
le

Leader Humanitaire

La décolonisation des interventions liées à la santé mentale dans le système humanitaire

ROEI SHAUL HILLEL



LE LEADER HUMANITAIRE

La décolonisation des interventions liées à la santé mentale dans le système humanitaire

PUBLICATION 032

FÉVRIER 2023

Détails de l'auteur

Roei Shaul Hillel

Roei Shaul Hillel est le Directeur de la Santé Mentale chez Humanity Crew. Clinicien agréé en travail social, il est spécialisé en santé mentale et en accompagnement psychosocial de l'enfant et l'adolescent ainsi que dans la protection de l'enfant dans les contextes humanitaires.

Remerciements

Les mots ne suffisent pas à exprimer ma gratitude envers mon professeur Dr Jonathan J. Philips pour sa supervision dévouée, M. Mike Pearson pour son talent en analyse de données et Dr Koen Sevenants pour son soutien et sa vision bienveillante.

Bureau de rédaction

The Centre For Humanitarian Leadership
Deakin University
221 Burwood Highway
Burwood 3125 VIC
Australia

Rédactrice en chef (version anglaise) : Dr Nazanin Zadeh-Cummings

Rédactrice en chef (version française) : Justine De Rouck

Éditrice de production : Cara Schultz

Traduction : Benoit Glayre et Isaline Doucot

Mise en page : Diana De León

ISSN : 2653-1011 (En ligne)

Vous trouverez ci-dessous la "Reconnaissance territoriale" faite par le Centre for Humanitarian Leadership et conservée dans sa version anglaise. La "Reconnaissance territoriale" est une manière de reconnaître, de respecter et de rendre hommage aux peuples des Premières Nations en tant que propriétaires traditionnels et gardiens permanents des territoires.

The Centre for Humanitarian Leadership acknowledges the Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples of this nation. We acknowledge the traditional custodians of the lands on which we work. We pay our respects to ancestors and Elders, past and present.

Droits d'auteurs

Ces publications ont été préparées pour le Centre for Humanitarian Leadership. Les points de vue présentés sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du Centre for Humanitarian Leadership. Ces publications sont distribuées afin de servir à la discussion et n'ont pas été examinées par des pairs.

© 2023 par Roei Shaul Hillel. Tous droits réservés.

Image de couverture : Un espace adapté aux enfants dans un camp informel en Éthiopie offre la possibilité aux enfants de jouer, d'apprendre et d'accéder au soutien psychosocial. © Sacha Myers / Save the Children

Résumé

La santé mentale est une préoccupation grandissante à l'échelle globale. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'accès à des traitements et des soins de qualité, l'écart de services proposés entre les pays du Nord et les pays du Sud est considérable. Afin de tenter de réduire cet écart et d'apporter de meilleurs services de Santé Mentale et de Soutien Psychosocial (SMSPS), le *Grand Bargain* des Nations Unies a élaboré une nouvelle approche mettant la priorité sur la localisation, à savoir l'adaptation des services au contexte local. Cet article analyse les effets de cette nouvelle approche comme moyen de décoloniser les pratiques liées à la santé mentale.

Une évaluation des résultats a été menée afin de mesurer les financements reçus par les organismes nationaux et locaux en charge des soins dans les services de SMSPS dans les pays en voie de développement. Ces données ont été récoltées à partir du Système de surveillance financière (Financial Tracking Service - FTS) des Nations Unies et se concentrent sur les contributions financières touchant six secteurs : la santé ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène (Water, Sanitation and Hygiene - WASH) ; les violences liées au genre ; la nutrition ; la protection et finalement le logement. Les résultats montrent que seuls 3% des dons internationaux liés à la SMSPS entre 2017 et 2021 ont été versés aux agences locales et nationales.

La plupart des financements liés à la SMSPS touchant directement les organismes locaux sont assurés par les Fonds de financement commun pour les pays (Country-based Pooled Funds - CBPF). Les principaux bénéficiaires de ces financements sont les pays du Moyen-Orient et ces fonds sont majoritairement dirigés vers les secteurs de la santé, de WASH et de la protection.

L'étude a montré une quantité restreinte de services liés à la SMSPS dans les pays économiquement moins développés et une faible attention portée au renforcement des capacités locales à travers l'aide humanitaire. En se basant sur cette étude, nous recommandons aux acteurs du secteur humanitaire de plaider en faveur d'une approche plus localisée, afin de donner davantage de pouvoir aux acteurs locaux dans les pratiques de la SMSPS.

Pertinence pour le leadership

À la suite d'une crise humanitaire, les dirigeants et les fournisseurs locaux de services sont essentiels, à la fois dans les actions d'aide immédiate et dans l'élaboration d'un cadre pour une reconstruction durable. Pourtant, de nombreux organismes locaux et nationaux en lien avec la SMSPS et la protection de l'enfant souffrent d'un manque de financement. Ces organismes sont freinés par un déséquilibre de pouvoir qui place les donateurs plutôt que les dirigeants locaux en charge de l'allocation de ressources limitées. En mettant en lumière les disparités de financement, cette publication informe les leaders du secteur humanitaire quant à l'importance de créer des services liés à la SMSPS et la protection de l'enfant qui soient adaptés au contexte local, accessibles et culturellement appropriés.

Liste des abréviations :

- CBPF :** Fonds de financement commun pour les pays (Country-based Pooled Funds)
- CIP :** Comité Permanent Inter-Organisations
- ECHO :** Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission Européenne (European Commission Humanitarian Aid)
- FTS :** Service de surveillance financière (Financial Tracking Service)
- IRC :** International Rescue Committee
- OCHA :** Bureau de la coordination des affaires humanitaires (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- ONG :** Organisation non gouvernementale
- ONU :** Organisation des Nations Unies
- oPt :** Territoire palestinien occupé (occupied Palestinian territory)
- SMSPS :** Santé mentale et soutien psychosocial
- UNFPA :** Fonds des Nations Unies pour la population (United Nations Population Fund)
- UNHCR :** Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (United Nations High Commissioner for Refugees)
- UNICEF :** Fonds des Nations Unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund)
- UNRWA :** Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East)
- WASH :** Eau, Assainissement et Hygiène (Water, Sanitation and Hygiene)

« La libération d'une nation, la lutte contre le colonialisme, la construction de la paix, le progrès et l'indépendance sont des mots dénués de sens s'ils ne se manifestent pas par une amélioration notable des conditions de vie » - Amílcar Cabral (1979).

