



Diplôme Universitaire

Parcours : Pair-aidance en santé mentale et neurodiversité

Mémoire de fin d'études – 2025

La pair-aidance humanitaire en santé mentale, un maillon de la chaîne de l'accompagnement psychosocial des humanitaires ?

Sarah VERRIER

Sous la direction de Genny DALSASSO
Psychologue – Psychothérapeute OFSP – Centre Istós, Sion, Suisse

Membres du jury : Estelle BENNASAR et Lotfi BECHELLAOUI

*A toutes celles et ceux qui accordent de leur temps et énergie à aider leurs prochains,
chaque jour, quel que soit les circonstances,
pour défendre ce qu'il reste de l'humanité de ce monde.*

*A mes collègues et amis palestiniens, à vos familles, vos proches, votre communauté.
Mon cœur est avec vous.*

Remerciements

Je ne peux commencer ces remerciements sans une pensée particulière pour Hélène Ros et toute l'équipe de l'association CoCreate Humanity. J'ai découvert le concept de pair-aidance en santé mentale suite à votre rencontre au cours de l'été 2023. Cela a marqué le début d'une aventure pleine de rebondissements, de découvertes et de nombreux apprentissages. J'ai été amenée à sortir de ma zone de confort, toujours avec bienveillance et une confiance sans faille. Merci pour vos sourires, vos encouragements et votre soutien.

Merci à toute l'équipe pédagogique du D. U. de pair-aidance en santé mentale et neurodiversité de Lyon :

- Professeur Nicolas Franck, pour votre travail au quotidien qui permet le développement de la pair-aidance en France, mais pas que, et votre ouverture d'esprit face à de nouvelles approches de la santé mentale (la rencontre avec Ngarino TE WAATI et son équipe du Centre de formation Te Whare Āio, Auckland, restera pour moi un moment fort de cette année) ;
- Fabrice Saulière et Estelle Bennasar pour la coordination pédagogique tout au long de l'année, pour votre disponibilité et implication dans cette formation essentielle ;
- Estelle Bennasar, à nouveau, et Lotfi Bechellaoui, membres du jury, pour votre intérêt pour la thématique de mon mémoire et votre bienveillance ;
- Anta Seye, secrétaire du D.U., pour votre accueil et votre travail derrière la scène sans lequel rien ne serait possible ;
- Et enfin, un grand merci à toutes les intervenantes et tous les intervenants passionnés et donc passionnants qui ont fait le déplacement jusqu'au Centre hospitalier du Vinatier.

Ces douze jours de formation ont été riches en apprentissage, notamment grâce à la participation active et à l'implication de mes pairs de formation. Merci à vous.

J'ai eu la chance d'être accompagnée tout au long de ce travail par une personne dont la bienveillance, la douceur et les encouragements m'ont guidé à chaque étape. Un grand merci à Genny Dalsasso d'avoir accepté le rôle de directrice de mémoire. Ta disponibilité, malgré les circonstances parfois difficiles, tes conseils et questions m'ont

aidé à structurer ma pensée, à pousser la réflexion plus loin tout en gardant à l'esprit l'objectif de cette recherche. Ton soutien a fait une grande différence pour moi.

Je tiens également à remercier toute l'équipe du RéPSY de la Drôme : Yvana Salsetti, Patricia Champelovier et Nora Teboul. Merci pour votre accueil, bienveillance et partages tout au long de mon stage. J'ai beaucoup appris à vos côtés et cette expérience a renforcé ma conviction qu'il est essentiel d'aider ceux qui aident, dans tous les secteurs.

Lorsqu'on ose demander de l'aide, de nouvelles portes s'ouvrent. Un grand merci à Baptiste Alleaume. Nos chemins se sont croisés il y a peu de temps mais je suis très reconnaissante du temps que tu m'as consacré, pour échanger sur le soutien psychosocial des travailleurs humanitaires mais également pour la relecture de ce mémoire.

Ce travail n'aurait pas la même valeur sans la contribution des travailleurs et des organisations humanitaires. Merci à toutes les personnes qui ont répondu au questionnaire en ligne et aux membres des organisations avec lesquelles j'ai pu m'entretenir. Encore beaucoup peut être fait pour améliorer l'accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires à travers le monde. Ce n'est qu'en travaillant ensemble, en complémentarité, que les solutions proposées seront à la hauteur des besoins de chacun et des enjeux du moment.

Cette dernière année n'aurait pas été réalisable sans les soutiens multiformes de mes proches. Emilie, ta confiance, ton amitié et ta générosité m'ont permis de trouver un lieu d'ancrage dans ton petit nid lyonnais et une pause ressourçante entre tous mes déplacements en France et à l'étranger. Une pensée également à mes amis et ma famille pour leurs encouragements. Vous vous reconnaîtrez.

Enfin, une pensée pour tous les travailleurs humanitaires d'hier et d'aujourd'hui qui œuvrent chaque jour pour défendre le principe d'humanité, pourtant mis à mal aux quatre coins de la planète.

Résumé : (entre 5 et 10 lignes)

La pair-aidance en santé mentale se développe rapidement dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. Cette pratique reste encore émergente pour l'accompagnement des travailleurs humanitaires. Pourtant, il est reconnu au sein de la communauté humanitaire que le soutien psychosocial du personnel doit être amélioré. Cette étude vise à évaluer si la pair-aidance humanitaire en santé mentale permettrait un meilleur accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires expatriés. Sur la base de l'analyse des résultats d'un questionnaire en ligne, d'entretiens semi-directifs et de la littérature existante, cette pratique détient le potentiel d'améliorer l'accompagnement des humanitaires, de par le développement d'une culture psychosociale protectrice et un accompagnement au plus proche des besoins du personnel humanitaire. Le respect de certains prérequis sera indispensable pour assurer l'articulation et la complémentarité avec les dispositifs de soutien psychosocial déjà existants.

Mots-clés : (entre 4 et 10 mots-clés)

Pair-aidance, santé mentale, travailleur humanitaire, action humanitaire, soutien psychosocial, accompagnement psychosocial, culture psychosociale

Autorisation de diffusion

Cette autorisation concerne la diffusion du présent mémoire dans le catalogue de la bibliothèque du centre ressource de réhabilitation psychosociale (CRR), accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/la-bibliotheque>

- Une notice bibliographique sera établie dans le catalogue, incluant un résumé et l'accès au texte intégral du document en version pdf.
- La présente autorisation ne saurait être source de responsabilité pour le CRR sur le contenu de l'œuvre dont l'auteur-trice demeure seul-e responsable.
- La présente autorisation est consentie sans limitation de temps et emporte renonciation à toute rémunération pour la diffusion précisée ici.
- L'auteur-trice peut retirer l'autorisation de diffusion à tout moment, en avisant le représentant légal du CRR. L'œuvre sera alors retirée dans les meilleurs délais.

J'autorise la mise en ligne de la version électronique de mon travail sur le portail documentaire du Centre ressource de réhabilitation psychosociale - sous réserve de sélection de mon mémoire par le jury (note supérieure ou égale à 16/20) (cochez la case correspondante) :

OUI NON

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACF : Action Contre la Faim

ALNAP : Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action

ATIA : association spécialisée dans la conception et la réalisation de programmes de développement, issue de l'ONG Inter Aide

CDRO (Asociación) : Asociación Cooperación para el Desarrollo Rural de Occidente

AQRP: Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

CCH : CoCreate Humanity

CICR : Comité international de la Croix-Rouge

CPI : Comité permanent inter-organisations

HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

HI : Handicap International – Humanité & Inclusion

IECD : Institut Européen de Coopération et de Développement

INSO : International NGO Safety Organization

IRC : International Rescue Committee

MAG : Mines Advisory Group

MSF : Médecins Sans Frontières

MSF OCG : Médecins Sans Frontières Operational Center of Geneva

NRC : Norwegian Refugee Council

ONG : Organisation non-gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PAHSM : Pair-aidance humanitaire en santé mentale

RNCP : Registre National des Certifications Professionnelles

SCI : Save the Children International

TGH : Triangle Génération Humanitaire

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

UN : United Nations (= Organisation des Nations Unies)

WHH : Welthungerhilfe

WVI : World Vision International

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
LE TRAVAIL HUMANITAIRE ET LA PAIR-AIDANCE EN SANTE MENTALE	3
Définitions des concepts clés	3
<i>Humanitaire : de l'action aux travailleurs</i>	<i>3</i>
<i>La pair-aidance humanitaire en santé mentale (PAHSM).....</i>	<i>5</i>
<i>L'accompagnement psychosocial.....</i>	<i>8</i>
Les humanitaires : une population exposée	9
La responsabilité des acteurs humanitaires	12
RIEN SUR NOUS SANS NOUS : ENQUETE AUPRES DES ACTEURS HUMANITAIRES.....	14
Présentation de la recherche.....	14
<i>Le questionnaire en ligne.....</i>	<i>14</i>
<i>Les entretiens semi-directifs</i>	<i>15</i>
Résultats de l'enquête	15
<i>Les résultats du questionnaire en ligne</i>	<i>15</i>
<i>L'entretien semi-directif</i>	<i>19</i>
LA PAHSM, UN MAILLON DE LA CHAINE DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DES HUMANITAIRES ?	22
Analyse comparée des résultats de l'étude.....	22
<i>La PAHSM a-t-elle une place dans la chaîne de l'accompagnement psychosocial des humanitaires ?</i>	<i>22</i>
<i>La PAHSM, synonyme d'un meilleur accompagnement psychosocial des humanitaires expatriés ?</i>	<i>27</i>
<i>La PAHSM, un dispositif à co-construire.....</i>	<i>31</i>
Les limites et biais de ce travail de mémoire	34
CONCLUSION.....	35
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
TABLE DES ANNEXES	41

INTRODUCTION

Les problématiques de santé mentale font, comme pour beaucoup, partie de ma vie depuis l'enfance, ayant été confrontée très tôt dans mon environnement familial à la dépression, le suicide et les troubles psychiques. Malgré cela, ou peut-être grâce à cela, j'ai construit ma vie avec comme fil conducteur l'envie d'aider, l'envie de rendre ce monde un peu meilleur, à mon échelle, en gardant autant que possible comme valeurs directrices l'entraide, la solidarité, la compassion et la justice. J'ai rejoint le secteur humanitaire en 2010 et eu l'opportunité de travailler dans de nombreux contextes, de l'Afghanistan à la Palestine. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce ne sont pas les contextes d'intervention, parfois difficiles, ou les incidents sécuritaires, de plus en plus fréquents dans le secteur, qui m'ont fait prendre conscience de l'importance de la santé mentale et du bien-être psychologique. Ce sont les pratiques managériales néfastes et les défaillances organisationnelles. Ces dernières ont été les causes principales d'un burnout puis d'un trouble de stress post-traumatique. Au-delà de travail personnel que j'ai dû entreprendre pour m'en remettre, cela m'a conduit à m'intéresser aux dispositifs, structures et outils existants afin d'accompagner les humanitaires et de promouvoir leur bien-être psychologique et leur résilience. Lorsque j'ai découvert la pair-aidance, en 2023, cela m'a semblé être une évidence, en particulier dans le secteur humanitaire, ayant moi-même été en recherche de personnes pouvant me comprendre, ayant traversé des épreuves similaires, mais également m'accompagner sur mon chemin vers le rétablissement.

