du monde qui sait tout envahir. Tout se passe alors dans l'oreille et la langue : on traverse des drames, des tragédies, des scènes de guerre, de massacres, dans une épure visuelle étonnante. On ne fait semblant de rien. Pourtant, à mesure de l'avancée des récits, et grâce aux très justes lumières de Rui Monteiro, la toile devient montagne. Puis tient lieu d'abri et d'hôpital. Littéralement, on lève le voile : on entre dans la tête des témoins qui nous accueillent dans leur indicible et leurs complexités. La scène finale, qui verra la toile se transformer en nuage duquel éclatera l'orage, est sublime. La batterie, restée seule en scène, continue à jouer. Le chaos du monde persiste, présence ou non d'hommes et de femmes sur le terrain.

Le contraste est puissant entre la manière dont ces scènes (réelles) sont rapportées et l'imaginaire qu'elles déploient. La distance, question essentielle de la profession, se mesure ici aussi dans le fait de (se) raconter : ce qu'il y a à dire des expériences vécues est peut-être indicible et creuse un fossé entre l'humanitaire et ses proches restés dans « le possible ». Dans ce théâtre du discours rapporté, ce sont bien les mots, la façon de raconter l'histoire, qui nous intéressent. En effet, « les gens veulent des histoires simples » dit l'un des personnages. Alors on parle de la difficulté à dire la complexité, à communiquer avec les proches. L'impossible devient un nom générique pour évoquer les territoires où interviennent les humanitaires. Mais c'est aussi ce qui les suit quand ils sont de retour. L'impossible ne les quitte jamais vraiment.

Dire l'impossible : ce spectacle y parvient pourtant. Avec toute la pudeur et la puissance requises. Combler les trous de la langue, le fossé de l'expérience vécue et de l'imaginaire : c'est peut-être tout le rôle de la fiction, du théâtre et de l'art en général. Voilà l'apport de Tiago Rodrigues, familier des récits de l'intime et du quotidien, pour le monde humanitaire : porter la voix et l'expérience de ceux « qui ne sont pas des héros », mais font en sorte « de gagner du temps » sur l'impossible. « Il faut se poser la question de savoir où se trouve la source du problème – et donc la source de toute cette souffrance qu'ils se sont donné pour mission d'alléger – et cette question finit presque toujours par nous revenir au visage. La source [...] quand on enquête vraiment, se trouve chez nous, dans notre système capitaliste qui a envahi toute la planète et altéré les valeurs fondamentales¹ ». Voilà bien l'impossible, contre lequel il faudra continuer de lutter. Aux côtés de ces combattants aguerris, sensibles et lucides.

Stéphanie Durdilly

Chargée de communication et d'aide à l'édition d'*Alternatives Humanitaires*

— 1. Tiago Rodrigues, *Dans la mesure de l'impossible*, dossier artistique, Comédie de Genève, https://epoc-productions.net/wp-content/uploads/2022/02/dossier_dans_la_mesure_de_l_impossible-au-29-sept.-22.pdf

Dans la mesure de l'impossible

Spectacle multilingue en français, anglais et portugais, surtitré en anglais et en français

Texte et mise en scène : Tiago Rodrigues

Traduction : Thomas Resendes

Scénographie : Laurent Junod, Wendy Tokuoka et Laura Fleury

Composition musicale : Gabriel Ferrandini

Lumières : Rui Monteiro

Son : Pedro Costa

Costumes et collaboration artistique : Magda Bizarro

Assistanat à la mise en scène : Lisa Como/Renata Antonante

Fabrication décors : Ateliers de la Comédie de Genève

Avec : Adrien Barazzone, Beatriz Brás, Baptiste Coustenoble, Natacha Koutchoumov et Gabriel Ferrandini (musicien)

Production : Comédie de Genève

Coproduction : Odéon-Théâtre de l'Europe-Paris, Piccolo Teatro di Milano-Teatro d'Europa, TNB-Théâtre National de Bretagne-Rennes, Teatro Nacional D.Maria II-Lisbonne, Équinoxe-scène nationale de Châteauroux, CSS Teatro stabile di innovazione del FVG-Udine, Festival d'Automne à Paris, Maillon-Théâtre de Strasbourg-Scène européenne, CDN Orléans-Centre Val-de-Loire, La Coursive-Scène nationale de La Rochelle

Avec l'aide du CICR – Comité international de la Croix-Rouge

Durée : 2 heures sans entracte

Tournée 2023 :

17 au 19 mars – Théâtre national, Taipei (TW)

25 et 26 mai – Comédie de Clermont-Ferrand

31 mai au 3 juin – TnBA, Théâtre national de Bordeaux, Aquitaine

15 juin – La Filature, Scène nationale de Mulhouse



Humanitarian action in a play

Dans la mesure de l'impossible [To the extent that it is impossible]

Multilingual play in French, English and Portuguese,
surtitled in English and French

Script and staging: Tiago Rodrigues

Tiago Rodrigues, who has been the director of the *Festival d'Avignon* since autumn 2022, has used an original approach when creating this play. Taking as the starting point an encounter in Geneva between his artistic team and humanitarian workers from the International Committee of the Red Cross (ICRC), *Dans la mesure de l'impossible* is a play drawing on their personal accounts, depicting snippets of "field" life, always straddling two worlds, bringing to the stage the story of their stories. Who are humanitarian workers? How do

they see their role? And how do they live their lives as they endlessly shuttle between worlds?

"We are not heroes," says a character right away. "Our role is to help, person after person, because as for major policies, well... It is like plugging a leak with your hand, while you wait for the plumber to arrive." There are no illusions here. And equally, there are no dramatic effects either. Nothing is re-enacted in this production: instead, stories are told. The four actors stand, facing the audience, unpretentiously, and render the humanitarians' testimonies. We sense the questions. A blend of English, Portuguese and French, so typical of language in the field, means that the play is rooted in reality. The play is surtitled in English and French, the actors switch languages "just like in real life" (their life), and the audience quickly gets used to it. The stage is empty, and is only inhabited by these personal accounts. There is only a set of drums, located under a large white tent covering the whole space: the audience can hear the drums, almost continuously, in the background, playing alone. Bombs. Gunfire. Heartbeats. The musician Gabriel Ferrandini's mastery of the drums accompanies and sometimes even drowns out the personal accounts, like the noise of the world that encroaches everywhere. The experience is based on listening and speaking: the audience lives through dramas, tragedies, war, and massacres, against a backdrop of surprisingly sparse staging. It seems like nothing is happening from a visual perspective. However, as the stories are told, and thanks to Rui Monteiro's very clever lighting, the tent becomes a mountain. It then becomes a shelter and hospital. The veil is literally lifted: we get inside the heads of the witnesses, who welcome us into the unsayable and their complexities. The closing scene, in which the tent turns into a cloud from which the storm will break, is sublime. The drums remain alone on the stage and continue to play. The chaos of the world persists, regardless of whether men and women are on the ground.