Introduction

La souffrance provoquée par les maladies mentales est un problème grandissant partout dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prédit qu'une personne sur quatre fera face à un problème lié à la santé mentale au cours de sa vie (WHO, 2021). La dépression, par exemple, constitue l'une des premières causes de handicap chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, alors que le suicide est la quatrième cause de mortalité chez cette même population (ibid.). Les individus et les communautés faisant face à des problèmes de santé mentale sont fréquemment sujets à d'importantes violations des droits humains, en particulier la discrimination et les violences interpersonnelles (Lund, 2020). Cependant, les maladies mentales et plus particulièrement l'accès à des soins adaptés se présentent de manière très différente à travers le monde. Par exemple, environ 42% des individus faisant face à une maladie mentale ne reçoivent pas de traitement approprié dans les pays du Nord. Dans les pays du Sud, ce chiffre double (Bedi, 2018).

Environ 42% des individus faisant face à une maladie mentale ne reçoivent pas de traitement approprié dans les pays du Nord. Dans les pays du Sud, ce chiffre double.

Malgré la nécessité de développer des services de santé mentale dans les communautés du monde entier, les disparités de traitement persistent. Ceci s'explique par une approche développée pour répondre aux besoins des pays du Nord, utilisée actuellement et qui ne parvient ainsi pas à intégrer les éléments des contextes culturels locaux et des praticiens locaux. (Tay et al., 2019 ; Tefera, 2022). Cette approche ne permet pas d'exploiter toutes les pratiques, les connaissances et les croyances des communautés locales et provoque de l'appréhension en lien avec les traitements proposés chez les populations concernées. De plus, l'imposition d'une approche basée sur un cadre culturel occidental est perçue comme une extension du colonialisme (Cullen et al., 2021). Afin de réduire ces disparités de traitement, les experts de la santé publique et du secteur humanitaire ont été encouragés à examiner comment les soins en santé mentale peuvent être davantage adaptés au contexte socio-culturel local.

En mai 2016, les Nations Unies ont organisé le Sommet mondial sur l'action humanitaire. Durant cette rencontre, différentes manières de financer les organisations locales dans le secteur de l'urgence humanitaire ont été discutées (Gomez, 2021). À la suite de cette conférence, le Grand Bargain a été lancé et en 2019, ses signataires représentaient 84% de toutes les contributions humanitaires dans le monde (Esmail, 2022), ce qui en fait un outil important pour l'amélioration de l'égalité dans le financement des missions humanitaires. Le principal objectif de cet accord était de renforcer les capacités locales et nationales plutôt que de les remplacer par des organisations internationales (Metcalf- Hough et al., 2021). Le Grand Bargain présente cet objectif comme le principe de base de la localisation. En effet, un des moyens d'atteindre les objectifs du Grand Bargain est de localiser les services de santé mentale, soit de les rendre plus adaptés au contexte social et culturel dans lesquels ils se trouvent (Esmail, 2022; Gómez, 2021).

Les concepts-clés

Pour présenter les bases théoriques du concept de localisation et son rôle dans la décolonisation de la SMSPS, six concepts-clés sont ici brièvement explorés : la SMSPS, la décolonisation, le relativisme culturel, la gouvernance thérapeutique, la localisation et l'approche Cluster des Nations Unies.

Les services de santé mentale et de soutien psychosocial

Les services de SMSPS incluent les interventions et les soins que les individus, les groupes et les communautés reçoivent afin d'améliorer ou de soigner leur santé mentale ou leur bien-être psychologique (Tol et al., 2015). Les démarches de SMSPS incluent les traitements et la prévention des troubles de la santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et les troubles du stress post-traumatique (Rehberg, 2015). Au cours des dernières décennies, des organisations comme l'Organisation Mondiale de la Santé, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ou l'organisation non gouvernementale Save the Children ont mis la priorité sur les problématiques de troubles psychologiques dans le secteur des urgences humanitaires (Williamson and Robinson, 2016). Des départements consacrés à la SMSPS ont été créés aux quatre coins du monde. Ces centres travaillent régulièrement avec des organismes locaux afin de promouvoir des soins sur le court et le long terme. La création de ces organismes a pour but de soulager ou soigner les souffrances liées à la santé mentale pendant les crises humanitaires (Tol et al., 2015).

Il est essentiel de développer ce type de programmes puisque la guerre et les conflits fragmentent les sociétés et affaiblissent leurs capacités de reconstruction

(Rokhideh, 2017). Puisque la mémoire des traumatismes et des violences est transmise à travers les générations, l'impact des guerres et des conflits touche également les générations futures. Ces traumatismes intergénérationnels érodent les aspects culturels, physiques et socio-émotifs d'une société (Lehrner and Yehuda, 2018). Les recherches ont montré que les traumatismes post-conflits ont divers impacts sur les sociétés tels que la fragmentation, le déchirement de familles, les affrontements intercommunautaires, la violence et les agressions, la violence basée sur le genre, la baisse de la productivité économique, l'abus de consommation de drogue et d'alcool, la dépression et le suicide (Tinari and Furst, 2020).

Dans ces contextes complexes, porter une attention particulière aux maladies psychiatriques et au bien-être émotionnel – du point de vue biologique, sociologique et psychologique – est de toute évidence extrêmement important. Les programmes de SMSPS sont développés à grande échelle et les organisations non gouvernementales internationales s'efforcent de fournir des services adaptés aux individus, aux groupes et aux communautés se trouvant dans des situations humanitaires critiques. Cependant, l'anthropologie de la santé a commencé à questionner l'utilité d'imposer des programmes de soutien et de soins psychologiques basés sur des principes occidentaux dans toutes les régions du monde (Roepstorff, 2020). D'une part, les interventions liées à la santé mentale peuvent être une manière d'attirer l'attention sur les problèmes humanitaires. D'autre part, ces interventions peuvent être perçues comme une forme de colonialisme moderne. Plus spécifiquement, la communauté humanitaire internationale a formulé de nombreuses critiques sur l'approche excessivement médicalisée lors du traitement des personnes en situation d'urgence humanitaire (Roepstorff, 2020; Watters, 2001). Watters (2001) affirme que dans les contextes de crise humanitaire, l'attention devrait être portée sur les facteurs socio-écologiques qui affectent les individus et non pas sur les traitements biomédicaux qui considèrent souvent les individus comme des « victimes passives ».

Le champ de la santé mentale et du soutien psychosocial utilise une approche appelée « la pyramide d'interventions » du Comité Permanent Inter-Organisations (CPI), qui a été créée par l'IASC en 2006 (O'Connell et al., 2021). Cette approche a pour but de catégoriser les interventions ciblant les phases de rétablissement et de prévention. La phase de rétablissement favorise la construction de résilience au sein des communautés, le renforcement des tissus sociaux ou la création de nouvelles relations sociales afin de surmonter de futures possibles crises (Tol et al., 2015). La phase de prévention inclut un soutien psychologique

qui permet d'aider les personnes affectées par les crises à se reconstruire et à se relever. Cette phase a également pour but d'éviter que certains symptômes deviennent pathologiques (par exemple, les troubles du stress post-traumatique), (Tol et al., 2015; O'Connell et al., 2021).