J'ai rejoint l'organisation suisse CoCreate Humanity (CCH) en tant que membre bénévole du vivier de pairs-aidants humanitaires en 2024. CCH consiste en une communauté de pairs humanitaires réunis ensemble afin de développer et de promouvoir des solutions intégrales, psychosociales et holistiques pour les travailleurs humanitaires à travers le monde, autour de trois axes de travail : le soutien psychosocial par la pair-aidance humanitaire, le plaidoyer et la sensibilisation, et la formation (CoCreate Humanity, s. d.). Cependant, introduire la pair-aidance comme un maillon de la chaîne constituée par les dispositifs de soutien psychosocial, déjà existants, portés par les acteurs de la solidarité

internationale, ne peut se faire sans professionnalisation. C'est donc naturellement que je me suis lancée dans ce diplôme universitaire en novembre 2024.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai souhaité étudier si la plus-value que peut représenter la pair-aidance humanitaire en santé mentale était une évidence partagée par les autres membres du secteur, au niveau individuel et organisationnel. Malgré l'existence de nombreuses recherches académiques, de ressources et de lignes directrices pour améliorer l'accès au soutien psychosocial depuis plus de vingt ans, il est encore largement reconnu au sein de la communauté humanitaire que celui-ci doit être amélioré et devenir une priorité organisationnelle, voire sectorielle (Cockcroft-McKay et Eiroa-Orosa, 2020, p. 3). Le progrès en la matière ne peut être ignoré mais encore trop d'humanitaires ont du mal à trouver le soutien dont ils ont besoin. La pair-aidance pourrait-elle être une partie de la solution ? C'est pour répondre à cette question que j'ai choisi de me concentrer sur la problématique suivante : *La pair-aidance humanitaire en santé mentale permettrait-elle un meilleur accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires expatriés ?*

Ce mémoire sera divisé en trois parties. En premier lieu, le secteur de la solidarité internationale et les concepts clés de l'action humanitaire et de la pair-aidance seront introduits de façon à situer le cadre théorique de la recherche. Ce mémoire s'adressant à des publics différents, n'étant pas forcément familier avec ces deux domaines, il m'a semblé nécessaire d'y apporter un éclairage pour qu'une compréhension commune soit établie. Dans un deuxième temps, la méthodologie et les résultats de l'enquête auprès des acteurs humanitaires, par le biais d'un questionnaire et d'entretiens guidés, seront présentés. Enfin, la dernière partie permettra une analyse critique des résultats afin d'en tirer des propositions pour l'intégration de la pair-aidance humanitaire en santé mentale aux dispositifs de soutien psychosocial des travailleurs humanitaires déjà existants.

Comme nous le verrons, la pair-aidance repose sur le partage de son savoir expérientiel, ce qui invite à se dévoiler, lorsque cela est pertinent et avec discernement. Dans les pages qui vont suivre, j'apporterais donc une contribution personnelle à la discussion, afin d'illustrer les propos et de mettre en lien la théorie et la pratique.

LE TRAVAIL HUMANITAIRE ET LA PAIR-AIDANCE EN SANTE MENTALE

Le travail humanitaire et la pair-aidance sont des domaines souvent méconnus du grand public. Dans cette première partie, les concepts clés seront expliqués afin de préciser l'angle d'approche de cette recherche, son contexte et ses contours. La littérature existante sur la question de la santé mentale des travailleurs humanitaires sera également analysée pour mettre en lumière les risques psychosociaux inhérents au secteur et leurs impacts.

DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES

Humanitaire : de l'action aux travailleurs

Les actes de solidarité, longtemps liés à la religion et à la charité ont évolué au fil du temps vers une aide humanitaire structurée, notamment en réponse aux horreurs de la colonisation et des guerres des XIX^e et XX^e siècles, avec l'émergence de figures humanistes telles que l'émir Abdelkader et Henry Dunant, qui créa le Comité international de la Croix-Rouge en 1863 (Maietta, 2015 ; Le Cotonnier et Pommier, 2017). De nos jours, reprenant la définition de Rony Brauman, « *l'action humanitaire est celle qui vise, pacifiquement et sans discrimination, à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ses capacités de choix* » (Brauman, 1994). Une définition plus récente de l'action humanitaire met en avant que celle-ci a pour objectif de « *sauver et préserver la vie et la dignité de personnes victimes d'un conflit ou d'une catastrophe* » (Le Cotonnier et Pommier, 2017).

Dans la lignée des recommandations issues du Sommet Humanitaire Mondial de 2016 appelant à « *transcender le fossé entre humanitaire et développement* » (Rahal, 2021) et par souci de clarté, le terme « humanitaire » sera utilisé dans ce mémoire pour qualifier toute organisation, individu ou action contribuant à apporter assistance et secours aux populations suite à des conflits armés, catastrophes naturelles ou crises sanitaires, sur le court et le long terme, dans des actions d'urgence ou de développement.

Le système humanitaire est communément défini comme le « *réseau d'entités institutionnelles et opérationnelles interconnectées à travers lesquelles l'action humanitaire est entreprise lorsque les ressources locales et nationales sont,*

à elles seules, insuffisantes pour répondre aux besoins d'une population en crise. » (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action [ALNAP], 2022). Au fil des années, conflits, défis et enjeux socio-économiques et politiques, les acteurs humanitaires se sont multipliés sous différentes formes, statuts, mandats.

Travaillant en réseau afin d'apporter une assistance aux communautés affectées, les principaux acteurs à citer, parmi ceux dont le mandat principal est la provision de l'aide humanitaire, sont le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, les différentes agences des Nations-Unis, les ONG internationales, les ONG locales et nationales et les Bailleurs de fonds (ALNAP, 2022). Cependant, le système humanitaire ne pourrait répondre aux besoins sans l'implication d'autres acteurs, dont l'action humanitaire n'est pas l'objectif principal, mais dont les rôles et implications sont néanmoins indispensables : les gouvernements des zones d'intervention, les communautés affectées et d'accueil, les acteurs de la société civile, les groupes religieux, les universités, les médias, les acteurs du secteur privé, etc. La prolifération et hétérogénéité des acteurs humanitaires impliquent une hétérogénéité miroir des statuts et autres caractéristiques des travailleurs humanitaires.

La désignation de « travailleur humanitaire » peut être utilisée dans de nombreux contextes et le rôle associé peut prendre de nombreuses formes. Il n'existe pas de définition standard et universellement acceptée (Connorton et al., 2012, p. 146). Ces mêmes auteurs proposent la définition suivante :

« Les travailleurs humanitaires sont des civils employés par des organisations non-gouvernementales. Ils peuvent être déployés depuis l'étranger (expatriés) ou être embauchés dans le pays de la crise (personnel national). Ils ont des parcours professionnels variés, allant de non-professionnels (chauffeurs ou gardiens) à hautement qualifiés (professionnels de la santé). » (Connorton et al., 2012, p. 146) (Voir citation en version originale en Annexe 2)

Dans cette recherche, une définition plus large sera utilisée pour inclure toute personne contribuant à la mise en œuvre et au suivi de l'action humanitaire, au sein d'entités dont le mandat principal inclut la provision d'aide humanitaire. Ainsi, les travailleurs humanitaires peuvent avoir différents statuts (employé, consultant

indépendant, volontaire, bénévole), être rattachés aux sièges des organisations, être déployés sur le terrain depuis l'étranger ou mobilisés dans le pays d'intervention.

En 2020, le nombre de travailleurs humanitaires était estimé à plus de 630.000, dont 90 % étant des employés nationaux. Une grande majorité du personnel humanitaire travaille au sein des ONG internationales, suivies par le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (ALNAP, 2022, p. 63).

Cette recherche se concentre uniquement sur les travailleurs humanitaires expatriés ayant été déployés à l'international pendant au moins 30 jours consécutifs au cours des 24 derniers mois. Le choix de se concentrer sur les travailleurs internationaux s'explique par le fait que ces derniers forment une communauté, liés les uns aux autres par leur engagement, leur vécu de l'expatriation plutôt que par leur pays d'origine ou de résidence. Ils évoluent donc dans un contexte commun auquel je peux m'identifier. En tant que travailleuse humanitaire expatriée, je suis plus familière avec ces problématiques, ce qui sera un atout dans ma pratique de la pair-aidance. Les critères restrictifs de temps ont été établis en considérant qu'après deux ans ou plus, les pratiques des organisations en termes de soutien psychosocial à leur personnel ont pu grandement évoluer.

La pair-aidance humanitaire en santé mentale (PAHSM)

La pair-aidance: une entraide professionnalisée

La pair-aidance en santé mentale s'est développée dès la première moitié du XXème de manière informelle au début, avant de se développer, se structurer, et surtout se professionnaliser au cours des dernières décennies. Qu'elle soit faite de manière informelle ou dans un cadre professionnel, l'entraide et la pair-aidance en santé mentale reposent sur le vécu des personnes ayant traversé l'épreuve des troubles psychiques et sur les ressources qu'elles ont développées pour y faire face (Franck et Cellard, 2020, p. 1). Une définition communément utilisée est celle proposée par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) et se concentre sur le rôle joué par un pair-aidant : « *Le pair-aidant est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien, et de*

l'information à des personnes qui vivent des situations similaires » (Cloutier et Maugiron, 2016, p. 755-756 ; Franck et Cellard, 2020 p.1).