There is a stark contrast between the way in which these (real) scenes are portrayed, and the imaginary world that they deploy. Distance, a pivotal issue for the profession, can also be seen here in the telling of stories (to each other): lived experiences may be indescribable, and this leads to a gulf opening up between the humanitarian and their friends and family, who have remained in the realms of the "possible". In this reported speech play, it is words, the way in which stories are told, that are of interest to us. "People want simple stories", as one of the characters says. The play speaks of the difficulty of expressing the complexity, and communicating with friends and family. The "impossible" becomes a generic word for talking about the areas in which humanitarians work. However, it also pursues them when they return home. The impossible never really leaves them.

Saying the impossible: somehow, this play manages to do so. And it does so with all the necessary seamliness and power. Filling in the gaps of language, the gulf of lived experience and the imaginary world: maybe, this is the role of fiction, theatre, and art in general. This is Tiago Rodrigues' contribution to the humanitarian world, as someone familiar with personal and everyday stories: convey the voices and experiences of those "who are not heroes" but find a way to stem the tide of the impossible. "We need to wonder about the root cause of the problem – and therefore the source of all this suffering that humanitarians endeavour to reduce – and this question almost always comes back to us. The root cause [...] when we really delve deep, is in us, in our capitalist system,

which has invaded the whole planet and ruined our fundamental values.”¹ This is the “impossible” against which we need to continue to fight. We must stand shoulder to shoulder with seasoned, mindful, and lucid fighters.

Stéphanie Durdilly

Communications and Editorial Support Officer of *Humanitarian Alternatives*

Translated from the French by Gillian Eaton

Dans la mesure de l'impossible [To the extent that it is impossible]

Multilingual play in French, English and Portuguese, subtitled in English and French

Script and staging: Tiago Rodrigues

Translation: Thomas Resendes

Stage design: Laurent Junod, Wendy Tokuoka, and Laura Fleury

Music: Gabriel Ferrandini

Lighting: Rui Monteiro

Sound: Pedro Costa

Costumes and artistic collaboration: Magda Bizarro

Staging assistants: Lisa Como/Renata Antonante

Set design: Ateliers de la Comédie de Genève

With: Adrien Barazzzone, Beatriz Brás, Baptiste Coustenoble, Natacha Koutchoumov, and Gabriel Ferrandini (musician)

Production: Comédie de Genève

Co-production: Odéon-Théâtre de l'Europe-Paris, Piccolo Teatro di Milano-Teatro d'Europa, TNB-Théâtre National de Bretagne-Rennes, Teatro Nacional D. Maria II-Lisbonne, Equinoxe-scène nationale de Châteauroux, CSS Teatro stabile di innovazione del FVG-Udine, Festival d'Automne à Paris, Maillon-Théâtre de Strasbourg-Scène européenne, CDN Orléans-Centre Val-de-Loire, La Coursive-Scène nationale de La Rochelle

With the support of: International Committee of the Red Cross (ICRC)

Performance length: Two hours with no interval

2023 Tour:

17-19 March – National Theatre, Taipei (TW)

25-26 May – Comédie de Clermont-Ferrand

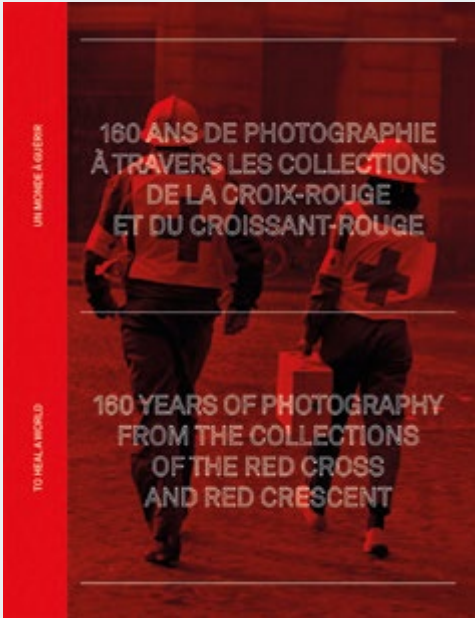
31 May – 3 June – TnBA, Théâtre national de Bordeaux, Aquitaine

15 June – La Filature, Scène nationale de Mulhouse

— 1. Tiago Rodrigues, *Dans la mesure de l'impossible*, information pack, Comédie de Genève, https://epoc-productions.net/wp-content/uploads/2022/02/dossier_dans_la_mesure_de_L_impossible-au-29-sept.-22.pdf



L'humanitaire en photos



*160 ans de photographie
à travers les collections
de la Croix-Rouge
et du Croissant-Rouge.*

Un monde à guérir

Nathalie Herschdorfer
et Pascal Hufschmid

Textuel, 2022

(Bilingue Anglais-Français)

Ce livre revient, en images, sur l'histoire de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, en essayant « d'identifier une grammaire visuelle de l'action humanitaire ». Il analyse également l'évolution de l'usage de la photographie et, parallèlement, celle des codes visuels en vigueur. Alors que la photographie semble n'avoir joué aucun rôle lors de la fondation de la Croix-Rouge et du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) en 1863, cinquante ans plus tard, au cours de la guerre des Balkans (1912-1913), les activités de l'institution humanitaire sont, pour la première fois, photographiées et mises en avant. Quelques années plus tard, l'institution genevoise commande directement des clichés.

Construction des images

Daniel Palmieri s'intéresse à l'évolution récente, depuis la Seconde Guerre mondiale, qui « voit le développement massif de l'usage de la photographie au CICR », à la professionnalisation, dans l'après-guerre, de la prise de vue « avec l'engagement des premiers photographes de métier », dont plusieurs membres de Magnum Photos, parmi lesquels Robert Capa ou Werner Bischof. Le livre présente d'ailleurs une photographie emblématique de ce dernier : des enfants hongrois partant en Suisse en 1947 pour recevoir des soins. Un « changement de paradigme » se serait opéré, au début des années 1980, avec « l'interdiction faite aux délégués et déléguées d'emporter et d'utiliser un appareil photographique en mission, sans l'autorisation formelle des services compétents au CICR ».

À travers l'histoire et malgré leur diversité, ces images, comme le relèvent Nathalie Herschdorfer et Pascal Hufschmid dans l'introduction, ont bien « un point commun indéniable » : elles sont orientées afin de frapper l'opinion

publique – majoritairement occidentale – pour mobiliser les appuis, d'abord financiers. D'où des récits visuels présentant « des versions idéalisées ou dramatisées » de la réalité du terrain, doublement orientées en fonction de l'attente du public (occidental) et de la promotion de l'action humanitaire. Ce type de photographie se concentre dès lors sur des « protagonistes récurrents et bien définis » : d'un côté, « les bienfaiteurs et bienfaitrices – les héros et héroïnes – » et, de l'autre, les victimes.