La décolonisation

Pour Andreotti et al. (2015), le terme « décolonisation » touche au droit à l'auto-détermination et questionne ainsi l'idée de la suprématie blanche. La décolonisation, d'après Tomaselli (2016), est accomplie à travers le développement de formes d'autonomie pour toutes les personnes indigènes, ce qui inclut des formes d'autonomie gouvernementale et d'indépendance économique. Le processus de décolonisation est davantage mis à l'épreuve pendant des périodes de crise humanitaire (Andreotti et al., 2015).

Arthur Kleiman, dans son texte *Social Suffering* (1997) propose une analyse critique des interventions liées aux problèmes sociaux qui seraient influencées par une dynamique de pouvoir et de colonisation. Dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial, questionner les intentions se cachant derrière les interventions est inévitable, tout particulièrement lorsque ces interventions sont coordonnées par des organisations non gouvernementales. Alors que de récentes recherches ont analysé les relations entre la santé mentale de manière générale et la sauvegarde des dynamiques de pouvoir (Kola et al., 2021), la plupart des agences internationales n'ont pas proposé de réponses concrètes à cette problématique. Si les philanthropes et les donateurs n'apprécient guère voir le mot « colonisation » dans une demande de subvention, les programmes d'aide humanitaire n'adoptant pas de vision critique sur ce point seront incapables de proposer une approche respectueuse des cultures locales dans le contexte des soins en santé mentale.

(...) questionner les intentions se cachant derrière les interventions est inévitable, tout particulièrement lorsque ces interventions sont coordonnées par des organisations non gouvernementales.

Selon Bojuwoye et Sodi (2010), la colonisation en SMSPS est profondément ancrée dans l'approche occidentale, qui intègre souvent des pratiques conventionnelles de psychothérapie occidentale. Malgré les limites évidentes de la pratique occidentale corps-esprit dans de nombreux pays du Sud où une approche holistique est souvent

adoptée dans les soins traditionnels, les programmes SMSPS ne parviennent pas toujours à intégrer les praticiens locaux, sous prétexte que leurs méthodes ne sont pas fondées sur des preuves (Finnstrom, 2008).

Depuis son intégration dans les pratiques du monde humanitaire, la SMSPS fait face à des tensions dans le domaine du travail communautaire. Cela s'explique par le fait que le cadre qui guide la SMSPS représente les différents contextes culturels et socio-politiques des communautés dans lesquelles elle est mise en œuvre. Bojuwoye et Sodio (2010) insistent sur l'importance de mettre en pratique les techniques de guérison et les pratiques thérapeutiques traditionnelles dans les contextes liés à la santé mentale lors de crises humanitaires. Puisque le secteur de l'aide humanitaire touche des événements où l'exposition à des situations traumatisantes est évidente, il est important d'avoir des praticiens qui utilisent des méthodes de guérison locales. Il est également essentiel que les programmes prennent en considération la perception négative que de nombreuses communautés ont envers les pratiques liées à la santé mentale.

Le relativisme culturel

Le terme de « relativisme culturel » est défini par Schwartz (1996) comme la faculté de comprendre une culture et ses normes sociales à travers le regard de sa population. L'objectif de cette approche est d'encourager la compréhension de pratiques culturelles tout en permettant à une population de vivre en accord avec ses croyances et ses normes. Concernant la santé mentale, le concept de relativisme culturel peut être appliqué en intégrant le fait que les pratiques et les traditions d'une société ont un impact sur la manière dont les soins sont apportés mais aussi en proposant d'aborder la santé mentale différemment, avec une approche qui respecte les cultures locales.

La gouvernance thérapeutique

La gouvernance thérapeutique est définie par Pupavac (2001) comme un moyen de contrôle par lequel des organisations à but non lucratif et des organismes internationaux cherchent à évaluer et gérer le risque en situation d'urgence, tout en incarnant les valeurs et les intérêts des pays du Nord. Par conséquent, selon Rehberg (2015), les programmes de soutien psychosocial peuvent être perçus comme des programmes déshumanisant les pays économiquement moins développés et les cultures du Sud. Rehberg suggère également que la gouvernance thérapeutique, dans le contexte d'interventions psychologiques et d'autres programmes liés au bien-être mental, pourrait impacter la manière dont les

professionnels du secteur (les travailleurs sociaux, les psychologues et les praticiens en santé mentale) perçoivent ce qui semble être l'intervention la plus adaptée en cas d'urgence.

La localisation

La recherche et le milieu universitaire n'ont pas encore établi une définition précise de la notion de localisation. Toutefois, le Mouvement International de la Croix Rouge et du Croissant Rouge la définit comme tel : « un procédé de reconnaissance, de respect, de soutien à l'autonomie de la gouvernance et du processus décisionnel par les acteurs nationaux de l'action humanitaire, afin de mieux répondre aux besoins des populations affectées » (IFR, 2018, p.2). Le principal objectif de la localisation est d'améliorer l'aide humanitaire en apportant des services fiables, peu coûteux, qui incluent l'ensemble de la population concernée par la crise humanitaire et des services faits sur mesure pour les populations dans le besoin (Van Brabant et Patel, 2018).

Dans cette approche, les organismes locaux et les organisations humanitaires non gouvernementales jouent un rôle primordial. Ils ont une force unique et significative car ils garantissent une réaction rapide et comprennent les contextes socio-culturels et religieux des populations impactées dans les situations d'urgence. Afin de pouvoir à la fois apporter des réponses immédiates en cas d'urgence et participer à la reconstruction et au développement, il est nécessaire d'adopter une approche pluridisciplinaire et la localisation répond à ce besoin (Van Brabant et Patel, 2018). Pour le secteur de la santé mentale et du soutien psychosocial, le principal objectif de la localisation serait de maximiser les intérêts des acteurs sur place, mais aussi la collaboration entre les services nationaux et internationaux (Tol et al., 2015)

L'approche Cluster

L'approche Cluster ou approche du principe de responsabilité sectorielle est un mécanisme utilisé par les Nations Unies qui sert à coordonner des services rendus aux individus durant et à la suite d'une urgence humanitaire (Abaya et al., 2020). En 2020, plus de 36 pays ont été reconnus en tant que « clustered countries », à savoir les pays utilisant ce système. Ces clusters ou groupes sectoriels incluent diverses thématiques telles que la nutrition, l'eau et l'hygiène, les violences basées sur le genre et la santé. Chaque cluster assure la coordination entre les différentes interventions humanitaires qui fournissent des services dans un contexte particulier. Ces clusters sont généralement

supervisés par des agences des Nations Unies (Abaya et al., 2020).