La pair-aidance en santé mentale repose sur trois piliers : le rétablissement, la lutte contre l'auto-stigmatisation et les pratiques orientées vers le rétablissement. Le rétablissement n'est pas la guérison ni le retour à un fonctionnement antérieur, mais plutôt une démarche personnelle de réappropriation du pouvoir d'agir afin de reprendre le contrôle de sa vie et de retrouver une estime de soi (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques [UNAFAM], 2024). Pour reprendre les mots de Bernard Durand, le rétablissement est « *un processus personnel et singulier de transformation pour vivre une vie satisfaisante en dépit des limites causées par la maladie* » (Franck et Cellard, 2020 p.50).

Il est essentiel que le pair-aidant ait pris suffisamment de distance par rapport à son trouble et son parcours, pour identifier les éléments, les pratiques, les outils qui seront utiles à d'autres traversant des épreuves similaires.

Le rôle et objectifs du pair-aidant peuvent être multiples en fonction du cadre d'intervention, de ses attentes et compétences, de son parcours et savoir expérientiel, etc. Les objectifs possibles d'un pair-aidant sont les suivants : 1) Favoriser des pratiques orientées vers le rétablissement et centrées sur les attentes et besoins des usagers ; 2) Faire figure d'espoir et promouvoir le pouvoir d'agir ; 3) Favoriser l'alliance thérapeutique ; 4) Réduire la stigmatisation et l'auto-stigmatisation (Franck et Cellard, 2020 p.124).

Le pair-aidant doit travailler en équipe avec les autres professionnels de santé, qui doivent être préparés à son arrivée, notamment via des formations sur le rétablissement et les pratiques orientées vers le rétablissement.

Voyons à présent comment la pair-aidance en santé mentale pourrait être définie afin d'être utilisée pour l'accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires.

La PAHSM : une double pair-aidance

Dans le cadre de cette recherche, la pair-aidance a été définie comme : *un dispositif dans lequel une personne, un pair-aidant, ayant traversé des difficultés psychologiques et/ou sociales et rétablie, met son vécu et ses savoirs expérientiels,*

c'est-à-dire fondés sur l'expérience, au service d'autres personnes confrontées à des épreuves similaires. Le choix a été fait de parler de difficultés psychologiques et/ou sociales plutôt que de troubles psychiques. En effet, de manière générale, le processus de diagnostic d'un trouble psychique peut être long et sinueux. Dans le cas des travailleurs humanitaires, l'accès aux soins et donc à un diagnostic formel, peut être complexifié pour de nombreuses raisons :

- L'accès aux soins des travailleurs humanitaires peut être fragmenté (Connorton et al., 2012, p. 146), entre le pays de résidence, le pays d'intervention et l'équipe, s'il en existe une, de l'unité de soin du personnel de l'employeur. Ainsi, le suivi sur le long cours nécessaire pour établir un diagnostic et une prise en charge, peut être difficile à mettre en place si la personne ne fait pas la démarche proactive de chercher du soutien.
- La culture des « cow-boys » de l'aide humanitaire : une perception, consciente ou inconsciente, que les travailleurs humanitaires doivent être forts, résilients, capables de gérer des situations difficiles de manière indépendante et sans faire de vague. Cette culture peut être un frein à la recherche de soutien psychosocial et donc au diagnostic, même si elle est de plus en plus remise en question notamment par la nouvelle génération de travailleurs humanitaires (Stevens et al., 2022, p. 6).
- Sur la base de mon expérience, une autre raison vient expliquer les difficultés de diagnostic, mais également de prise en charge, pour les travailleurs humanitaires. La santé mentale reste un tabou dans de nombreux pays et les pratiques des professionnels de santé face aux problèmes de santé mentale varient énormément à travers le monde. Lorsque j'étais en mission à l'étranger et que mon état psychologique s'est dégradé en raison d'un épuisement professionnel et de difficultés personnelles et familiales, je me souviens encore de la réaction de la médecin consultée sur place, perplexe face à ma situation, « *mais que voulez-vous que je fasse pour vous ?* ». Malgré plusieurs consultations, la possibilité d'un burnout n'a jamais été évoquée.

Appliquée au secteur humanitaire, la pair-aidance humanitaire en santé mentale (PAHSM) permet de mettre en lien des pairs-aidants formés et ayant

travaillé ou travaillant encore dans le secteur humanitaire, avec d'autres travailleurs humanitaires, afin de leur proposer un accompagnement psychosocial adapté. Il s'agit donc d'une double pair-aidance, mettant à contribution l'expérience du travail humanitaire et du rétablissement de difficultés psychosociales.

Pratique émergente au sein du secteur humanitaire, la PAHSM se veut comme un maillon de la chaîne des dispositifs de soutien psychosocial adressés aux travailleurs humanitaires. Son cadre d'intervention et ses objectifs doivent assurer une intégration efficace aux dispositifs actuels et une complémentarité, notamment sur la base des résultats de cette recherche. Inspiré de la pair-aidance en santé mentale dans d'autres secteurs, plusieurs piliers essentiels semblent se dessiner : la lutte contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, la prévention et la promotion du pouvoir d'agir, via des pratiques orientées vers le rétablissement, et l'orientation vers d'autres professionnels de santé lorsque nécessaire. De la même manière que les pairs-aidants en santé mentale doivent être formés et supervisés, les pairs-aidants humanitaires en santé mentale doivent également bénéficier de ce même cadre d'exercice, pour leur protection et celle des personnes qu'ils sont amenés à accompagner.

L'accompagnement psychosocial

Avant de parler du soutien psychosocial, il peut être utile de rappeler la définition de la santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], s.d.). On peut observer que la santé mentale, au même titre que la santé physique, n'est pas simplement une absence de trouble, mais véritablement une situation de bien-être. La santé mentale est donc un « *état de bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté* » (OMS, s.d.).

Dans cette définition, il est fait référence au lien entre le bien-être mental et la place que l'on a dans la communauté. Cette interconnexion entre les processus psychologiques et sociaux est désignée par le terme « psychosocial », qui renvoie également au fait que ceux-ci interagissent et s'influencent en permanence. Le

soutien psychosocial renvoie donc aux actions de soutien et d'accompagnement destinées à prévenir ou traiter les troubles mentaux (Hanna, 2019, p. 7).

Le soutien psychosocial proposé par les acteurs humanitaires pour leur propre personnel repose sur le principe « *d'aider ceux qui aident autrui* ». Il s'agit donc de les accompagner à identifier les types et sources de stress au travail et de renforcer leur capacité d'y faire face (Comité International de la Croix-Rouge CICR, 2015, paragr. 1).

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les sources de stress ne sont pas seulement liées aux contextes d'intervention difficiles dans lesquels évoluent les travailleurs humanitaires, mais également aux problématiques internes relevant des conditions et de l'environnement de travail.

LES HUMANITAIRES : UNE POPULATION EXPOSÉE

Les risques psychosociaux du travail humanitaire

Travailler dans le secteur humanitaire, faire partie des équipes de première ligne qui interviennent directement après une catastrophe naturelle, en cas de conflit armé ou de crise sanitaire, implique nécessairement de travailler dans des conditions difficiles, où les ressources humaines et financières disponibles sont trop souvent inférieures aux besoins. A cela s'ajoute les contextes sécuritaires tendus, alors que les humanitaires font l'objet d'attaques sans précédent. L'année 2024 a été la plus dangereuse pour les travailleurs humanitaires (Aid Worker Security Database, s. d.) (Voir Annexe 3)

Les difficultés rencontrées par les travailleurs humanitaires expatriés ne sont pas seulement liées aux contextes d'intervention, mais également à l'environnement de travail et aux spécificités du secteur. Ils se retrouvent souvent dans des situations d'isolement, ayant dû quitter leur famille et leurs proches, font face à de lourdes charges et de longues heures de travail, et peuvent enchaîner les déploiements. De plus, le fait d'être logés dans des habitats partagés par les employés internationaux d'une même organisation, pratique courante dans le secteur, donne lieu à un espace de vie restreint qui limite l'intimité et favorise le mélange entre vie personnelle et vie professionnelle (Beaulieu et al., 2024, paragr. 1).

Afin d'analyser le potentiel bénéfice de la pair-aidance humanitaire en santé mentale, il est donc important d'appréhender les impacts psychosociaux du travail humanitaire et les principaux facteurs de stress.

Les impacts psychosociaux de l'engagement humanitaire

De nombreuses études ont été publiées ces dernières années sur l'importance de la santé mentale chez les humanitaires. Il en ressort qu'un nombre élevé de troubles psychologiques sont liés ou exacerbés par le travail humanitaire (Beaulieu et al., 2024, paragr. 1). Dans son mémoire de master, Lisa de Louw cite notamment l'enquête conduite par le Guardian's Global Development Professionals Network datant de 2015 qui rapporte que 79 % des travailleurs humanitaires souffrent d'une forme ou d'une autre de maladie mentale, les diagnostics les plus courant étant l'anxiété (50 %), la dépression (44 %) et les attaques de panique et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (20 %) (De Louw, 2024, p. 18). Cette étude met également en avant la difficulté des travailleurs humanitaires à réintégrer leur vie d'avant, vivant des changements que leurs amis et familles ne peuvent pas comprendre. Ces retours difficiles poussent beaucoup d'humanitaires à repartir en déploiement rapidement, car ils se sentent plus à l'aise entourés de personnes partageant les mêmes expériences du terrain (Macpherson et Burkle, 2021, p. 111).

Dans le secteur humanitaire, il est rare que des organisations initient des études en interne, à grande échelle, afin d'obtenir une évaluation précise des risques et impacts psychosociaux et des besoins de leurs travailleurs. Au cours des dernières années, l'Organisation des Nations Unies (ONU) s'est penchée sur la question, à l'échelle du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) dans un premier temps en 2016, puis plus largement en 2017 (voir Annexe 4). Dans ces deux études, la prévalence des problèmes de santé mentale des employés du HCR ou des fonctionnaires des Nations Unies est plus élevée que les résultats disponibles dans la population générale (Dubravka et al., 2016, p. 7 ; Mansour Amer et al., 2017, p. 7).

Ainsi, il est indéniable que le travail humanitaire impacte de manière significative et durable la santé mentale du personnel. Afin de pouvoir mettre en

place des solutions adaptées, il est primordial de comprendre les différents facteurs de stress.

Les principaux facteurs de stress

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, en raison des contextes d'intervention difficiles et de la multiplication des attaques ciblant les humanitaires, les études disponibles montrent que les événements traumatiques ne sont pas les premiers facteurs de stress.