À plusieurs reprises, l'accent est mis sur la construction iconographique – notamment par le cadrage, qui ne constitue pas un enregistrement passif –, « le hors-champ et les différents filtres appliqués à l'image », ainsi que l'interprétation de celle-ci, tributaire de la culture, du contexte de diffusion et de réception. Une interprétation qui plus est changeante avec le temps. Cependant, plusieurs des auteurs et autrices de ce livre semblent céder au mythe d'une photographie humanitaire davantage construite aujourd'hui que par le passé, ayant perdu en immédiateté et en spontanéité. En réalité, l'image humanitaire du *xxi^e* siècle n'est pas plus construite que celle du siècle précédent, mais elle l'est *autrement*.

La démonstration en est faite, et en images, ici même. De façon flagrante avec les photos pour la Croix-Rouge en URSS, en 1941 – sous-titrée « La secouriste est l'aide et l'amie du soldat. Devenez membre des brigades féminines volontaires au front » – ou en France, en 1949 – « Pour sauver mon enfant... aidez la Croix-Rouge » – qui prennent un tour « militant ». De manière plus subtile aussi avec la photographie prise par Auguste Bauernheinz de prisonniers français blessés, au cours de la guerre franco-prussienne, en 1871. En regardant de plus près cette image qui semble prise sur le vif, on se rend compte que plusieurs des blessés fixent la caméra, que d'autres prennent la pose, bref, que ce qui se présente de prime abord comme un document est en fait une composition.

A contrario, les images prises par les personnes affectées, à de rares exceptions près, ne se retrouvent pas dans les archives du CICR. On en trouve ici un bel exemple à travers les photographies prises par Talashi entre 1990 et 2019 d'hommes et de femmes ayant fui la Syrie en guerre, photographies qui, par leur opposition au spectaculaire, témoignent de la fausseté du clivage entre images spontanées et images construites ; c'est de cadrage, de montage et de positionnement différent qu'il s'agit.

Entre analyse critique et hors-champ

Un choix de photographies fait l'objet de commentaires. Davide Rodogno présente ainsi, à propos de l'image d'une femme avec un enfant en Turquie (1919-1922), une brillante analyse de l'iconographie de la Madone à l'Enfant mort ou mourant, si souvent reprise dans la grammaire visuelle humanitaire. De son côté, Brenda Lynn Edgar démonte la multiplication d'interprétations contradictoires d'une photographie récente représentant un « Migrant consolé par une femme », et les stéréotypes qu'elle véhicule. Enfin, Jérôme Sessini, membre de l'agence Magnum Photos, revient sur une de ses propres photographies, prise au Liban en 2006, dans le cadre du conflit qui a opposé le Hezbollah libanais à l'armée israélienne. Son texte, « L'image ne peut pas tout dire », offre une réflexion chargée de clairvoyance et d'humilité sur les conditions et les limites de son travail.

L'iconographie de l'enfant, qui constitue un code visuel central de l'action humanitaire, trouverait ses racines dans l'action humanitaire au cours de la

famine en Russie soviétique, entre 1921 et 1923. Les terribles photos vont reconfigurer la matrice visuelle humanitaire, en se focalisant sur des enfants souffrants ; enfants qui, dans la seconde moitié du xx^e siècle, s'identifieront essentiellement aux corps noirs victimes de la famine, en Afrique subsaharienne. La souffrance et la passivité de ceux-ci, d'un côté, l'action héroïque d'humanitaires blancs, de l'autre, apparaîtront bien souvent, auprès du public occidental, « comme un ensemble homogène ».

Malheureusement, le contexte particulier du déploiement humanitaire en URSS dans les années 1920 n'est pas interrogé. La surexposition d'enfants souffrants n'a-t-elle pas été autorisée, voire encouragée, en raison de la surdétermination politique de cette action dans un monde polarisé où pouvait – devait ? – se vérifier la supériorité de la civilisation capitaliste occidentale sur la faillite de la barbarie communiste ?

De manière générale d'ailleurs, on regrettera que les controverses dans lesquelles – de la Seconde Guerre mondiale au Rwanda, en passant notamment par le Biafra – la Croix-Rouge a été impliquée ne fassent pas l'objet d'une réflexion par le biais des images. Pas plus que ne sont interrogées d'ailleurs des éventuelles spécificités de l'iconographie du Croissant-Rouge par rapport à son organisation-sœur. Le livre semble hésiter entre analyse critique et promotion d'une institution et de son action à travers l'histoire. Nous restent, dès lors, des photos méconnues ou emblématiques qui nous renseignent sur notre propre manière de regarder les images humanitaires, à travers le temps, et un éclairage analytique qui nous laisse quelque peu sur notre faim.

Frédéric Thomas

Docteur en science politique, chargé d'étude au CETRI – Centre tricontinental
(www.cetri.be)

Ce texte est précédemment paru sur le site du CETRI, sous le titre « Photographier l'action humanitaire : champ et hors-champ » : <https://www.cetri.be/Photographier-l-action-humanitaire>



Humanitarian action in photos

160 years of photography from the collections of the Red Cross and the Red Crescent

Nathalie Herschdorfer et Pascal Hufschmid

Textuel, 2022

(Bilingual English-French)

This book takes a look back in pictures at the history of the Red Cross and the Red Crescent, by attempting “to identify a visual grammar of humanitarian action”. It also analyses developments in the use of photography and, at the same time, of the visual codes in force. Although photography seemingly played no role when the Red Cross and the International Committee of the Red Cross (ICRC) were founded in 1863, fifty years later, during the First Balkan War (1912-1913), the humanitarian institution’s activities were photographed and showcased for the first time. A few years later, the Geneva-based organisation commissioned pictures to be taken.

Creating photographs

Daniel Palmieri focuses on recent developments, from World War II, which “saw the massive development of the use of photography by the ICRC”, to the post-war period, when professional photographers started to be hired “with the first professional photographers being commissioned”, including several members of Magnum Photos, such as Robert Capa and Werner Bischof. The book also contains an emblematic shot by Bischof: Hungarian children photographed in 1947 leaving for Switzerland to receive medical care. In the early 1980s, a “paradigm shift” took place, with “a ban on delegates taking and using cameras on deployments, without the formal permission of the relevant ICRC departments”.

Throughout history and despite their diverse nature, these photographs “undeniably have something in common”, as highlighted by Nathalie Herschdorfer and Pascal Hufschmid in the introduction: they aim to grab the public’s attention – mainly in the West – in order to garner support, primarily funding. Hence the visual narratives presenting “idealised or dramatised” versions of reality on the ground, with a dual focus, based on the expectations of the (western) public and on promoting humanitarian action. Consequently, this style of photography focuses on “recurrent and well-defined protagonists”: on the one hand “the benefactors – the heroes and heroines” – and on the other, the victims.

On several occasions, the emphasis is placed on how pictures are put together – notably through composition, which does not make for a passive record, “the off-camera and different filters applied to the shot”, as well as the interpretation of it, which is dependent on the culture and context in which the picture is disseminated and viewed. Moreover, this interpretation changes with time. However, some of the authors seem to fall into the trap of stating that contemporary humanitarian photography is now more staged than in the past, as it has lost its immediacy and spontaneity. In fact, 21st century humanitarian photography is no more staged than the previous century’s shots; it is just done differently.