L'approche Cluster ainsi que sa mise en place sont complexes et bureaucratiques (Olu et al., 2015). Entre les agences des Nations Unies de Genève et de New York et entre les individus et les communautés qui finissent par bénéficier des services de santé mentale, de nombreux niveaux d'organisation existent. Chaque niveau possède ses propres motivations, qui peuvent inclure une ambition de pouvoir politique ou encore la recherche de financement ou le prestige (Roepstorff, 2020). Chaque niveau est composé de professionnels et non-professionnels qui, à cause de la mondialisation et du nombre élevé d'ONG fournissant un soutien psychologique, viennent de différents horizons et possèdent une compréhension de la situation et des motivations différentes. Lorsque, pour gérer une situation dans laquelle des adolescentes ont été victimes d'abus sexuels, les lignes directrices sont émises à Genève, il est évident que certaines nuances ne seront pas prises en compte et qu'il y aura un manque de compréhension générale des problématiques liées à la santé mentale existant réellement sur le terrain.

Lorsque (...) les lignes directrices sont émises à Genève, il est évident que certaines nuances ne seront pas prises en compte et qu'il y aura un manque de compréhension générale des problématiques liées à la santé mentale existant réellement sur le terrain.

L'augmentation de l'influence, de la prise de décision et de l'accès aux ressources financières des acteurs locaux conduit à une réponse humanitaire plus rapide, plus efficace et plus durable (Manis, 2018). Ceci peut s'expliquer par le fait que les fournisseurs de services locaux en SMSPS possèdent une meilleure connaissance des dynamiques locales, politiques et sociales, ce qui permet une approche culturellement adaptée aux besoins de la communauté (Chan et Shaw, 2020).

De tels avantages sont particulièrement pertinents en ce qui concerne les programmes de protection de l'enfant, notamment lorsqu'on examine le travail multisectoriel. L'approche multisectorielle est basée sur la conviction que la coopération entre les différents clusters des Nations Unies, pendant une urgence humanitaire, renforce les interventions et permet à la population locale de recevoir des services accessibles et adaptés (Chan et Shaw, 2020).

Un exemple de mise en œuvre de cette approche pourrait être un cluster sur l'éducation travaillant avec un cluster sur la protection afin de fournir des services de SMSPS touchant à la fois au soutien émotionnel dans les écoles et à l'accès adéquat aux médicaments (UNICEF, 2018). Puisque le bien-être des enfants à travers le monde dépend de soins psychosociaux, la localisation – et l'appropriation de la localisation – des services de SMSPS est nécessaire. C'est la raison pour laquelle une approche localisée offre une chance de mettre en lumière l'importance de l'accès aux services et d'en améliorer la qualité et l'efficacité tout en reconnaissant le devoir essentiel d'un pays ou d'une région à protéger ses citoyens – même dans les endroits où l'accès au soutien psychosocial est limité (Roepstorff, 2020).

La présente étude

Sur la base des cadres théoriques présentés ci-dessus, il est urgent de combler l'écart existant entre la colonisation continue des modalités thérapeutiques occidentales et l'ambition de l'ONU de localiser les services. Cet article vise à répondre à des questions spécifiques afin de fournir une image cohérente et factuelle des efforts de financement et de localisation des services de SMSPS, notamment :

1. Quelle a été la contribution financière de l'ONU pour soutenir la localisation des services humanitaires de SMSPS dans les pays économiquement moins développés entre 2017 et 2021 ?
2. Quels ont été les principaux secteurs bénéficiant d'un financement humanitaire localisé lié à la SMSPS dans les pays économiquement moins développés entre 2017 et 2021 ?

Méthodologie

Design

Une évaluation des résultats a été menée pour cet article. L'évaluation a mesuré le financement des organisations locales de base dans l'apport de services de SMSPS dans les pays économiquement moins développés, afin de déterminer si et dans quelle mesure les objectifs de localisation des services de SMSPS, fixés par le Grand Bargain des Nations Unies, ont été atteints.

Des méthodes d'analyse quantitative des données ont été sélectionnées afin d'avoir une image claire du montant des fonds consacrés à la localisation des services de SMSPS depuis le Grand Bargain. C'est pourquoi une analyse des transferts de fonds a été réalisée. Cette recherche pourrait inciter les donateurs et les agences des Nations Unies à financer les efforts de localisation de

services et le renforcement des capacités, en fournissant une vue d'ensemble des domaines où ils font défaut.

Échantillon

Toutes les données ont été collectées à partir du système de surveillance financière de l'ONU (FTS) afin d'évaluer comment la localisation a été renforcée dans les pays en voie de développement par l'établissement de priorités dans le domaine du financement humanitaire. L'étude comprend des données provenant de 40 agences internationales et gouvernements qui financent des activités humanitaires de SMSPS dans les pays économiquement moins développés. Ces données comprennent des informations sur les montants transférés par les donateurs et les organisations internationales aux agences locales dans les pays économiquement moins développés entre 2017 et 2021. La faisabilité de cette évaluation est élevée puisque le FTS inclut la plupart des financements que les gouvernements rapportent aux Nations Unies dans ce secteur.

L'échantillon comprenait les organisations suivantes :

- Organisations locales - enregistrées dans un seul pays, avec leur siège dans le même pays où les activités sont menées.
- Organisations fournissant des services de SMSPS
- Organisations recevant un financement direct d'organisations internationales
- Organisations enregistrées dans le système de surveillance financière de l'ONU (FTS)

Mesures

La variable était la contribution financière (en USD) par année (entre 2017 et 2021) allouée à l'un des services suivants : interventions en matière de santé mentale comprenant une psychothérapie ou des médicaments psychotropes ; création d'espaces informels adaptés aux besoins de l'enfant ; soutien à la formation en matière de SMSPS pour les prestataires de services ; toute gestion directe de cas avec des individus dans les pays économiquement moins développés.

La SMSPS n'étant pas un secteur autonome, la variable de la contribution financière de 2017 à 2021 a été analysée à travers six secteurs : la santé ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) ; les violences basées sur le genre ; la nutrition ; la protection et le logement.

Les deux questions au centre de cette recherche ont été mesurées à l'aide du FTS. Toutes les données rapportées au FTS – y compris par les organisations locales qui fournissent des services de SMSPS – sont collectées,

traitées et publiées. On parle alors de « financement total déclaré », qui indique uniquement le financement direct. Cette base de données a été utilisée pour analyser le financement humanitaire dans tous les secteurs entre 2017 et 2021, en d'autres termes, le financement des cinq dernières années.