Les résultats d'une étude conduite en 2009-2010 montrent que les cinq premiers facteurs de stress sont liés à des problématiques internes à l'organisation, à savoir, dans l'ordre de prévalence : 1) La charge de travail, 2) La capacité à atteindre les objectifs, 3) Les horaires de travail, 4) Le statut du contrat de travail et 5) Le sentiment de sous-évaluation et / ou l'incapacité à contribuer à la prise de décision (Curling et Simmons, 2010, p. 95).

Une étude plus récente, publiée en 2018, présente des résultats similaires, avec en facteurs supplémentaires la difficulté à travailler avec les autres, les facteurs de stress organisationnels et les conditions de travail (Young et al., 2018, p. 5).

Ces facteurs de stress ne sont pas négligeables, car ils peuvent favoriser le trouble de stress post-traumatique, augmenter le risque de burnout et avoir des conséquences sur la consommation d'alcool ou de substances (Péripole Humanitaire, 2025, 11:28). Ceci est un élément important à prendre en compte dans la mise en place de dispositifs de soutien psychosocial. D'une part, jusqu'à maintenant, beaucoup d'organisations ont tendance à se concentrer principalement sur les membres du personnel ayant vécu un événement traumatisant. Et d'autre part, les travailleurs humanitaires eux-mêmes sont souvent plus conscients des risques traumatisques de leur engagement, mais peu d'entre eux s'attendent à être affectés par les défis organisationnels et les difficultés quotidiennes liées au travail en équipe, à la bureaucratie, et aux manques de ressources financières et humaines. Ainsi, les organisations humanitaires sont appelées à ne pas négliger l'importance des conditions et de l'environnement de travail, notamment la charge de travail et la communication interne, dans la promotion de stratégies d'adaptation (Young et al., 2018, p. 11). Ces facteurs de

stress peuvent également être liés ou accentués par des conflits de valeurs et une désillusion face à une réalité sur le terrain complexe, où des choix difficiles doivent être faits.

Ces résultats et les lectures que j'ai pu faire pour la préparation de cette section ont beaucoup résonné en moi. J'ai souffert d'un syndrome d'épuisement professionnel ou burnout il y a quelques années, puis peu après d'un trouble de stress post-traumatique suite à un incident causé par une mauvaise gestion administrative des organisations pour lesquelles j'ai travaillé. Lorsque j'ai commencé à m'intéresser à la pair-aidance et à parler plus ouvertement de mes difficultés psychologiques, je ne me sentais pas légitime en comparaison à d'autres humanitaires. Comme une amie me l'a fait justement remarquer à l'époque, la majorité des difficultés psychologiques rencontrées par les travailleurs humanitaires sont liées à des problématiques internes aux organisations, ce qui est confirmé par la littérature actuelle. Ainsi, consciente de ne pas avoir vécu le pire de ce qui touche trop de travailleurs humanitaires, je fais néanmoins partie de toutes celles et ceux qui souffrent ou ont souffert (parfois) en silence, des pratiques de gestion néfastes, du manque de ressources et de considérations pour le bien-être du personnel humanitaire.

Comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant, il en va pourtant de la responsabilité des acteurs humanitaires de prendre soin de leur personnel.

LA RESPONSABILITE DES ACTEURS HUMANITAIRES

Alors que quelques organisations telles que le CICR, MSF et certaines agences de l'ONU ont mis en place des cellules de soutien psychosocial pour leurs employés expatriés dès les années 1990, notamment dans le cas d'événements à fort potentiel traumatisant suite à des incidents critiques, c'est seulement à partir des années 2010 que le stress au travail et les risques psychosociaux liés à l'environnement de travail commencent à être intégrés aux prérogatives du soutien psychologique. Ce changement a notamment eu lieu en France suite à une révision du code du travail qui impose depuis 2008 à « *l'employeur [de prendre] les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé [...] mentale des travailleurs* » (Joxe et Veilleux, 2023, paragr. 7).

En 2011, une publication du Security Management Initiative analysant les lois de quatre pays européens, dont la France, et des Etats-Unis démontre que les responsabilités des ONG en matière de bien-être du personnel sont une exigence légale et obligatoire, au même titre que les autres catégories d'employeurs. Quelques années plus tard, cette obligation a été confirmée par la justice norvégienne qui a condamné l'organisation Norwegian Refugee Council (NRC) pour négligence grave suite au kidnapping d'un de ses employés au Kenya. Ce jugement représente un tournant dans l'affirmation du devoir de diligence (« Duty of care » en anglais) des organisations humanitaires et de leurs responsabilités quant au bien-être de leur personnel, y compris des problèmes de stress psychologique et de maladie subis lors de la mise en œuvre de l'action humanitaire (Macpherson et Burkle, 2021, p. 112).

La responsabilité des organisations humanitaires quant au bien-être psychosocial de leur personnel n'est cependant pas seulement un devoir de diligence légal, mais également moral et opérationnel. Les normes applicables au sein du secteur, telles que les Directives du Comité permanent inter-organisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence appellent également les organisations à faire davantage pour soutenir leur personnel face aux possibles conséquences psychosociales du travail humanitaire (CPI, 2007, p. 96-97).

Enfin, les conséquences du stress se font sentir à l'échelle des organisations (rotation du personnel fréquente, perte de connaissances institutionnelles, d'efficacité et de capacité à mener leur mission à bien) et donc du secteur dans son ensemble (Young et al., 2018, p. 14).

Ainsi, les risques psychosociaux inhérents au travail humanitaire et leurs impacts sur le personnel ne peuvent être ignorés par les acteurs du secteur. La multitude d'acteurs, de contextes d'intervention et la diversité au sein des travailleurs humanitaires, appellent à proposer des solutions adaptées et variées pour répondre à l'ensemble des besoins. Le cadre théorique de cette recherche étant maintenant établi, la méthodologie et résultats de la recherche seront présentés dans le chapitre suivant.

RIEN SUR NOUS SANS NOUS : ENQUETE AUPRES DES ACTEURS HUMANITAIRES

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Lors de la préparation de ce mémoire, il m'a semblé important de collecter des données, avis et opinions des acteurs humanitaires, tant au niveau organisationnel qu'individuel. J'ai donc axé cette recherche sur un questionnaire en ligne d'une part, pour récolter des données individuelles et des entretiens guidés d'autre part, pour évaluer l'appétence des organisations humanitaires à la pair-aidance humanitaire en santé mentale.

Le questionnaire en ligne

Sur la base d'objectifs prédéfinis (voir Annexe 5), le questionnaire a été construit en sept parties distinctes, sur la base des cinq objectifs cités, auxquelles se sont ajoutées une partie introductory pour collecter des informations générales sur les répondants et une partie de conclusion. Dans le paragraphe d'introduction, le contexte de l'étude, l'anonymat des réponses et la base volontaire de participation ont été rappelés.

La formulation des questions s'est inspirée des études et outils suivants :

- Le questionnaire sociodémographique et des expériences d'aide humanitaire utilisé par Michelle Dewar dans sa thèse de Doctorat en Psychologie (Dewar, 2023, p. 120-126)
- Le questionnaire d'enquête utilisé par Lisa de Louw dans son mémoire de Master en Etudes du développement (De Louw, 2024, p. 96-101)
- Le questionnaire général sur la recherche d'aide, dont la version en anglais a été traduite par mes soins (General Help-Seeking Questionnaire, s. d.).

Afin de ne pas influencer les répondants, la formulation s'est voulue la plus neutre possible, favorisant des tournures de phrases affirmatives. Par exemple, plutôt que de demander les risques ou limites d'un dispositif de PAHSM, la question 28 s'est plutôt portée sur les points d'attention à avoir. Enfin, pour terminer le questionnaire sur une note positive et de résilience, une dernière question a été

ajoutée sur les ressources personnelles et/ou collectives des travailleurs humanitaires (Question 29).

Une première version du questionnaire a été envoyée à une dizaine de personnes, internes ou externes au secteur humanitaire, pour test. Le questionnaire final (voir Annexe 5), publié le 13 mai 2025 via Google Forms, contient 31 questions, en français uniquement. Il a été partagé par email et messagerie instantanée (WhatsApp, Signal) avec mon réseau et sur LinkedIn via mon compte personnel et le compte de l'association CCH. Afin de créer un effet « boule de neige », les participants ont été invités à partager à leur tour le questionnaire avec leur propre réseau francophone.

Les entretiens semi-directifs

Sur la base des objectifs identifiés (voir Annexe 6), la trame d'entretien a été construite en trois parties. Plusieurs questions ont été reprises du questionnaire en ligne afin de pouvoir comparer les réponses. Dans une optique de bonne gestion du temps, certaines questions ont été pré-identifiées comme facultatives. De même que pour le questionnaire en ligne, les organisations participantes à cet entretien ont été informées de l'anonymat des réponses lors de leur utilisation dans le cadre de ce mémoire.

La trame d'entretien finale (disponible en Annexe 6) comporte 15 questions. En fonction des organisations et de leurs pratiques en termes de soutien psychosocial, des questions ont pu être ajoutées au fil de la conversation. Seize organisations humanitaires européennes ont été contactées à partir du 19 mai 2025, via email. En cas d'absence de réponse, un mail de relance a été envoyé après quelques semaines.

RESULTATS DE L'ENQUETE

Les résultats du questionnaire en ligne

Publié du 13 mai au 24 juin 2025, le questionnaire a reçu 54 réponses valides. Les personnes ayant répondu sont majoritairement des femmes (65 %), de nationalité française (69 %) parmi les 13 nationalités représentées, ayant plus de 5 années d'expérience humanitaire (62 %) et dont l'employeur actuel ou le dernier en date est une organisation non-gouvernementale internationale (81 %).

Toutes les réponses au questionnaire sont disponibles en pièce jointe à ce mémoire et un rapport complet reprenant l'ensemble des résultats est disponible en annexe (Annexe 7). Les points saillants sont présentés dans les paragraphes suivants.

Prévalence du mal-être psychologique ou social

A la question, « Au cours de vos dernières missions, avez-vous ressenti des difficultés psychologiques et/ou sociales ? », la majorité (83 %, n=45) des répondants ont répondu « Oui ». Les questions suivantes portaient ensuite sur le type de difficultés ressenties parmi la liste suivante : stress chronique, réaction de stress aigu, anxiété, symptômes dépressifs, troubles du sommeil, difficultés relationnelles, isolement social, troubles de l'humeur, irritabilité, difficultés de concentration.

En considérant le critère de fréquence ‘Souvent’ et ‘Très souvent’ :

- Les deux tiers (67 %, n=30) ont rapporté ressentir au moins une difficulté et un tiers des personnes a rapporté ressentir au moins 3 difficultés (33 %, n=15)
- Les difficultés les plus rapportées sont l'anxiété (33 %, n=15), le stress chronique (29 %, n=13) et les troubles du sommeil (27 %, n=12).