Proof is provided by the self-same photographs contained in the book. It is glaringly apparent in the photographs shot for the Red Cross in 1941 in the USSR, entitled "The first aider is the soldier's help and friend. Join the women's volunteer brigades on the frontline", or in France in 1949, "Please save my child – Help the Red Cross", which have an "activist" slant. This is achieved more subtly with Auguste Bauernheinz's shot of injured French prisoners during the Franco-Prussian War in 1871. If we take a closer look at this picture, which appears to have been shot unposed, we can see that several of the injured men are staring at the camera, others are striking a pose; in other words, what on the face of it looks like a shot taken on the spot, is in fact a posed photograph. On the other hand, photographs taken by victims, which, apart from the odd exception, are not part of the ICRC archives, and of which there is a fine example here – the photographs taken by Talashi between 1990 and 2019 of men and women who had fled war-torn Syria, by not being dramatic, underline the falseness of the division between spontaneous and posed images; the real issue is different compositions, editing and positioning.

Between critical analysis and what is off-camera

Any selection of photographs gives rise to comment. Consequently, Davide Rodogno offers a brilliant analysis of the Madonna and dead or dying Child iconography, using a photograph of a woman and child in Turkey (1919-1922), with this image so often appearing in the humanitarian visual grammar. Brenda Lynn Edgar picks apart the numerous contradictory interpretations of a recent shot depicting a "Migrant consoled by a woman" and the stereotypes it conveys. Finally, Jérôme Sessini, a Magnum Photos photographer, looks back at one of his own photographs, taken in Lebanon in 2006 during the conflict between Lebanese Hezbollah and the Israeli army. His text "The image can not tell the whole story" offers a truly clear-sighted and humble analysis of the conditions and limitations of his work.

It seems that the iconography of the child, a core visual code of humanitarian action, dates back to humanitarian action during the Russian famine of 1921-1923. The dreadful photographs reconfigured the humanitarian visual matrix by focusing on suffering children; who, in the second half of the 20th century, would mainly be Black famine victims in Sub-Saharan Africa. The suffering and passivity of these victims, on the one hand, and the heroic efforts of white humanitarian workers, on the other, will frequently appear to a western public "as a homogeneous block".

Unfortunately, the particular context of the humanitarian assistance in the USSR in the 1920s is not examined. Was not the overexposure of suffering children authorised and even encouraged, because of the excessive political emphasis of this action in a polarised world in which the superiority of western capitalist civilisation over the collapse of communist barbarity could or even should be proved?

In more general terms, it is a pity that the controversies in which the Red Cross has been involved, from World War II to Rwanda, including Biafra, are not analysed using photographs. Equally, there is no examination of any distinctive features of the Red Crescent's iconography in comparison with its sister organisation. The book seems to waver between critical analysis and promoting an institution and its work throughout history. Readers therefore have to content themselves with little-known or symbolic photographs, which

help us to understand our own way of looking at humanitarian photography over time, and with analysis that leaves them rather dissatisfied.

Frédéric Thomas

Ph.D., Doctor of Political Science, and a research fellow at The Tricontinental Centre (CETRI) (www.cetri.be)

This text was previously published on the CETRI website, under the title « Photographier l'action humanitaire : champ et hors-champ » (in French only) : <https://www.cetri.be/Photographier-l-action-humanitaire>

Translated from the French by Gillian Eaton



L'humanitaire en récit



*La légèreté humanitaire,
côté face*

Frédéric Vigneau

Éditions Baudelaire, 2022

Recueil de souvenirs d'un vieux briscard de l'humanitaire ou pamphlet dénonçant les dérives d'un secteur devenu concurrentiel et soumis à de multiples injonctions ? Ce livre n'est rien de tout cela. Il est écrit au fer rouge par un acteur de la première heure, parti de tout en bas de l'échelle. Un novice, logisticien de fortune, envoyé d'emblée sur le terrain le plus aléatoire : Mogadiscio livrée aux milices rivales, au début des années 1990, dans un pays dévasté par la guerre et la famine. Les forces étrangères déployées pour y restaurer l'ordre rembarquent piteusement, et tel geste médiatique, sac de riz à l'épaule, en laisse un souvenir grotesque et dérisoire.

L'organisation humanitaire qui a recruté ce jeune volontaire en quête de sens est la seule structure étrangère qui demeure à pied d'œuvre, avec le Comité international de la Croix-Rouge (CICR). Elle est certes aisément reconnaissable derrière son nom d'emprunt, mais l'auteur ne souhaite pas faire œuvre d'historiographe : son propos est ailleurs, dans la description d'un groupe d'intervenants livrés à eux-mêmes, mais décidés à mener à bien leur mission.

Débarquant sans consignes ni procédures, il a la responsabilité de fournir à l'équipe médicale les moyens indispensables, des locaux à la sécurité, des outils au ravitaillement. Un métier mal défini, entre débrouillardise et diplomatie, avec un engagement de chaque instant auprès de toutes les composantes de la mission. Et aussi la responsabilité de la liaison avec tous les acteurs ayant une parcelle d'autorité ou d'entregent.

L'auteur sait nous faire partager ses émotions et ses doutes, mais aussi nous émouvoir par les éclairs d'humanité qui transcendent la violence. Après « Moga » et les camps de l'intérieur où s'effondrent les rescapés des massacres et de la famine, l'auteur s'envole vers l'intérieur du continent : l'Ouganda post-Idi Amin Dada où règne encore la barbarie qu'avait instaurée le dictateur, défiée par les mêmes équipes d'humanitaires « tous terrains ». Puis, c'est le Tigré en lutte contre le Derg d'Addis Abeba, une expérience frustrante aux côtés d'un mouvement rebelle politiquement structuré, mais largement déshumanisé : au cœur du maquis du Front de libération du peuple du Tigré, l'auteur remet en question nombre de certitudes sur la place réservée à l'aide humanitaire au cœur d'un conflit.

Un récit qui nous emporte dans un passé pas si lointain, puisque ni les terrains, ni les enjeux, ni les comportements n'ont radicalement changé. Mais, et peut-être surtout, loin des carnets de bord ou des récits intimistes ou déclamatoires, l'auteur révèle un puissant talent d'écriture, fouaillant sans esquive ses propres sentiments et pulsions, évoquant les béquilles de la musique, de la drogue et de l'alcool. Cette « légèreté humanitaire » est la noblesse de ces héros anonymes qui montent au front, armés de leur seule humanité. Côté face...

Marc Lavergne

Directeur de recherche émérite au CNRS
Laboratoire CITERES/équipe Monde arabe et méditerranéen
Université de Tours



Humanitarian action: Welcome to reality

La légèreté humanitaire, côté face

Frédéric Vigneau

Éditions Baudelaire, 2022

(published in French)

Is this book a veteran aid worker's memoir? Or is it a tract criticising the flaws of a humanitarian sector that has become competitive and is now the subject of many injunctions? It is neither. The author's words are the deep marks left on a man who entered the humanitarian sector early on and began at the bottom. As a novice, he improvised as a logistics coordinator thrown straight into the most unpredictable of zones: Mogadishu at the mercy of rival militias in the early 1990s – in a Somalia ravaged by war and famine. The foreign forces sent to bring order back to the country re-embarked pathetically while a media gesture, bag of rice on the shoulder¹, contributed to an equally grotesque and derisory memory.