Cette analyse des financements s'est construite sur la recherche des mots-clés associés à la SMSPS mentionnés dans la description du financement dans le FTS. Plus spécifiquement, l'analyse s'est concentrée sur les financements attribués aux acteurs locaux et nationaux (tels que les ONG locales, les ONG nationales et les gouvernements nationaux). Les mots-clés recherchés dans la description du financement étaient les suivants : MHPSS (SMSPS), mental health (santé mentale), PSS (Psychosocial Support Services - Services de soutien psychosocial), psychosocial, Child Friendly Space (espace adapté aux enfants) ainsi que son abréviation anglophone CFS. Les équivalents français et espagnols ont également été recherchés. Les données ont été extraites du FTS le 17 janvier 2022.

Analyse des données

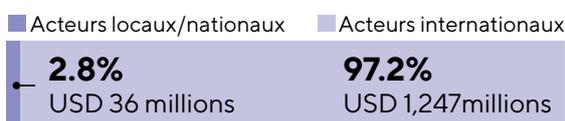
Les données, analysées à l'aide de Microsoft Excel, ont permis d'observer s'il existait une tendance pour les contributions financières faites entre 2017 et 2021 dans les secteurs humanitaires de la santé, de WASH, de la violence liée au genre, de la nutrition, de la protection et du logement. Le niveau de mesure est continu. Des statistiques descriptives ont également été examinées.

Résultats

Dans cette section, nous présentons les résultats de l'analyse quantitative.

Une vue d'ensemble : les montants attribués pour le financement de la SMSPS

Figure 1 : Le financement avec un mot-clé en lien avec la SMSPS dans le FTS entre 2017 et 2021

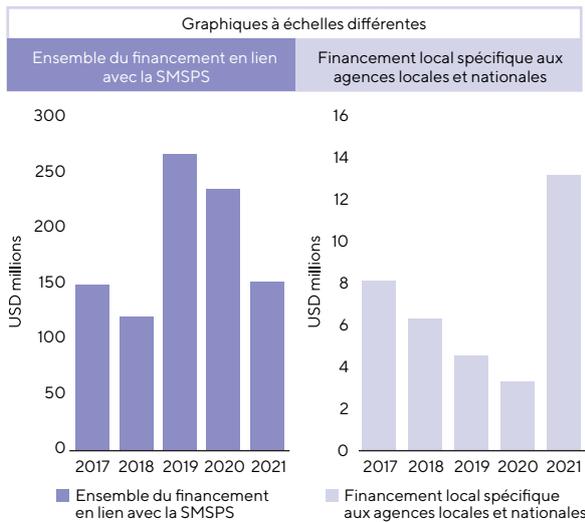


Comme le montre la Figure 1, moins de 3% des fonds identifiés comme étant en lien avec la SMSPS vont directement à une organisation locale ou nationale entre 2017 et 2021.

Il est à noter que les acteurs internationaux ayant reçu plus de 30 millions de dollars américains au cours des cinq dernières années étaient : KfW Banque du Développement - Kreditanstalt für Wiederaufbau (USD 341 millions), l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient - UNRWA (USD 49 millions), le International Rescue Committee - IRC (USD 40 millions), Save the Children (USD 39 millions), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés - UNHCR (USD 38 millions), le Mouvement International de la Croix Rouge et du Croissant Rouge (USD 34 millions) et le Fonds des Nations Unies pour la population - UNFPA (USD 31 millions). Les 36 millions de dollars américains restants sont partagés entre quarante autres acteurs nationaux et internationaux.

Financement global de la SMSPS versus les agences locales et nationales

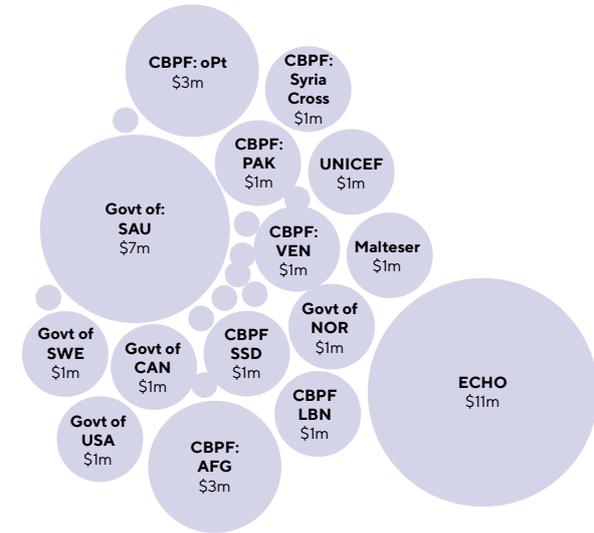
Figure 2 : Ensemble des financements avec des mots-clés associés à la SMSPS versus le financement local spécifique aux agences locales ou nationales (L/NA) entre 2017 et 2021.



La Figure 2 montre que le montant total des financements liés à la SMSPS a varié d'année en année. En 2017, il s'élevait à USD 150 millions pour terminer à USD 154 millions en 2021. Les montants allant directement aux acteurs locaux et nationaux ont diminué au fil des années jusqu'en 2021 où ils ont connu une forte augmentation (+150 % d'augmentation par rapport à 2020).

Fonds de financement commun pour les pays (CBPF) : dons aux agences locales et nationales liées à la SMSPS.

Figure 3 : Répartition du financement en fonction des Fonds de financement commun pour les pays.



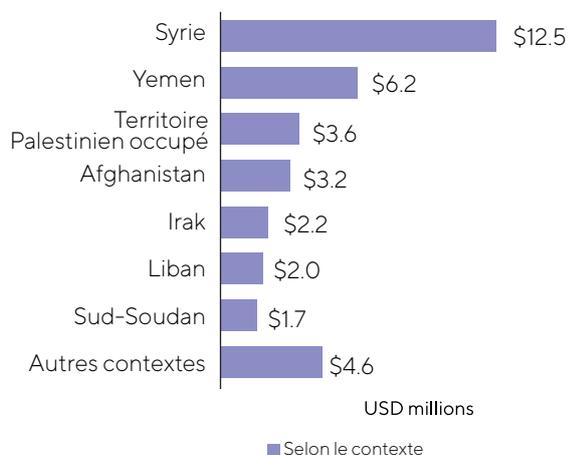
Acronymes :