Les personnes interrogées ont ensuite pu identifier les sources des difficultés ressenties. Il apparaît que le travail et la vie personnelle/travail apparaissent comme les principales sources de leurs difficultés, en particulier pour les difficultés suivantes, où les options ‘Travail’ et ‘Les deux’ (i.e. Travail et Vie personnelle) représentent de 84 % à 87 % des réponses : Stress chronique, Anxiété, Troubles de l'humeur et Irritabilité. Pour toutes les difficultés listées, la source principale reste le travail (de 36 % à 62 % des réponses), à l'exception de l'anxiété (source principale donnée étant ‘Les deux’ à 47 %) et les symptômes dépressifs (une majorité a déclaré ne jamais avoir ressenti cette difficulté, 31 %).

Presque la totalité des répondants ont rapporté que les difficultés psychosociales ressenties avaient eu un impact sur leur santé et bien-être personnels (98 %, n=44). Une importante majorité a indiqué que cela a eu des impacts sur leur efficacité professionnelle (71 %, n=32) et un peu plus de la moitié

sur leurs relations avec leurs proches et collègues (respectivement 58 %, n=26 et 56 %, n=25).

En parallèle, les principales stratégies d'adaptation rapportées sont 'Me distraire pour déconnecter' (78 %, n =42), 'Parler avec quelqu'un' (72 %, n=39) et 'Pratiquer une activité physique' (70 %, n=38). Il est cependant intéressant de noter que 39 % des répondants ont sélectionné l'option 'Eviter d'y penser, "tenir bon", continuer à travailler' (n=21) et 35 % des répondants ont déclaré consommer de l'alcool, du tabac ou d'autres substances pour faire face à ces difficultés (n=19).

Soutien psychosocial existant au sein des organisations

Une grande majorité des répondants (80 %, n=43) ont déclaré qu'il existait une équipe dédiée à la santé mentale du personnel au sein de leur organisation actuelle ou la dernière en date. 70 % (n=40) des répondants ont identifié au moins deux actions ou dispositifs de soutien psychosocial existants, les plus couramment rapportés étant : l'accès à un suivi psychologique individuel (76 %, n=41), des documents ou supports sur la santé mentale et le bien-être (56 %, n=30) et des réunions d'information expliquant quand et comment demander un soutien psychologique ou psychosocial (50 %, n=27). Néanmoins, interrogés sur la fréquence, l'accessibilité et la communication relative à ces dispositifs et actions, il ressort que :

- Dix personnes ont indiqué qu'il n'y avait pas, très peu ou pas assez de communication sur ce sujet.
- Deux autres personnes ont pointé du doigt le gap entre ce qui est dit, la théorie, et la pratique.
- Deux autres personnes ont mentionné ne pas vouloir ou ne pas faire confiance aux dispositifs mis en place par l'employeur, leurs difficultés étant liées à des problèmes internes, à la culture de gestion.

Ainsi, seulement 46 % des répondants (n=25) considèrent que leur organisation (actuelle ou dernière en date) accorde une grande importance au bien-être psychosocial de ses employés. Cependant, une majorité (65 %, n=35) estime que leur organisation a mis en place une politique stricte de confidentialité et de protection des personnes faisant appel au service de soutien psychosocial et des informations partagés.

Attitudes vis-à-vis de la recherche de soutien psychosocial

Alors que 83 % des répondants ont déclaré avoir ressenti des difficultés psychologiques et/ou sociales au cours de leurs dernières missions, la moitié seulement (52 %, n=28) a déclaré avoir déjà fait appel à un service de soutien psychosocial pour des raisons directement liées au travail humanitaire. Bien que pour la moitié des personnes n'ayant pas demandé de soutien (sur les 26 concernées), la principale raison citée est le fait qu'elles n'en aient pas ressenti le besoin (50 %, n=13), d'autres facteurs entrent en jeu : la difficulté d'accéder à ces services par manque de temps et de connaissance des dispositifs existants ; la croyance que cela ne serait pas utile ou le fait d'être déjà dans un parcours de soin pour des raisons personnelles.

Il est intéressant de noter que personne n'a lié le fait de ne pas demander de soutien à la peur d'être jugé alors que 26 % des répondants (n=14) ont mentionné par la suite la peur du jugement ou de la stigmatisation comme frein à la recherche de soutien psychosocial. Les trois principaux freins identifiés sont : 'Sous-estimation de ses propres difficultés' (65 %, n=35) ; 'Manque de temps sur le terrain' (56 %, n=30) et 'Méconnaissance des dispositifs existants'/'Difficultés d'accès à des professionnels de santé/thérapeutes ayant une connaissance du travail humanitaire' (ex aequo, 35 %, n=19).

Enfin, l'analyse des réponses concernant les attitudes de recherche d'aide montre que les personnes ressources vers qui les répondants se tourneraient le plus, de manière 'Probable' et 'Extrêmement probable' sont : 'Ami.e (sans lien de parenté)' (93 %, n=50) ; 'Partenaire intime' (81 %, n=44) ; 'Professionnel.le de la santé mentale' (72 %, n=39) et en quatrième position 'Pair-aidant humanitaire en santé mentale' (56 %, n=30).

Soutien psychosocial par la PAHSM

Seulement un tiers des répondants (33 %, n=18) connaissait le concept de PAHSM et seulement 6 personnes (11 %) ont déjà échangé avec un pair-aidant humanitaire en santé mentale. Ces dernières ont majoritairement trouvé ces échanges utiles ou très utiles (66 %, n=4) bien qu'une personne ait déclaré cela 'Pas du tout utile' (17 %, n=1).

Les répondants ont manifesté une nette préférence pour un système de soutien par un pair-aidant humanitaire en santé mentale externe à leur organisation (89 %, n=48), même si 61 % (n=33) seraient également intéressés par un système en interne. Les principaux bénéfices d'un tel dispositif identifiés par les répondants sont : 'Pouvoir parler à quelqu'un qui comprend réellement ce que je vis' (74 %, n=40) ; 'Recevoir des conseils concrets adaptés au contexte humanitaire' (65 %, n=35) ; 'Me sentir écouté·e sans jugement' (48 %, 26).

La majorité des répondants ont indiqué une préférence pour un accès à un pair-aidant pendant la mission (85 %, n=46), via des entretiens individuels en ligne (80 %, n=43) ou en présentiel (63 %, n=34). Il est intéressant de noter que plus de personnes ont montré une préférence pour un accès à un pair-aidant dans les mois qui suivent un retour de mission (59 %, n=32) que directement au retour de mission (52 %, n=28).

Les principaux points d'attention à avoir pour le développement de la PAHSM identifiés par les répondants sont l'importance de la formation et de l'accompagnement des pairs-aidants (70 %, n=38), la confidentialité des échanges (63 %, n=34) et la distinction claire entre le pair-aidant et les autres professionnels de santé mentale (54 %, n=29).

La PAHSM pourrait également permettre le renforcement des ressources personnelles et/ou collectives des travailleurs humanitaires, notamment la prévention du stress chronique et de l'épuisement (54 %, n=29), la solidarité et l'entraide entre collègues (52 %, n=28) et l'équilibre entre engagement professionnel et bien-être personnel (48 %, n=26).

L'entretien semi-directif

Sur les seize organisations contactées, j'ai pu obtenir un entretien semi-directif avec sept d'entre elles. Ces entretiens ont été réalisés en visioconférence (MS Teams ou Zoom) ou par téléphone entre le 28 mai et le 12 juin 2025. L'une des organisations interrogées (Organisation G) ne remplissait pas tous les critères, sachant que son cœur de métier est la coopération internationale, sans aucun travailleur humanitaire international déployé sur le terrain. Cependant, l'entretien a permis d'apporter un autre éclairage sur l'approche psychosociale.

La trame d'entretien développée a été suivie avec d'éventuelles modifications en fonction des spécificités de chaque organisation. Chaque entretien a été résumé (voir Annexe 9). Ces entretiens sont venus compléter les données collectées via le questionnaire en ligne, permettant également d'avoir le point de vue des organisations directement. Les discussions ont porté principalement sur les dispositifs visant les travailleurs internationaux. Cependant, les services à destination des employés nationaux ont également pu être abordés.

Santé mentale et soutien psychosocial au sein des organisations

En fonction de la taille des organisations, les politiques, ressources et dispositifs mis en place varient grandement. Cependant, des thématiques clés ont été mentionnées par les organisations sur la manière dont elles prennent en compte la santé mentale de leurs employés, en termes de prévention et d'accompagnement : la volonté de créer une culture psychosociale ; la mise en place de politiques de gestion des ressources humaines protectrices, une offre d'accompagnement adapté et une gestion spécifique des incidents critiques (voir Annexe 8 pour le tableau détaillé).

L'ensemble des organisations interrogées ont fait part des difficultés financières comme étant une contrainte majeure à la mise en place de leur dispositif de soutien psychosocial. La majorité des organisations (5 sur 7) ont un dispositif d'accompagnement interne (psychologue ou médecin recruté par l'organisation ou lié par un contrat de consultance) tout en laissant aux expatriés la possibilité de faire appel à un soutien externe à l'organisation grâce aux séances de psychologie ou autres thérapies remboursées par l'assurance médicale.

La stigmatisation demeure l'un des freins le plus identifié par les organisations, suivi par la difficulté à trouver, dans certains pays, des psychologues qualifiés, externes à l'organisation (pour les employés nationaux). Les réticences culturelles à parler de la santé mentale dans certains cas et différences culturelles entre le psychologue et les employés ont également été citées à plusieurs reprises. Cependant, ces dernières peuvent être levées par une approche ouverte aux réalités de chaque personne et basée sur des outils concrets. La communication et sensibilisation régulière sur le bien-être psychosocial, l'intégration systématique des rencontres avec le psychologue lors des départs et retours ainsi que

l'internalisation des services de soutien psychosocial à l'organisation sont d'autres facteurs identifiés comme leviers facilitateurs.

Enfin, il est important de signaler qu'aucune organisation interrogée ne semble avoir de mécanismes d'évaluation régulier de leur dispositif de soutien psychosocial, en particulier pour les expatriés. Elles se basent sur les retours informels et occasionnels de leur personnel, via l'équipe opérationnelle (i.e. superviseurs, référents techniques).

Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

La majorité des organisations interrogées ont répondu positivement à la création d'un dispositif externe, plutôt qu'interne, de pair-aidance humanitaire en santé mentale, le qualifiant de possible valeur ajoutée, plus-value pour encourager les discussions sur les problématiques liées à la santé mentale des humanitaires et leur accompagnement. Les principaux avantages identifiés sont la création d'un espace de parole libre et une potentielle complémentarité, bénéfique, avec les dispositifs existants (voir Annexe 8 pour le tableau détaillé).

Un certain nombre de points d'attention et de risques ont néanmoins été soulignés par les répondants : l'importance d'un cadre d'intervention clair, de la formation et de la supervision des pairs-aidants, les contraintes en termes de ressources financières et humaines et l'articulation indispensable avec les dispositifs interne (voir Annexe 8 pour le tableau détaillé).

Plusieurs personnes ont mentionné l'importance de faire un travail préparatoire avec les équipes des pôles Santé du personnel qui peuvent être les premiers à freiner ce type d'initiative. Un travail de fond avec ces équipes sera nécessaire pour démontrer que la pair-aidance peut être une alliée, dans une démarche visant à développer une culture psychosociale au sein du secteur et afin de minimiser les possibles résistances.

LA PAHSM, UN MAILLON DE LA CHAINE DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DES HUMANITAIRES ?

ANALYSE COMPAREE DES RESULTATS DE L'ETUDE

La PAHSM a-t-elle une place dans la chaîne de l'accompagnement psychosocial des humanitaires ?

L'analyse de la littérature existante sur la question de la santé mentale des travailleurs humanitaires permet de mieux comprendre les problématiques auxquelles font face ces derniers, les différents facteurs de stress mais également les facteurs protecteurs à leur disposition. De nombreuses recherches ont également permis la formulation de recommandations concrètes visant à l'amélioration des pratiques en termes de prévention et d'accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires. Malgré cela, les résultats de cette recherche démontrent qu'il subsiste une marge d'amélioration possible.

Alors que 83 % (n=45) des répondants ont rapporté avoir ressenti des difficultés psychologiques et/ou sociales au cours de leurs dernières missions, seulement 46 % (n=25) considèrent que le bien-être psychosocial des employés est d'une grande importance pour leur organisation. Cet écart considérable est préoccupant à plusieurs niveaux.

Premièrement, il ressort que le fait d'avoir une équipe dédiée à la santé mentale du personnel ou une offre de service de soutien psychosocial en interne à l'organisation ne suffisent pas à démontrer de l'importance donnée à ce sujet et à développer une culture psychosociale reconnue. En effet, 80 % (n=43) des répondants ont indiqué qu'une telle équipe existait en interne et 60 % (n=32) ont identifié au moins 3 dispositifs ou actions de soutien psychosocial proposés par leur organisation. De plus, ce contraste ne s'explique pas non plus par de possibles inquiétudes en termes de confidentialité et de protection des personnes faisant appel au service de soutien psychosocial ou des informations partagées, 65 % (n=35) des répondants ayant répondu qu'une politique stricte en la matière était appliquée par leur organisation. Comme souligné dans le rapport « Humanitarian Aid Workers : The forgotten First Responders », il est essentiel que le système mis

en place pour le bien-être et la santé mentale des travailleurs humanitaires ait en son cœur leurs intérêts, qu'il favorise la création et le maintien d'une culture organisationnelle bienveillante, protectrice et qu'il ne soit pas seulement une réponse aux obligations légales des organisations (Macpherson et Burkle, 2021, p. 113).

L'ensemble des organisations interrogées ont également reconnu que davantage pourrait être fait pour améliorer l'accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires, internationaux et nationaux, en citant comme freins les contraintes financières, la difficulté à trouver les ressources humaines qualifiées dans tous les terrains d'intervention et parfois, les réticences des équipes de direction. Ce dernier point n'est pas anodin. Une étude, citée dans un article publié en 2012, effectuée auprès des employés des ressources humaines de plusieurs ONG a montré que le soutien psychologique des travailleurs humanitaires était considéré comme moins important que le soutien psychologique de la population locale et que les travailleurs humanitaires eux-mêmes pouvaient partager ce constat (Connorton et al., 2012, p. 153). Les pratiques et attitudes vis-à-vis de la santé mentale ont évolué depuis, mais le fait que plusieurs organisations mentionnent encore la nécessité de convaincre leur direction de l'importance de l'accompagnement psychosocial des employés est un signe supplémentaire que le secteur peut encore progresser sur cette question. La réduction des budgets alloués à la solidarité internationale observable ces dernières années et notamment les coupes drastiques initiées par la nouvelle administration des Etats-Unis en janvier 2025 ont également mis cela en évidence avec la suspension de plusieurs postes de psychologues ou conseillers du personnel au siège d'ONG françaises ou d'agences de l'ONU, entre autres.

Deuxièmement, le fait que moins de la moitié des répondants considère que leur santé mentale a une grande importance pour leur organisation est inquiétant, car cela peut être à nouveau symptomatique d'une culture organisationnelle défaillante. Plusieurs études ont démontré l'importance de la perception de l'intérêt que l'organisation porte à la santé mentale de son personnel, le soutien organisationnel perçu étant un facteur de protection et augmentant la résilience des travailleurs humanitaires (Aldamman et al., 2019, p. 3 ; Stevens et al., 2022, p.

2-3;). De plus, dans un article publié par la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC), Alastair Ager, Professeur à l'Ecole de santé publique Mailman (Université Columbia), explique : « *Une appréciation positive de la manière dont l'organisation s'occupait de son personnel laissait présager un meilleur état de santé.* ». Ainsi, la culture organisationnelle, l'environnement de travail et une forte cohésion d'équipe peuvent réduire le risque de maladies mentales et d'épuisement et favoriser un meilleur bien-être psychologique (Ager, 2014, p. 7). Cette même confiance en son employeur et cette culture organisationnelle en matière de santé mentale sont également des facteurs critiques dans l'utilisation des services psychosociaux internes (Stevens et al., 2022, p. 1). Avoir des politiques de santé du personnel, souvent mises en place pour satisfaire à ses obligations légales et aux exigences des bailleurs de fonds ne suffit pas. Les risques psychosociaux liés au travail humanitaire, et ses spécificités en termes de contexte d'intervention, diversité des profils des travailleurs et les contraintes réelles rencontrées par les organisations humanitaires nécessitent d'apporter des solutions nouvelles, en gardant au cœur des réflexions, les intérêts des travailleurs humanitaires eux-mêmes.

D'autres résultats de l'étude viennent confirmer ce besoin de diversité et de complémentarité entre les solutions de soutien psychosocial proposées.

Le questionnaire a permis de mettre en évidence que 81 % des répondants (n=44) ont déclaré qu'ils cherchaient de l'aide auprès de quelqu'un s'ils rencontraient des difficultés psychologiques et/ou sociales, les sources de soutien privilégiées étant les 'Ami·e' (93 %, n=50), 'Partenaire intime' (81 %, n=44), 'Professionnel·le de la santé mentale' (72 %, n=39) et 'Pair-aidant humanitaire en santé mentale' (56 %, n=30). Cette forte propension à rechercher du soutien est encourageante et démontre d'une évolution de l'attitude en matière de recherche de soutien psychosocial. Dans le cas des trois premières sources de soutien (amis, partenaire, professionnels de la santé mentale), il n'a pas été demandé dans le questionnaire de préciser si ces personnes ressources avaient une connaissance du secteur humanitaire ou si elles seraient sollicitées en interne ou en externe à l'organisation (dans le cas des professionnels de la santé mentale). La littérature existante, dont l'étude conduite par Stevens et al. a montré l'importance d'une

connaissance du travail humanitaire comme facteur facilitant la recherche de soutien. En effet, les amis qui ne travaillent pas dans le secteur sont ressortis comme la source d'aide la moins privilégiée. De plus, le soutien externe à l'organisation reste privilégié avec néanmoins la préoccupation de trouver des professionnels ayant une compréhension suffisante du travail humanitaire (Stevens et al., 2022, p. 10-11). Ainsi, le fait que le pair-aidant humanitaire en santé mentale apparaisse à la quatrième place n'est pas anodin et démontre du potentiel de ce rôle dans l'accompagnement des humanitaires.

D'autre part, les profils des travailleurs humanitaires expatriés étant très diversifiés, cela doit pousser les organisations à proposer des solutions adaptées à des besoins et préférences multiples, en interne et en externe. Plusieurs répondants ont pointé du doigt le lien entre les difficultés psychosociales qu'ils ont rencontré et les défaillances ou problématiques internes à l'organisation. Pour ces personnes-là, pouvoir obtenir du soutien d'une source externe et neutre pourrait donc être préférable. La recherche de Stevens et al. montre également que la perception d'un manque de confidentialité et une confiance affaiblie limitent l'utilisation des services et soutiens internes aux organisations (Stevens et al., 2022, p. 10). Alors que la confidentialité n'est pas ressortie directement comme un facteur limitant dans les résultats du questionnaire, la peur du jugement ou de la stigmatisation et la crainte d'un impact sur sa carrière ont été identifiées comme faisant partie des trois principaux freins à la recherche de soutien psychosocial par respectivement 26 % (n=14) et 28 % (n=15) des répondants. Ces deux freins ont également été mentionnés par la majorité des organisations interrogées via les entretiens semi-directifs.