— 1. Allusion to the media gesture of the French Minister of Health and famous "French doctor", Bernard Kouchner, who carried a bag of rice in a humanitarian operation in 1992 in Somalia.

The humanitarian agency that recruited this young volunteer in search of meaning was the only foreign organisation that carried on working hard, alongside the International Committee of the Red Cross (ICRC). You can easily recognise the agency behind the pseudonym used. Yet the author does not write as its historiographer. He seeks to recount the adventures of a group of workers who were left to their own devices, but were determined to accomplish their mission.

He landed without any instructions or special procedures. He was in charge of providing vital resources for medical workers, premises for security, and equipment for supplies. His job was poorly defined. It required resourcefulness and diplomacy. Each instant was about making commitments to all those involved in the assignment. And he had to liaise with anyone who had the slightest authority or connections.

The author shares his doubts and emotions masterfully. But he also moves us with flashes of humanity that outshine the violence. After recounting his experiences of Mogadishu and the hinterland camps where survivors of the fighting and famine ended up, the writer takes us further inland: to Uganda at a time after Idi Amin Dada's dictatorship but when the cruelty he brought still reined. This inhumanity is defied by the same borderless aid workers. Next, we are taken to the armed struggle between Ethiopia's Tigray province and the Derg of Addis Ababa. This was a frustrating experience alongside a rebel movement that was well structured politically but dehumanised. From the heart of the Tigray People's Liberation Front, the author questions our certainties about the role given to humanitarian aid in the thick of conflicts.

This chronicle carries us back to a period that does not feel so long ago: the regions, challenges and behaviour it concerns have not changed much since then. But perhaps above all, the narrator reveals his compelling talent as a wordsmith – beyond travel journals and declamatory accounts. He never avoids lambasting his own urges, touching on the crutches of music, drugs and alcohol. This so-called lightness of humanitarian work is the dignity of these unknown heroes going into battle armed with nothing but their humanity. Welcome to reality.

Marc Lavergne

Emeritus Director of Research at the French National Centre for Scientific Research (Centre national de la recherche scientifique – CNRS)
CITERES Research Unit – Team: Arab World and Mediterranean
University of Tours

Translated from the French by Thomas Young



L'humanitaire en campagne... de com'



Les ONG à l'épreuve de la com'

Sous la direction de Michaël Oustinoff
et Ugo Ruiz

Hermès, La Revue

CNRS Éditions, n° 89, 2022

Depuis plus de vingt ans, régulièrement, les éditions Hermès s'attachent à actualiser l'état de l'art des enjeux de communication pour les sociétés civiles, avec différentes publications collectives sur les questions de linguistique, de médias, de communication au sens large en lien avec le troisième secteur. Il apparaît évident que la question de la communication des organisations non gouvernementales (ONG) est cruciale et sensible. Complexe, aussi, puisque renouvelée en permanence par les innovations techniques du secteur, inscrivant aujourd'hui la problématique dans un monde de réseaux et de toile, d'urgence et d'immédiateté. Mais elle est aussi extrêmement vaste, et c'est bien ce dont on prend la mesure à la lecture de cet ouvrage.

Il s'agit d'abord de circonscrire le champ de recouvrement du terme. Parle-t-on de diplomatie, de journalisme, de campagnes de marketing, d'information, de management interne des organisations, de promotion des actions menées, de levée de fonds, de lobbying, de plaidoyer ? S'agit-il de convaincre, de construire ensemble, d'échanger, d'argumenter, de manipuler, de fabriquer une opinion, de l'orienter, de l'enrichir... ? À mesure de l'étude des différentes contributions, on prend acte de l'étendue du secteur, et donc de ses enjeux stratégiques.

La spécificité de l'ouvrage réside par ailleurs dans son approche plurielle, et non seulement dans l'analyse des méthodes de grandes ONG internationales. Il en résulte un corpus polyphonique à l'image de la variété des structures qui composent le secteur.

L'introduction ne manquera pas d'inscrire utilement ces enjeux de communication, et par conséquent de la vie et du fonctionnement des ONG, dans un contexte économique et politique situé. L'étude de la communication posera en effet la question des moyens employés par les ONG, mais aussi par les États, les médias, pour parvenir à leurs fins. C'est cet entremêlement de différentes échelles d'intervention et de pouvoir qui est visibilisé à travers bon nombre des contributions, et qui nous éclaire sur la complexité politique de

la question. En palliant un désengagement certain des États dans différents secteurs au tournant du libéralisme, les ONG ont pris une place réelle dans l'organisation sociale du monde. L'émergence, en parallèle, du concept de média de masse a créé les conditions d'une surmédiatisation des grandes tragédies humanitaires. Quel est l'impact de ces conditions sur la marche du monde ? De quel (contre-) pouvoir les ONG disposent-elles dans ce contexte ? Quel usage en font-elles et quelles en sont les limites ? C'est ce que propose, entre autres, de décortiquer ce corpus, à différentes échelles d'étude et d'analyse.

Le numéro est composé de trois parties distinctes qui permettent de circonscrire l'étude. Dans un premier temps, il sera question des « ONG dans les rouages de l'influence et du pouvoir ». Ici, par exemple, un entretien mené par Damien Larrouqué avec Pierre Henri Guignard¹ nous éclaire sur la position des diplomates et le rôle qu'ils occupent entre la société civile et les États. Un travail subtil et funambule de communication « hors canaux », faisant la part belle à l'intelligence humaine et l'intuition. À l'inverse, les questions de protocoles, propres aux diplomates, révèlent aussi l'importance de la prise en compte de toute forme de code culturel pour créer des conditions optimales de communication et de conciliation. Les ONG n'en sont pas exemptes. Pierre Henri Guignard reviendra par la suite sur les partenariats permanents qui se nouent entre diplomates et ONG, avec des exemples de situations d'intervention d'urgence, de négociations, voire de grands événements politiques internationaux pour lesquels il travaille continuellement à faire une place à la société civile, et il nous explique pourquoi.

Dans une autre direction, Zhao Alexandre Huang exposera les méthodes de communication coercitives utilisées à des fins d'influence de l'opinion au service d'États ou d'entreprises, à travers l'exemple de l'Institut Confucius, un organe de mise en œuvre d'une stratégie d'influence à peine voilée du gouvernement chinois dans plusieurs pays d'Afrique. À travers cet article², Zhao Alexandre Huang nous permet d'appréhender la communication comme outil de *soft power* et de légitimation des actions d'un gouvernement, quelles qu'elles soient.