- CBPF: oPt = Fonds commun pour les territoires occupés de Palestine
- CBPF: Syria Cross = Fond humanitaire pour la Syrie transfrontalière
- Govt of SAU = Gouvernement d'Arabie Saoudite
- Govt of SWE = Gouvernement de Suède
- Govt of CAN = Gouvernement du Canada
- Govt of USA = Gouvernement des Etats-Unis
- CBPF: AFG = Fonds de financement commun pour l'Afghanistan
- CBPF: SSD = Fonds de financement commun pour le Sud Soudan
- Govt of NOR = Gouvernement de Norvège
- CBPF: LBN = Fonds de financement commun pour le Liban
- ECHO : Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission Européenne (ECHO)
- CBPF: VEN = Fonds de financement commun pour le Venezuela
- CBPF: PAK = Fonds de financement commun pour le Pakistan
- UNICEF = Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
- Malteser = Malteser International (Corps international d'aide humanitaire de l'ordre souverain de Malte)

La Figure 3 met en évidence les principaux donateurs du financement direct lié à la SMSPS aux acteurs locaux et nationaux, à savoir le Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission Européenne (ECHO) et le gouvernement d'Arabie Saoudite (l'ensemble des fonds provenant de ces deux donateurs étaient destinés à la Syrie et au Yémen). Toutefois, si nous nous attardons sur le type d'organisation qui contribue aux activités liées à la santé mentale et au soutien psychosocial, les Fonds de financement commun arrivent en première place. En effet, 34% de la totalité des fonds sont identifiés comme provenant des Fonds de financement commun, ceci en Afghanistan, dans les territoires palestiniens occupés, à la frontière syrienne, au Sud-Soudan, au Liban, au Pakistan et au Venezuela – qui ont tous contribué plus de USD 500'000. Les Fonds de financement commun pour les pays (CBPF) s'avèrent être un moteur du financement lié à la SMSPS pour les agences nationales et locales.

Principaux bénéficiaires des financements liés à la SMSPS accordés aux agences locales et nationales

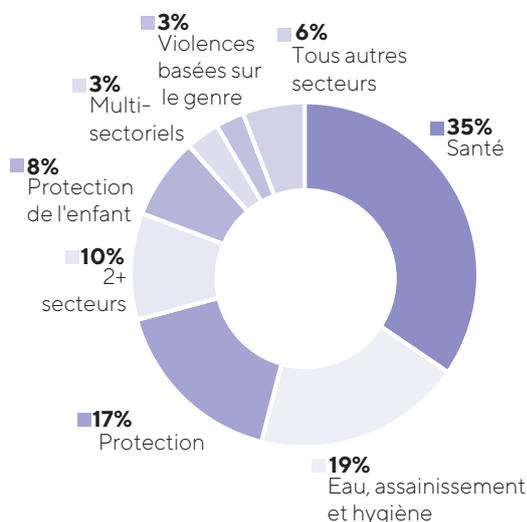
Figure 4 : Financements liés à la SMSPS accordés aux agences locales et nationales, par contexte



La Figure 4 montre qu'au cours des cinq dernières années, dans les situations où plus d'un million de dollars américains a été reçu, six des sept pays se trouvaient au Moyen-Orient. Ceci s'explique en partie par le volume important du financement provenant de ECHO et de l'Arabie Saoudite en faveur de la Syrie et du Yémen. Ceci s'explique également par la présence des Fonds de financement commun. Tous les financements localisés liés à la SMSPS pour l'Afghanistan provenaient des Fonds de financement commun, 85% des financements pour les territoires occupés palestiniens provenaient des Fonds de financement commun. Pour le Liban, ce taux s'élevait à 48 %. Le Moyen-Orient a été le premier bénéficiaire des financements liés à la SMSPS allant aux organismes locaux et nationaux.

Travail multisectoriel avec un financement localisé lié à la SMSPS

Figure 5 : Répartition par secteur des financements localisés liés à la SMSPS



Si nous observons la distribution des 36 millions de dollars alloués aux agences nationales et locales au cours des cinq dernières années, nous observons que le secteur de la santé est celui qui a reçu la plus grande part des financements (35%) suivi par les activités de WASH (19%) et la protection (17%). Les secteurs de la protection de l'enfance (8%) et des violences basées sur le genre (3%) représentent ensemble 11% de la totalité des financements. Avec la protection, ces trois secteurs représentent 28% du financement. 10% du total concernent des financements qui incluent plus d'un secteur, alors que 3% concernent des financements « multisectoriels », considérés historiquement comme un terme générique pour parler des financements associés aux réfugiés. Les secteurs de la santé, de WASH et de la protection sont ainsi les principaux bénéficiaires des financements localisés liés à la santé mentale et au soutien psychosocial.

Discussion

Les résultats montrent une tendance à l'inégalité en matière de financement lié à la santé mentale et au soutien psychosocial pour les organismes locaux et nationaux.

Résultat 1 : Ensemble des financements liés à la SMSPS.

Résumé : Comme le montre la Figure 1, les financements liés à la SMSPS au cours des cinq dernières années ont été répartis de manière disproportionnelle entre les acteurs internationaux et les organismes locaux et nationaux. Alors que plus de 97% du financement sont revenus aux acteurs internationaux, seule une petite portion (3%) a été distribuée à 40 organismes locaux et nationaux dans le monde entier.

Conséquences et recommandations : En nous référant à Tomaselli (2016), selon qui l'indépendance économique est nécessaire pour atteindre la décolonisation, ce premier constat montre que l'indépendance économique n'a pas été une préoccupation pour la communauté humanitaire internationale. Ceci remet profondément en question la volonté de cette communauté à décoloniser le secteur humanitaire. Cela implique que les donateurs internationaux n'ont pas encore saisi l'importance et les avantages de la localisation des services et qu'il existe un fossé entre les ambitions du Grand Bargain et les engagements de la communauté philanthropique internationale.

Par conséquent, il est conseillé que le Secrétaire du Grand Bargain, en collaboration avec le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA - United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) – le bureau en charge de renforcer la réponse internationale aux situations d'urgence et de catastrophes naturelles (Ken

2008) – développe des politiques pour les donateurs internationaux indiquant qu'un certain pourcentage de leurs contributions est alloué directement aux organismes locaux et nationaux.

Autre explication plausible : La recherche par mots-clés prend en compte uniquement les financements dont la description du projet contient un des termes sélectionnés. Il est possible qu'il existe des projets qui n'incluent pas de termes liés à la SMSPS mais qui comportent malgré tout des éléments liés à la SMSPS.