Enfin, en termes de temporalité, la mise en parallèle des résultats du questionnaire et des entretiens semi-directifs a mis en évidence un décalage intéressant. Lorsque interrogés sur la manière dont la santé mentale des travailleurs humanitaires est prise en compte et sur la communication faite sur les dispositifs existants et leur fréquence, les organisations et répondants ont fait ressortir trois temps forts : le départ, pendant les briefings ; en cas d'incidents critiques et le retour de mission. Pourtant, comme expliqué précédemment, même si l'impact des incidents critiques n'est pas à négliger, les principaux facteurs de

stress sont liés à des problématiques internes à l'organisation (charge de travail, capacité à atteindre les objectifs, horaires de travail, etc.) (Curling et Simmons, 2010, p. 95) et impactent les travailleurs tout au long de la mission. Les répondants au questionnaire ont identifié deux moments où ils trouveraient utile d'avoir accès à un pair-aidant : pendant la mission (85 %, n=46) et dans les mois qui suivent un retour de mission (59 %, n=32) sachant que l'option 'Après un incident critique' n'a pas été proposée dans le format du questionnaire. Pour la majorité des organisations, la couverture médicale et l'accès au soutien psychosocial interne prennent fin trente jours après la fin du contrat. Ainsi, on voit apparaître un interstice où les dispositifs internes et la pair-aidance humanitaire pourraient se compléter comme différentes pièces d'un même puzzle. Cette complémentarité pourrait être d'autant plus utile pour les postes que l'on pourrait qualifier « isolés », à savoir les fonctions terrain qui n'ont pas toujours de supérieur fonctionnel ou de référent au siège. Je pense notamment au poste de Coordinatrice Terrain, que j'ai occupé pendant deux ans et demi en Jordanie. Alors que les signes annonciateurs de burnout commençaient à apparaître et que le soutien reçu de mon manager était inexistant, voire néfaste, je n'avais personne vers qui me tourner pour trouver du soutien avant que mon état ne se détériore trop. A ce moment-là où je ne me sentais pas aller suffisamment mal pour contacter le service de soutien psychologique du siège, l'accompagnement d'un pair-aidant aurait pu faire une grande différence. De la même manière, à la fin de mon contrat, alors que mon état psychologique était au plus bas, la majorité des débriefings normalement prévus n'ont pas eu lieu et aucun suivi n'a été effectué. Le sentiment d'être pressée comme un citron par l'organisation puis jetée aux oubliettes une fois ton contrat terminé n'est en rien facilitateur dans le parcours de rétablissement.

Dans ce contexte, un des résultats marquants du questionnaire est le fort intérêt manifesté par les répondants pour un soutien par la PAHSM en interne (61 %, n=33) mais surtout en externe (89 %, n=48) à l'organisation (voir Graphiques / questions 23 et 24 en Annexe 7).

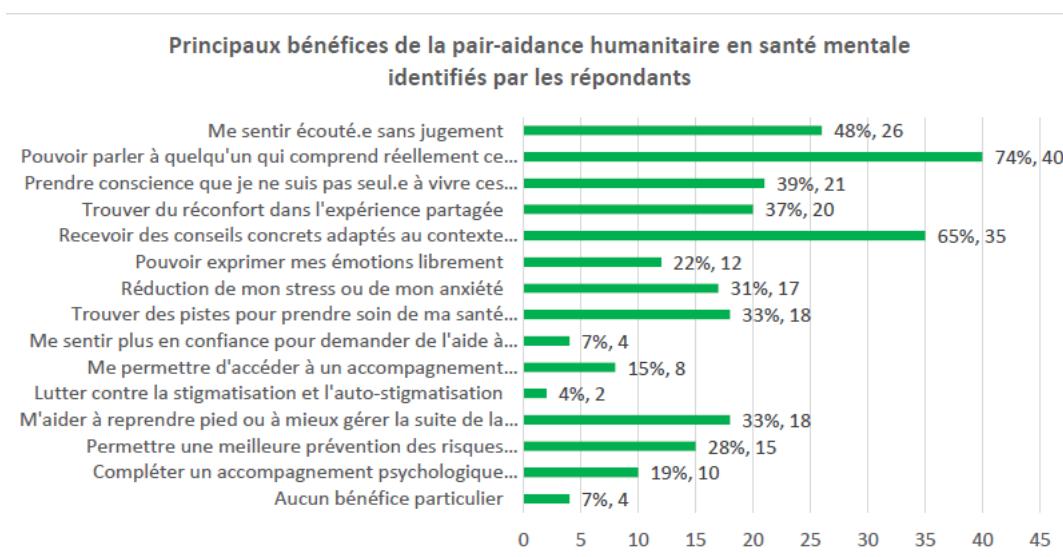
Les organisations ont également répondu majoritairement de manière positive à la création d'un dispositif externe de PAHSM malgré des inquiétudes

légitimes, la pair-aidance étant encore en développement et peu connue, d'autant plus dans le secteur humanitaire.

En conclusion, la question n'est donc pas de savoir si la PAHSM a une place dans l'accompagnement psychosocial des humanitaires, mais quelle place lui donner pour lui permettre de contribuer à l'amélioration des pratiques au sein du secteur. C'est ce que nous allons voir dans la section suivante.

La PAHSM, synonyme d'un meilleur accompagnement psychosocial des humanitaires expatriés ?

Tant les répondants au questionnaire que les organisations interrogées ont identifié la PAHSM comme ayant le potentiel de créer un lien de confiance plus facilement grâce au partage de l'expérience du terrain humanitaire et des difficultés psychosociales. En effet, le principal bénéfice selon les résultats du questionnaire est la possibilité de 'parler à quelqu'un qui comprend réellement ce que je vis' (74 %, n=40). Il est également intéressant de noter que 37 % (n=20) y voient le potentiel de 'trouver du réconfort dans l'expérience partagée'. Comme mentionné lors des entretiens semi-directifs, l'acceptation de soutien peut être notamment facilitée pour les personnes qui ne seraient pas à l'aise avec le fait de parler à un psychologue ou médecin, permettant ainsi de toucher un plus grand nombre en s'adaptant aux préférences et aux besoins de chacun.



De plus, la possibilité de complémentarité avec les dispositifs internes, mise en avant par plusieurs organisations, est confirmée par les répondants au questionnaire dont un tiers a indiqué que la PAHSM pourrait leur permettre

d'accéder à ou compléter un accompagnement psychologique professionnel (respectivement 15 %, n=8 et 19 %, n=10). De plus, 28 % (n=15) des répondants pensent que la PAHSM permettrait une meilleure prévention des risques psychosociaux liés au travail humanitaire.

Lorsqu'interrogés sur les forces, ressources personnelles et/ou collectives qui pourraient être renforcées grâce à un dispositif de PAHSM, les répondants ont également mis en avant son potentiel en termes de prévention, de création de lien et de cohésion entre collègues et de promotion de l'équilibre entre l'engagement professionnel et le bien-être personnel (Voir Graphique / question 29 en Annexe 7).

Sachant que seulement 6 personnes ayant répondu au questionnaire ont déjà échangé avec un pair-aidant humanitaire en santé mentale, cette étude ne peut prétendre démontrer de manière scientifique l'impact positif de la PAHSM au-delà du fait que ces dernières ont majoritairement trouvé ces échanges utiles ou très utiles (66 %, n=4) bien qu'une personne ait déclaré cela 'Pas du tout utile' (17 %, n=1).

Certaines organisations humanitaires ou agences de l'ONU ont mis en place leur propre système de pair-aidance humanitaire, même si peu de communication et publications sont disponibles sur le fonctionnement exact et l'évaluation de ces dispositifs. Une des organisations interrogées (Organisation E) a son propre dispositif de soutien psychosocial par les pairs, porté par une entité externe, mais rattaché à et spécifiquement créé pour l'organisation. En complément du soutien psychologique assuré par l'Unité de soutien psychosocial interne, il vise à offrir un espace d'écoute et de soutien à son personnel humanitaire, par des pairs bénévoles formés, ayant une expérience du terrain. Il s'agit néanmoins de pair-aidance humanitaire, sans focus sur la santé mentale, ce qui n'est donc pas totalement comparable à un dispositif de PAHSM.

La littérature existante ou du moins celle à laquelle j'ai pu avoir accès pendant ma recherche n'apporte pas non plus de démonstration scientifique de la plus-value de la pair-aidance en santé mentale pour l'accompagnement psychosocial des primo-intervenants, tels que les pompiers, le personnel médico-social et les travailleurs humanitaires. Cette pratique est en effet en développement ou

émergente dans le cas du secteur humanitaire et nécessite plus de recherche. Cependant, l'intérêt et les bénéfices de la pair-aidance en psychiatrie et dans le médico-social ont fait l'objet de nombreuses études qui soulignent son efficacité et ses avantages pour les personnes accompagnées, les pairs-aidants eux-mêmes et les professionnels de santé (Franck et Cellard, 2020, p. 95-104 ; Swarbrick et al., 2025).

De plus, l'article de recherche de Stevens et al. apporte à nouveau un éclairage intéressant. Il en ressort que les collègues et les pairs sont les sources d'aide privilégiées, car ces échanges reposent sur la confiance, la compréhension mutuelle et l'empathie, ce qui permet en conséquence d'aborder plus facilement les difficultés de manière à pousser la réflexion et à s'adapter aux facteurs de stress. Des études citées dans ce même article mettent également en avant que la recherche d'aide auprès de collègues et de pairs, dans l'armée, permet de réduire le sentiment d'isolement et de faciliter la recherche d'aide professionnelle. Il est ainsi suggéré que les programmes mettant les travailleurs en contact avec des pairs ayant connu des difficultés psychologiques constitueraient une stratégie efficace et ciblée pour réduire la stigmatisation liée à la recherche d'aide. Mettre en place ce type de programmes en externe à l'organisation permettrait d'éviter un environnement de travail néfaste où les collègues 'videraient leur sac' en interne, ce qui pourrait avoir un effet contre-productif (Stevens et al., 2022, p. 15).

Tout récemment, l'OMS a lancé sa feuille de route intitulée « Transforming mental health through lived experience » proposant un cadre structuré et six actions clés pour intégrer l'expertise de l'expérience vécue dans les systèmes et le personnel de santé mentale. Même si ce document ne traite pas spécifiquement de l'intérêt de la pair-aidance en santé mentale pour l'accompagnement des primo-intervenants (tels que les humanitaires), il est mis en avant que l'inclusion de soutien par les pairs s'avère efficace pour créer des parcours de soin ou d'accompagnement culturellement pertinents et accessibles pour les personnes qui se sentent exclues des systèmes traditionnels et contribue au rétablissement personnel et au développement professionnel. La plus-value de la pair-aidance est également soulignée notamment pour réduire la stigmatisation et la discrimination et améliorer l'accès (World Health Organization, 2025, p. 1).

Au regard de cette analyse des résultats de l'enquête et de la pratique existante dans d'autres secteurs, la PAHSM pourrait donc occuper plusieurs places et jouer plusieurs rôles dans la chaîne de l'accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaires, en complémentarité avec les autres acteurs et dispositifs (Franck et Cellard, 2020, p. 124). Les pairs-aidants humanitaires en santé mentale peuvent être bénéfiques à plusieurs niveaux, dans l'accompagnement psychosocial des travailleurs et dans les organisations :

- **Sensibilisation, prévention et psychoéducation** : la PAHSM pourrait permettre une meilleure prévention des risques psychosociaux liés au travail humanitaire, apporter des conseils concrets adaptés au contexte humanitaire et lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation. Cela pourrait passer également par une implication des pairs-aidants humanitaires dans le co-développement des politiques et dispositifs de soutien psychosocial développés par les équipes de santé du personnel internes aux organisations, mais également par un travail avec les managers et la direction pour favoriser un environnement et des conditions de travail positifs et protecteurs.
- **Accompagnement et orientation** : dès les premiers signes de difficultés psychosociales, les pairs-aidants pourraient permettre la réduction du stress ou de l'anxiété, une meilleure gestion de la mission sur la durée en soutenant les personnes accompagnées à trouver des pistes pour prendre soin de leur santé mentale, notamment au moment de la réintégration après des difficultés psychosociales ayant nécessité un arrêt de travail. Ayant été formés aux différentes pathologies et à leurs symptômes, les pairs-aidants pourraient également orienter les personnes accompagnées plus rapidement vers une aide médicale ou psychologique.