La deuxième partie de la revue se concentre sur la notion de crise, regroupant différentes analyses et recherches sur la communication – parfois en difficulté – des ONG : inefficacité, contradiction, instrumentalisation... du fait d'un contexte politique, économique ou social (on étudiera la question haïtienne, d'autres cas dans le contexte de la guerre en Ukraine, au Liban ou dans la société géorgienne), mais également du fait d'une politique interne aux organisations. Un point de vue intéressant, porté notamment par la contribution d'Éric Dacheux³. Ce dernier étudie différentes modalités de communication systématisées dans les ONG, reprises du secteur lucratif privé. Une analyse judicieuse qui classe, d'un côté, la communication interne, où l'agent va être amené par son travail de communicant à animer la vie de l'organisation (management), et, de l'autre, la communication externe, incluant les techniques de marketing (recherche de fonds) et de lobbying (plaidoyer). À cette approche gestionnaire et coercitive de la communication, dont l'objectif est de faire adhérer son récepteur à un point de vue unique, Éric Dacheux oppose et propose une communication politique

— 1. Pierre Henri Guignard, « Les ONG à la table des États : un "multilatéralisme participatif" ? » (entretien avec Damien Larrouqué), p. 55-59.

— 2. Zhao Alexandre Huang, « L'Institut Confucius et la diplomatie publique chinoise en Afrique : un organe de propagande déguisée en ONG ? », p. 60-66.

— 3. Éric Dacheux, « Communiquer n'est pas persuader : pistes pour repenser la communication des ONG », p. 107-112.

délibérative, qui soit émancipatrice, comme « un appel à la libre interprétation du récepteur », échappant au prisme de la persuasion.

Il pointe par là un paradoxe de la communication dans les ONG, qui souvent usent des techniques d'un système qu'elles veulent pourtant combattre, et qui reproduit ses inégalités. Il ne s'agirait donc plus de « diffuser une vérité », mais d'« inciter chacun à participer à la délibération collective ». Une approche revendiquée d'éducation populaire, où l'on sent planer la pensée de Paolo Freire et de Jacques Rancière. Un idéal de pensée et d'action extrêmement stimulant, qui semble malheureusement en prise aux impératifs de rentabilité, d'efficacité et d'immédiateté imposés par le système capitaliste auquel toute intervention dans le monde global est encore soumise.

La dernière partie de cet ouvrage, intitulée « Société civile mondiale et mondialisation des ONG » se concentre sur une approche globalisée des enjeux de communication pour les ONG. Dans une société de *mass media*, l'heure est à la guerre de l'information et de la communication. « On ne voit pas la même réalité sur la première chaîne d'État russe ou sur les médias occidentaux », nous rappelaient en introduction Michaël Oustinoff et Ugo Ruiz. L'un et l'autre bord se décrédibilisent en criant à la *fake news*, tandis que Reporters sans frontières nous alerte : « près de la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès à une information libre ».

L'article de Nabil el Khoury et Marguerita Mouawad⁴ nous offre dans ce cadre une étude de cas intéressante. Il révèle la transformation de la ligne éditoriale de deux quotidiens en Syrie – *Al-Akhbar*, journal pro-iranien, et *Asharq al-Awsat*, journal pro-saoudien et défavorable à la politique russe et au régime syrien – en fonction du déroulé des événements sur l'échiquier international. Cette étude nous démontre les mécanismes de fabrique de l'opinion publique, la construction médiatique du rôle russe dans le conflit, et ses recherches de solution ; mais elle expose également l'inévitable interprétation des médias avant même la diffusion de toute information : on parlera ainsi de « victimes collatérales » plutôt que de « crime de guerre », ou de cette fameuse nécessité, d'un côté comme de l'autre, de « lutter contre le terrorisme » pour justifier les mouvements de guerre. Une étude synthétique et efficace.

Lutte pour la reconnaissance, la souveraineté, la légitimité, action politique, domination, travail de persuasion, guerre de l'information, contrôle social des sociétés civiles, approche marketing des communicants, campagnes et collectes, management, *think tank* alliés aux gouvernements, diplomatie, jeux d'influence, controverses... C'est une grande traversée dans l'un des enjeux essentiels du travail des ONG, mais aussi de la politique internationale, à laquelle nous invite ce 89^e numéro de la revue *Hermès*, avec un sommaire très riche, tant par l'origine des contributeurs que par la nature des contributions. Un travail qui ne prétend pas à l'exhaustivité, mais qui touche à la représentativité. On sort de cette lecture avec un regard radicalement élargi et critique sur l'ensemble des secteurs qui sont, de près ou de loin, en prise avec le « jeu » de la communication et de la politique internationale.

Stéphanie Durdilly

Chargée de communication et d'aide à l'édition d'*Alternatives Humanitaires*

— 4. Nabil el Khoury et Marguerita Mouawad, « La construction du rôle russe en Syrie dans la presse d'opinion arabophone », rubrique *Diagonales*, p. 203-208.



The humanitarian challenge of communication

Les ONG à l'épreuve de la com' [NGOs Put to the PR Test]

Issue codirected by Michaël Oustinoff and Ugo Ruiz

Hermès, la Revue

CNRS Éditions, n° 89, 2022

This issue is printed in French but the articles are available in

English on Cairn International (paying access): https://www.cairn-int.info/journal-hermes-la-revue-2022-1.htm#xd_co_

[f=N2MxOWJiYmMtMDUyMS00ZDZhLTlhOWltYTg5ZmYONjBjBjNmMx](https://www.cairn-int.info/journal-hermes-la-revue-2022-1.htm#xd_co_f=N2MxOWJiYmMtMDUyMS00ZDZhLTlhOWltYTg5ZmYONjBjBjNmMx)

For more than twenty years, Hermès Editions has worked on a regular basis to stay up to date on the state of the art in communications strategies and technologies for civil societies, with a variety of collective publications covering a broad range of issues such as linguistics, media, and communications in connection with the third-sector organisations. The critical role communications play for non-governmental organisations (NGOs) appears obvious, and is a sensitive topic as well. Complex, too, where innovations in technology are constantly changing the communications landscape; a cause for concern in a highly-connected internet world where urgency and immediacy are now the norm. Reading this publication offers the opportunity to assess the many faces of the extremely vast field of communications.

The scope of the term first needs to be established. Are we talking about diplomacy, journalism, marketing and information campaigns, management inside organisations, promotional campaigns for projects completed, fund raising campaigns, lobbying, or advocacy? Are we looking to persuade, to work together, to discuss, to present a set of arguments, to manipulate, or to form, guide, or bolster an opinion? Examining each contribution reveals the many aspects of communications field, as well as its strategic importance.

The specificity of this particular publication resides in its pluralistic approach, and not simply an analysis of the methods used by the biggest international NGOs. This result is a multi-faceted body of work that reflects the wide variety of third-sector organisations.