Résultat 2 : Localisation des financements liés à la SMSPS

Résumé : la Figure 2 indique que le financement total lié à la SMSPS a fluctué au fil des années. Elle nous montre également que si l'on compare 2017 (année qui a suivi le Grand Bargain) et 2021 (cinq ans plus tard), il y a eu une légère augmentation des financements. Si nous nous penchons spécifiquement sur les organismes locaux et nationaux, il y a eu une augmentation importante dans le financement en 2021, après quatre années consécutives de baisse des financements.

Conséquences et recommandations : La hausse des financements aux agences locales et nationales que nous pouvons observer en 2021 montre un possible virage positif à travers lequel davantage d'interventions locales et nationales seraient financées. Il est recommandé de mettre en contact les donateurs avec les objectifs de l'organisation qu'ils soutiennent. Ainsi, les donateurs seraient en mesure de financer directement certains domaines d'action de l'organisation.

Autre explication plausible : en raison de la pandémie de Covid 19 en 2020, les besoins pour des services liés à la santé mentale dans les pays économiquement moins développés ont augmenté. Il est donc possible que ce soit pour cette raison que les financements ont eux aussi augmenté. Dans ce cas, cette augmentation n'indiquerait pas une tendance.

Résultat 3 et 4 : Les Fonds de financement commun pour les pays (CBPF) comme moteur du financement des agences locales et nationales (dans le contexte de la SMSPS) et regard sur la situation au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

Résumé : À travers les Fonds de financement commun pour les pays, les donateurs peuvent regrouper leurs dons en un seul fond et soutenir ainsi une opération humanitaire locale. Ceci permet aux partenaires humanitaires présents sur place d'apporter une aide éthique, coordonnée et rapide. La Figure 3 indique que les plus importants donateurs pendant cette période étaient ECHO et le gouvernement d'Arabie Saoudite et que leurs dons étaient destinés à soutenir le Yémen et

la Syrie. De plus, la Figure 4 montre une concentration importante d'aide apportée dans les régions du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord.

Conséquences et conseils : les données du FTS n'ont pas encore été publiées pour l'année 2022 et puisque ECHO est basé en Europe, il est probable qu'une plus grande partie des financements soit dirigée vers la crise ukrainienne qui s'est intensifiée en février 2022 (WHO, 2022). Cette évolution probable montre que malgré le fait que des contributions spécifiques aient été faites à des agences locales et nationales, il existe un déséquilibre notoire entre les régions ou les continents. Par exemple, l'Éthiopie, bien que connaissant un conflit au Tigré depuis 2020, n'est pas une priorité pour les Fonds de financement commun des pays. Pour cette raison, il est recommandé à OCHA de surveiller la distribution équitable des dons dans les différentes régions du monde, afin d'éviter les biais politiques qui impactent le soutien financier aux organismes locaux et nationaux.

Autre explication plausible : Les financements allant aux organismes locaux et nationaux via des intermédiaires ne sont souvent pas enregistrés par le FTS. Par conséquent, il se peut qu'il y ait eu davantage de financements directs via les Fonds de financement commun des pays qui n'apparaissent pas dans la base de données. De plus, les données pour 2022 n'ont pas encore été publiées et des tendances différentes pourraient apparaître, compte tenu de l'escalade des conflits en Ukraine et en Éthiopie.

Résultat 5 : Travail multisectoriel avec financement localisé lié à la SMSPS

Résumé : La Figure 5 montre qu'au sein du financement allant aux organismes locaux et nationaux, la santé a reçu la majorité des fonds liés à la SMSPS (35%), suivi par la WASH (19%), alors que les secteurs de la protection de l'enfant et de la violence basée sur le genre reçoivent en cumulé 28% des fonds restants.

Conséquences et recommandations : Ces résultats montrent qu'en termes de coordination des services liés à la SMSPS, l'approche prévalente est une approche biomédicale. Comme mentionné dans la présentation des concepts-clés, dans des contextes de santé mentale, un usage trop prononcé de l'approche médicale contribue à dépeindre les individus dans les situations humanitaires comme des « victimes passives » (Watter, 2001). Les résultats suggèrent que lorsqu'il s'agit de problèmes liés à la santé mentale, une importante partie du financement soutient l'usage de médicaments psychotropes et autres traitements médicaux, plutôt que les interventions des communautés qui utilisent les atouts et les ressources locales comme catalyseurs de guérison et d'amélioration du bien-être mental. Il est par

conséquent recommandé que OCHA utilise sa capacité de surveillance pour créer des politiques de financement qui soutiennent les interventions liées à la SMSPS dans le secteur de la protection.

Autre explication possible : Comme mentionné précédemment, les financements des organismes locaux et nationaux avec intermédiaire ne sont souvent pas captés par le FTS, ce qui pourrait impacter les résultats. Par conséquent, il aurait pu y avoir plus ou moins de contributions pour chaque secteur. De plus, même si le secteur de la santé utilise de manière prééminente des traitements médicaux, comme l'usage de psychotropes, les interventions co-sectorielles sont difficiles à repérer. Par ailleurs, des interventions localisées ont pu être réalisées par le secteur de la santé, sans que cela soit documenté.

Limites et réserves

Il est important de relever qu'il existe plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, une recherche par mots-clés met uniquement en évidence les financements dont un des mots-clés recherchés figure dans la courte description du projet. Cependant, il est probable que plusieurs projets liés à la santé mentale n'incluent aucun terme faisant référence à la SMSPS. L'inverse est également possible ; si la description d'un financement comporte des termes liés à la SMSPS, il est possible qu'il ne s'agisse pas d'un projet portant exclusivement sur la SMSPS.

Compte tenu de l'approche méthodologique consistant en une recherche par mots-clés, il est impossible de tenir compte de ces deux éléments. Par conséquent, il convient de prendre des précautions lors de l'interprétation des résultats. Les chiffres ne devraient pas être interprétés comme représentant une vision définitive mais devraient être interprétés comme une indication de la situation générale. Une autre mise en garde importante concerne les financements listés dans le FTS. En effet, le FTS ne saisit qu'une partie de l'ensemble des mouvements financiers. Par exemple,

le FTS peut montrer que le gouvernement des Etats-Unis a donné des fonds à l'UNICEF pour la protection de l'enfant au Bangladesh. Cependant, dans la plupart des cas, le FTS ne rendra pas compte des flux allant d'UNICEF au Bangladesh vers un acteur local recevant une partie de ce financement. En d'autres termes, le financement des organismes locaux et nationaux avec intermédiaire n'est souvent pas listé par le FTS. Ainsi, lors de l'interprétation des résultats, il faut considérer que ceux-ci représentent plus précisément le financement direct que le financement indirect qui est probablement bien plus élevé.