The introduction helpfully explains the strategic importance of communications, and as a consequence life at an NGO and how they operate, all within the context of an economic and political situation. Examining communications requires taking a close look at the means deployed by NGOs, states, and the media to achieve their goals. This mix of degrees of power and intervention, visible through the multiple contributions, broadens our perspective of the political complexity surrounding the issue. To mitigate the almost certain disengagement of states in different fields due to the rise in economic liberalism, NGOs have taken on a genuine social-organisation role throughout the world. At the same time, the emergence of the concept of mass media will create conditions for an over-mediatization of major humanitarian tragedies. What impact will these conditions have on how the world functions? What (opposing) power do NGOs have in this situation? How will they use this power and what are its

limits? This body of work provides a breakdown of the situation through several levels of examination and analysis.

This issue consists of three distinct sections to provide a framework and boundaries for the analysis. The first section covers the issue of "The influence of the power apparatus on NGOs." For example, Damien Larrouqué interviews Pierre Henri Guignard,¹ providing insight into the position of diplomats and the role they play as intermediaries between civil society and states. This type of work requires subtlety, a balancing act of "back channel" communications, as well as human intelligence and intuition. Conversely, diplomatic protocols also demonstrate the importance of taking into consideration all forms of cultural norms to create optimal conditions for clear communication and conciliation. NGOs are not exempt. Pierre Henri Guignard then returned to the permanent partnerships built between diplomats and NGOs, with examples of emergency interventions, negotiations, and even major international political events for which he continuously works to make space for civil society, and he is explaining why.

Changing speeds, Zhao Alexandre Huang explains the coercive communications techniques that states and companies use to influence public opinion by using the example of the Confucius Institute, an organisation created to implement a barely-veiled influence strategy implemented by the Chinese government in several African countries. Through this article,² Zhao Alexandre Huang explains how communications function as a soft power tool and how they are used to legitimise governmental actions, whatever those actions may be.

The second section of the publication focuses on the concept of a crisis, grouping together several analyses and research projects on the communications challenges that NGOs sometimes face: ineffectiveness, contradictions, and even manipulation due to a given political, economic, or social situation (with focus on the situation in Haiti, and the wars in Ukraine, Lebanon, and Georgia), as well as the internal policies within each organisation. Eric Dacheux's³ contribution provides this fascinating point of view. He examines the various established communication modalities used by NGOs, including those taken from the for-profit private sector. One judicious analysis places internal communications on one end of the spectrum, where the agent, as a communicator, is required to handle day-to-day operations within the organisation (management), and external communications on the other side of the spectrum, including marketing techniques (raising funds), and lobbying (advocacy). Opposed to this management and coercive approach to communications, which seeks to ensure that the target adheres to a unique point of view, Eric Dacheux proposes a more thought-provoking communications policy, one that emancipates, "encouraging the target to freely interpret the message as they wish", thus evading the prism of persuasion.

— 1. Pierre Henri Guignard, « Les ONG à la table des États : un "multilatéralisme participatif" ? » (entretien avec Damien Larrouqué), p. 55-59 [NGOs rubbing shoulders with States: "participative multilateralism in the works?"]], an interview with Damien Larrouqué.

— 2. Zhao Alexandre Huang, « L'Institut Confucius et la diplomatie publique chinoise en Afrique : un organe de propagande déguisée en ONG ? », p. 60-66 ["The Confucius Institute and Chinese public diplomacy in Africa: A propaganda agency masquerading as an NGO?"].

— 3. Éric Dacheux, « Communiquer n'est pas persuader : pistes pour repenser la communication des ONG », p. 107-112 ["Communication is not persuasion: Rethinking how NGOs communicate"].

He points to a communications paradox for NGOs, who often employ techniques from the very system that they are fighting against and that fosters inequality. The question is not one of “broadcasting the truth”, but rather to “incite everyone to participate in the collective debate”. An approach strongly urged by popular education, an area where Paolo Freire and Jacques Rancière’s ideas are clearly felt. This very appealing ideal and course of action seems to unfortunately conflict with the demands for profitability, efficiency, and immediacy that our capitalist system imposes and to which any intervention in today’s globalised world must submit.

The final section of the publication, entitled “World Civil Society and Globalisation of NGOs”, focuses on an overall approach to communications for NGOs. In today’s mass media society, we are currently in an information and communications war. In their introduction, Michaël Oustinoff and Ugo Ruiz remind us that “Western media and the leading state channel in Russia do not broadcast the same reality”. Both make attempts to discredit each other by yelling fake news, whereas Reporters Without Borders warns us that “almost half of the world population still does not have access to independent, unbiased information”.

The article written by Nabil el Khoury and Marguerita Mouawad⁴ presents an interesting case study. It shows how the editorial policies for two daily newspapers in Syria transformed based on how the world’s chessboard of events unfolded: AL-Akhbar, a pro-Iranian newspaper, and Asharq al-Awsat, a pro-Saudi newspaper opposed to Russian policy and the Syrian regime. This careful examination reveals the mechanisms that manufacture public opinion, how the media covered Russia’s role in the conflict and its search for a solution, as well as the media’s inevitable interpretation before broadcasting any information. The latter includes using terms like “collateral damage”, instead of “war crimes”, or the well-publicized need on both sides to “fight against terrorism” to justify war. The article presents a very concise, effective analysis.

Fighting for recognition, sovereignty, legitimacy, political action, domination, working to persuade, the war of information, social control of civil society, a marketing approach by communicators, campaigns and fund raising, management, think tanks allied with governments, diplomacy, influence and persuasion, controversies... The 89th issue of *Revue Hermès* takes us on this long journey through one of the major strategic issues for NGOs and international politics. The table of contents overflows with articles covering a wide variety of topics and written by contributors from all over the world. While not claiming to be exhaustive, this compilation of works is representative. Reading this series of articles expands our point of view and augments our critique of every sector that, from near or afar, has become trapped in the “game” of communications and international politics.

Stéphanie Durdilly

Communications and Editorial Support Officer of *Humanitarian Alternatives*

Translated from the French by Darin Riesman

— 4. Nabil el Khoury et Marguerita Mouawad, «La construction du rôle russe en Syrie dans la presse d’opinion arabophone», rubrique Diagonales, p. 203-208 [“The construction of Russia’s role in Syria by Arabic opinion journalism”].

CRÉDITS PHOTOS – PHOTO CREDITS

1 – Couverture

| Cover

© CICR - V-P-CF-E-01320

- Préfecture de Nana-Grébizi (République centrafricaine), hôpital de Kaga-Bandoro. Cette femme a été victime de violences sexuelles. Le CICR lui apporte un soutien psychosocial et l'accompagne pour obtenir des moyens de subsistance durables.
- Nana-Grébizi prefecture (Central African Republic), Kaga-Bandoro hospital. This woman was a victim of sexual violence. The ICRC provides her with psychosocial support and accompanies her to obtain a sustainable livelihood.

2 – Éditorial

| Editorial

© CICR - V-P-UA-E-00753

- Région de Donetsk (Ukraine), village de Pisky-2. Une membre de la Société nationale de la Croix-Rouge d'Ukraine parle avec une femme âgée pour lui offrir un soutien psychologique et social.
- Donetsk region (Ukraine), village of Pisky-2. A member of the National Red Cross Society of Ukraine talks with an elderly woman to offer her a psychological and social support.

3 – Focus

© Amadou Cissé / ALIMA

- Entretien des agents de santé avec la population de Sagouem (localité située à 375 km de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso), sur la présence du consortium ALIMA/KEOOGO/SOS Médecins Burkina Faso à Sagouem (ONG ALIMA_98).
- Meeting of health workers with the population of Sagouem (375 km from Ouagadougou, the capital city of Burkina Faso), about the presence of the ALIMA/KEOOGO/SOS Médecins Burkina Faso consortium in Sagouem (NGO ALIMA_98).

4 – Éthique

| Ethics

© CICR - V-P-CD-E-00176

- Goma (République démocratique du Congo). Dispensaire privé (sans lien avec la Croix-Rouge).
- Goma (Democratic Republic of the Congo). Private dispensary (not linked to the Red Cross).



1



3



2



4

À propos / About us

La création de la revue répond aux ambitions suivantes :

- Encourager et participer à la réflexion globale du secteur humanitaire sur ses pratiques et son évolution grâce à une publication imprimée sur abonnement et une diffusion numérique en accès libre.
- Établir un espace de rencontre et de dialogue, une proximité et une dynamique d'échange entre chercheur-euse-s en sciences humaines (sociologie, histoire, économie, anthropologie...) et praticien-ne-s de l'action humanitaire sur les défis auxquels ce secteur est confronté.
- Faire mieux entendre sur la scène internationale les approches humanitaires puisant leurs racines dans le courant « sans-frontières » grâce à une mise en commun de moyens, de pensée et de projets.
- Favoriser le dialogue et les échanges dans ces domaines entre chercheur-euse-s et praticien-ne-s des pays du Nord et du Sud.

The creation of the review pursues the following ambitions:

- Encourage and participate in the global reflection concerning the humanitarian sector, its practices and its evolution, with a digital open access distribution and a printed edition available by subscription.
- To create a meeting place and a space for dialogue, proximity and a dynamic exchange between researchers in humanities (sociology, history, economics, anthropology...) and practitioners of humanitarian action concerning the challenges that this sector is confronted with.
- To give a broader international audience to a specific approach of humanitarian action rooted in the "without borders" movement, through the pooling of resources, thinking and projects.
- Stimulate the dialogue and exchanges in these fields between researchers and practitioners from the countries of the North and the South.

Les opinions émises et informations délivrées dans la revue n'engagent que leurs auteur-ric-e-s.

The opinions expressed and information provided in the review are under the sole responsibility of the authors.

Remerciements | Acknowledgements

Pour leurs contributions bénévoles à ce numéro :

For their voluntary contribution to this issue :

Brax

Conception | Conception

In medias res

ISSN : 2492-7120

ISBN : 978-2-37704-994-3

Imprimeur | Printer

IDMM imprimerie - Champagne-au-Mont-d'Or



This product comes from sustainably managed forests and controlled sources



Diffusion de la revue

Alternatives Humanitaires est disponible :

- en accès libre dans sa version numérique (lecture seule et téléchargement) sur notre site : www.alternatives-humanitaires.org
- sur support papier, soit par abonnement annuel soit par achat au numéro.

Distribution of the review

Humanitarian Alternatives is available:

- in open access in its digital version (read-only and download) on our website: www.alternatives-humanitaires.org
- in print by subscription or individual purchase.

Pour toute question ou souhait de contribution, n'hésitez pas à nous contacter :

If you have any questions or if you wish to contribute to the review please do not hesitate to contact us:

contact@alternatives-humanitaires.org

[in](https://www.linkedin.com/company/revueah) company/revueah

[f](https://www.facebook.com/revueah) [@](https://www.instagram.com/revueah) @RevueAH

Retrouvez-nous aussi sur / Find us also on www.alternatives-humanitaires.org



S. Stern
P. Gallien

ÉDITORIAL | EDITORIAL

Santé mentale : une indispensable approche globale
— Mental health: a necessary global approach

1

FOCUS | SANTÉ MENTALE : DE LA PRISE DE CONSCIENCE À LA MISE EN PRATIQUE MENTAL HEALTH: FROM AWARENESS TO ACTION

**« On ne fait pas de santé mentale » : retour sur la première mission
« psy » de Médecins Sans Frontières**
— “We don’t do mental health”: a review of *Médecins Sans Frontières*
first “psy” mission

8

L. Wolmark

D. Ilunga Diemu
A. Papat
V. Hubert
H. Yacoubou
J.-P. Alley

**Répondre aux besoins en santé mentale dans les zones de conflit
au Burkina Faso grâce à la méthode dite d’« Allègement du stress
traumatique »**
— Treating mental health in conflict zones in Burkina Faso
with Traumatic Stress Relief (TSR)

20

G. Pégon
C. Laval
M. V. Goupougouni Leni

**Colonialité et intersectionnalité en santé mentale : une exigence
mobilisatrice**
— Coloniality and intersectionality in mental health: a rallying call

34

C. Maubert
B. Kimathe

**Champs d’exclusion, masculinité et santé mentale en République
démocratique du Congo**
— Areas of exclusion, masculinity and mental health in the
Democratic Republic of the Congo

48

F. Chatot
H. Mbarkoutou
Mahamat

**La standardisation à l’épreuve des dynamiques locales : l’exemple
des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad**
— Standardisation challenged by local dynamics: the example
of mental health programmes in the Chad Basin

60

T. Besozzi
C.-H. Lelimoizin

**La santé mentale des sans-abri au prisme des temporalités
de la survie et des institutions**
— The mental health of the homeless viewed through the prism
of the temporalities of survival and institutions

74

D. Ziveri

La santé mentale globale à l’épreuve du changement
— Global mental health in a time of change

84

ÉTHIQUE | ETHICS

**Quand les pays du Nord compensent leur pénurie de personnel
de santé en aggravant celle des pays à faible revenu**
— How the Global North is solving its health worker shortage while
exacerbating the Global South’s

98

N. Humbert

REPORTAGE

Ceux qui vivent sur l’eau
— Those who live on the water

108

D. Bizet

CULTURE

Complètement Brax : Le temps d’écouter
— Totally Brax: Time to listen

131

T. Rodrigues

Théâtre — Theater
L’humanitaire au théâtre
— Humanitarian action in a play

132

N. Herschdorfer
P. Hufschmid

Livres — Books
L’humanitaire en photos
— Humanitarian action in photos

137

F. Vigneau

L’humanitaire en récit
— Humanitarian action: Welcome to reality

143

M. Oustinoff
U. Ruiz

L’humanitaire en campagne... de com’
— The humanitarian challenge of communication

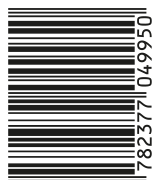
146

Mars 2023
Numéro 22 —

ALTERNATIVES HUMANITAIRES
HUMANITARIAN ALTERNATIVES

March 2023
— Issue 22

18 €



9