Suggestions pour une évaluation plus approfondie

Compte tenu des limites concernant la mesure des financements indirects, il est vivement conseillé de poursuivre l'évaluation des contributions financières faites aux agences locales et nationales via un intermédiaire. Pour ce faire et afin de collecter toutes les sources d'information possibles concernant les contributions financières, une collaboration entre le FTS, OCHA et le Secrétaire du Grand Bargain serait essentiel. De plus, il serait nécessaire d'obtenir la coopération des donateurs les plus importants tels que le gouvernement d'Arabie Saoudite ou ECHO et l'interprétation de leurs rapports financiers annuels.

Une évaluation plus approfondie est souhaitable afin de mesurer les effets du financement des organismes locaux et nationaux sur les services liés à la SMSPS et de comparer les services qui bénéficient de financements et ceux qui n'en bénéficient pas. Il est recommandé de réaliser des entretiens avec des informateurs clés et de les baser sur les six paramètres de localisation retenus par les Nations Unies afin d'évaluer le Grand Bargain, qui incluent la qualité des partenariats, le financement, la capacité, la coordination, la politique et la participation locale (Featherstone, 2019).

Bibliographie

- Andreotti, V., Stein, S., Ahenakew, C., and Hunt, D. (2015). Mapping Interpretations of decolonisation in the Context of Higher Education. *Decolonisation: Indigeneity, Education and Society*, 4(1), 21-40.
- Bedi, R. P. (2018). Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counselling and psychotherapy outcomes are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Archives of Scientific Psychology*, 6(1), 96.
- Bojuwoye, O., and Sodi, T. (2010). Challenges and opportunities to integrating traditional healing into counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(3), 283-296.
- Cabral, A. (1979). *Unity and struggle: Speeches and writings of Amilcar Cabral* (Vol. 3). NYU Press.
- Chan, E. Y. Y., and Shaw, R. (2020). *Public health and disasters*. Springer Singapore.
- Cullen, P., McCorriston, S., and Thompson, A. (2021). The "Big Survey": Decolonisation, Development and the First Wave of NGO Expansion in Africa After 1945. *The International History Review*, 1-30.
- Esmail, K. (2022). The Localisation Agenda and its Effects on Humanitarian Operations: A Comparative Case Study of Haiti and Bangladesh. (Dissertation, Uppsala University).
- Featherstone, A. (2019). *NEAR Localisation performance measurement framework*.
- Finnström, S. (2008). *Uprooting the pumpkins. In Living with Bad Surroundings*. Duke University Press.
- Gómez, O. A. (2021). Localisation or deglobalisation? East Asia and the dismantling of liberal humanitarianism. *Third World Quarterly*, 42(6), 1347-1364.
- Gray, M., Coates, J., Bird, M. Y., and Hetherington, T. (Eds.). (2016). *Decolonising social work*. Routledge.
- Hannum, H., and Lillich, R. B. (1980). The concept of autonomy in international law. *Am. J. Int'l L.*, 74, 858.
- IFRC. (2018). *IFRC Policy Brief – Localisation: What It Means and How to Achieve It?*, <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2018/05/Localisation-external-policybrief-4-April.pdf>
- Keen, D. (2008). *Complex emergencies*. Polity.
- Kleinman, A., Das, V., Lock, M., and Lock, M. M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. Uni of California Press.
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., ... and Patel, V. (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: Reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 535-550.
- Lehrner, A., and Yehuda, R. (2018). Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 22.
- Lund, E. M. (2020). Interpersonal violence against people with disabilities: Additional concerns and considerations in the COVID-19 pandemic. *Rehabilitation psychology*, 65(3), 199.
- Manis, A. (2018). *Cost-effectiveness in humanitarian aid: localisation programming*. K4D Helpdesk. Brighton, UK: Institute of Development Studies
- Metcalfe-Hough, V., Fenton, W., Willitts-King, B., and Spencer, A. (2021). *The Grand Bargain at five years: an independent review*.
- Olu, O., Usman, A., Woldetsadik, S., Chamla, D., and Walker, O. (2015). Lessons learnt from coordinating emergency health response during humanitarian crises: a case study of implementation of the health cluster in northern Uganda. *Conflict and Health*, 9(1), 1-9.
- Pupavac, V. (2001). Therapeutic governance: Psycho-social intervention and trauma risk management. *Disasters*, 25(4), 358-372.
- Rehberg, K. (2015). Revisiting therapeutic governance: The politics of mental health and psychosocial programs in humanitarian settings. *American Journal of Medical Research*, 2(2), 139-169.
- Roepstorff, K. (2020). A call for critical reflection on the localisation agenda in humanitarian action. *Third World Quarterly*, 41(2), 284-301.
- Rokhideh, M. (2017). Peacebuilding and psychosocial intervention: the critical need to address everyday post conflict experiences in northern Uganda. *Intervention*, 15(3), 215-229. Chicago.
- Sewpaul, V., and Henrickson, M. (2019). The (r)evolution and decolonisation of social work ethics: The Global Social Work Statement of Ethical Principles. *International Social Work*, 62(6), 1469-1481.
- Swartz, L. (1996). Culture and mental health in the rainbow nation: transcultural psychiatry in a changing South Africa. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 33(2), 119-136.
- Tamburro, A. (2013). Including decolonisation in social work education and practice.

Tay, A. K., Riley, A., Islam, R., Welton-Mitchell, C., Duchesne, B., Waters, V., ... and Ventevogel, P. (2019). The culture, mental health, and psychosocial wellbeing of Rohingya refugees: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 489-494.

Tefera, G. M. (2022). Decolonising Social Work Practice: A Case from Ethiopian Refugee Settings. *Journal of Social Service Research*, 1-12.

Tol, W. A., Purgato, M., Bass, J. K., Galappatti, A., and Eaton, W. (2015). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: a public mental health perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(6), 484-494.

Tomaselli, A. (2016). Exploring indigenous self-government and forms of autonomy. In *Handbook of Indigenous Peoples' Rights* (pp. 83-100). Routledge.

UNICEF. (2018). *Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings*.

Van Brabant, K., and Patel, S. (2018). Localisation in practice: emerging indicators and practical recommendations. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Localisation-In-Practice-Full-Report-v4.pdf>.

Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social science and medicine*, 52(11), 1709-1718.

Williamson, J., and Robinson, M. (2006). Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being. *Intervention*, 4(1), 4-25.

World Health Organisation. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*.

World Health Organisation. (2022). *Ukraine crisis. Public health situation analysis: refugee-hosting countries, 17 March 2022* (No. WHO/EURO: 2022-5169-44932-63918). World Health Organisation. Regional Office for Europe.

Cette publication est rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Le contenu de cette publication engage uniquement la responsabilité de l'auteur et ne reflète pas nécessairement les points de vue d'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