Ainsi, l'inclusion de pairs-aidants humanitaires en santé mentale en interne ou en externe pourrait être la clé du développement d'une culture psychosociale dans les organisations humanitaires afin que plus aucun travailleur humanitaire ne se sente isolé face à ses difficultés psychosociales.

Suite à l'incident traumatique que j'ai vécu en 2022 dans le cadre professionnel, je me suis retrouvée en France, dans une région que j'avais quittée

18 ans auparavant. Isolée socialement et professionnellement, mon travail étant passé 100 % en ligne, il m'a fallu attendre deux mois pour avoir la possibilité de passer au siège de mon employeur, situé pourtant à seulement 2 heures du lieu où je logeais, afin de rencontrer mes collègues, travailler ensemble, en personne. Lorsque par la suite, plusieurs mois après l'incident, j'ai trouvé la force de demander de l'aide, une première fois, puis une deuxième fois faute de réponse, je n'ai reçu aucun soutien de la part de mon employeur. Je souffrais alors d'un stress post-traumatique dont je n'avais pas conscience à l'époque. Il m'a fallu endurer quatre mois de souffrance pour atteindre un point où je me sentais suffisamment mal pour essayer à nouveau d'obtenir une aide psychologique, par mes propres moyens et à mes frais. Avoir accès à un pair-aidant plus tôt aurait pu me permettre de surmonter l'auto-culpabilisation, le sentiment de manque de légitimité à obtenir cette aide indispensable. La collaboration avec des pairs-aidants humanitaires en santé mentale, aurait également pu permettre une prise de conscience au sein de l'organisation qui m'employait sur l'importance de l'accompagnement suite à un incident critique.

Face à tout le potentiel de la PAHSM, cela reste un dispositif à développer dans le secteur, et même à co-construire avec les acteurs humanitaires, afin d'assurer une complémentarité avec les dispositifs existants. Un cadre d'intervention doit être défini et les risques et limites de la pair-aidance doivent être entendus et pris en compte.

La PAHSM, un dispositif à co-construire

Les échanges avec les organisations interrogées et les résultats du questionnaire concernant les points d'attention à lors de la mise en place d'un dispositif de soutien par la PAHSM ont permis de formuler des recommandations et prérequis. Considérés en complément des bonnes pratiques tirées du développement de la pair-aidance dans d'autres secteurs, les grandes étapes d'une feuille de route peuvent être proposées.

En premier lieu, les principaux points d'attention identifiés par les répondants (voir Graphique / question 28 en Annexe 7) et les organisations interrogées concernent le cadre d'intervention de la PAHSM. Il est essentiel que les pairs-

aidants connaissent leurs limites et celles de leur intervention afin de réorienter les personnes accompagnées vers des professionnels de la santé mentale lorsque nécessaire. La distinction entre le rôle du pair-aidant et celui d'un professionnel de santé mentale doit être clairement définie et expliquée aux organisations et personnes accompagnées. Les organisations interrogées ont notamment pointé du doigt le risque de faux sentiment de prise en charge par un pair-aidant, si celle-ci était considérée comme un substitut au soutien psychologique professionnel, retardant ainsi la recherche d'aide auprès de professionnels de santé. Par conséquent, les pratiques, responsabilités professionnelles et déontologiques de la PAHSM doivent être formalisées, de manière protocolaire, notamment en termes de confidentialité et de gestion des situations complexes.

L'importance de la sélection, formation et supervision des pairs-aidants est également ressortie dans le questionnaire et au cours des entretiens. Tout travailleur humanitaire ayant rencontré des difficultés psychosociales ne peut se prétendre en capacité de devenir pair-aidant. Une prise de recul suffisante et la formation, entre autres, sont des prérequis indispensables. Ensuite, l'encadrement de la pratique, la supervision et l'intervision sont nécessaires afin de prévenir les risques de surcharge émotionnelle ou de transfert pour les pairs-aidants (risques identifiés par 39 % des répondants, n=21).

Les organisations humanitaires demeurant responsables du bien-être physique et mental de leurs employés, l'adhésion des équipes Santé du personnel, lorsqu'elles existent, et des directions reste indispensable, tout comme l'articulation et la complémentarité entre les différents dispositifs internes et externes. Ces préoccupations, soulignées par les organisations vues en entretien, ont aussi été identifiées comme point d'attention par un tiers des répondants au questionnaire ('Intégrer pleinement le dispositif dans les politiques et pratiques de l'organisation' 30 %, n=16 ; 'Articuler ce soutien avec d'autres ressources en cas de détresse importante' 33 %, n=18).

Ces inquiétudes, craintes et parfois résistances à la pair-aidance ne sont pas nouvelles et ont été ou sont encore observées de la même manière dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. En effet, ce métier n'a pas encore de reconnaissance au niveau national, n'étant pas référencé au Registre National des

Certifications Professionnelles (RNCP). De plus, la reconnaissance des savoirs expérientiels fondant la légitimité de la pair-aidance n'est pas encore acquise. Cela ne rend pas l'accueil et l'intégration des pairs-aidants dans les équipes multidisciplinaires faciles (Gardien, 2025). Les associations et organismes de pair-aidance, tels que le Smes en Belgique ou Espairs en France, ont dû s'adapter à cette réalité. Ils proposent des formations et réunions de sensibilisation aux équipes de soin en amont de l'intégration de pairs-aidants afin de déconstruire les stéréotypes et clichés, présenter la fonction de pair-aidant, qui peut différer d'une structure ou secteur à l'autre, et aborder la notion de rétablissement (Smes, s. d., p.33).

Le parcours d'intégration de la pair-aidance en santé mentale dans le secteur humanitaire devra donc suivre les mêmes étapes que dans le sanitaire, social ou médico-social. Pour cela, la feuille de route récemment publiée par l'OMS sera un guide précieux, proposant six domaines d'action prioritaires : 1) Renforcer les politiques ; 2) Renforcer les capacités pour préparer les organisations ; 3) Promouvoir la co-création, la collaboration et l'intégration ; 4) Standardiser la formation et certification ; 5) Améliorer la supervision et le soutien ; 6) Elargir l'accès grâce à des outils accessibles et numériques (World Health Organization, 2025, p. INTvii) (Voir extrait de la source en version originale en Annexe 2). Celle-ci sera à adapter aux spécificités du secteur et de l'accompagnement psychosocial des travailleurs humanitaire.

En parallèle, le modèle de la PAHSM pourrait s'inspirer des associations de pairs professionnels telles que Espairs. Autogérée par des pairs-aidants professionnels, Espairs proposent des services aux institutions, grâce à ses salariés pairs-aidants, tout en gardant une indépendance hiérarchique. Ils travaillent en partenariat avec les équipes pluridisciplinaires, mais étant externes, ils ont un accès direct aux personnes concernées. Ce fonctionnement de plateforme pair permet également aux institutions d'avoir accès à des services ponctuels pour l'animation de groupes de paroles ou le développement d'atelier de sensibilisation par exemple (Niard et Franck, 2020, p.54). Un fonctionnement similaire pourrait être envisagé pour la PAHSM, via une plateforme externe proposant des services d'accompagnement psychosocial aux travailleurs humanitaires et aux organisations en termes de sensibilisation, prévention, psychoéducation, mais également

d'accompagnement, d'orientation et de plaidoyer. La création d'un tel dispositif a par exemple été l'une des recommandations suite à une recherche effectuée en 2020 sur les obstacles à l'accès au soutien psychosocial pour les travailleurs humanitaires : « *Il pourrait être bénéfique pour les ONG d'envisager la collaboration avec du personnel de soutien psychosocial à frais partagés chargé d'effectuer des « check-ins » obligatoires, où les ONG engagent des ressources pour recruter des points focaux partagés avec d'autres ONG dans le pays, ce qui couvre l'aspect de la confidentialité en réduisant la probabilité que les individus considèrent la personne comme étant « à l'intérieur » de l'organisation.* » (Cockcroft-McKay et Eiroa-Orosa, 2020, p. 40) (Voir citation originale en Annexe 2)

LES LIMITES ET BIAIS DE CE TRAVAIL DE MEMOIRE

Ce travail de mémoire a été une première pour moi. Il m'a semblé essentiel d'y inclure une recherche interrogeant les travailleurs et les organisations humanitaires directement, car je n'aurais pas pu parler en leur nom sans que leur voix ne soit entendue. Cependant, je suis consciente que la méthodologie employée et les outils développés ne répondent pas à tous les critères scientifiques et académiques, malgré l'attention que j'y ai porté. A posteriori, j'aurais moi-même des ajustements à apporter.

De plus, ce travail ayant été réalisé dans une période de temps restreinte et dans un format imposé, notamment en termes de nombre de pages, les investigations, consultations et analyses ont dû être limitées. Il aurait été intéressant de couvrir la question de l'accompagnement psychosocial des employés nationaux, ces derniers représentant 90 % du personnel humanitaire dans le monde (ALNAP, 2022, p. 63), d'inclure plus d'organisations humanitaires dans les discussions et d'évaluer l'efficacité des dispositifs de pair-aidance ciblant les primo-intervenants (tels que les sapeurs-pompiers ou la police) ou existants dans certaines organisations humanitaires ou agence de l'ONU, même si ces derniers n'ont pas de focus ciblé sur la santé mentale et l'accompagnement psychosocial.

Enfin, le fait que cette recherche inclut en majorité des organisations européennes, et près de 70 % des répondants de nationalité française, apporte un biais culturel qu'on ne peut ignorer.

CONCLUSION

Ce mémoire a été l'opportunité de me concentrer sur un sujet qui me tient à cœur, à une période où les risques pesant sur le travail humanitaire ne cessent d'augmenter, comme nous pouvons l'observer avec grande tristesse dans les Territoires palestiniens occupés et ailleurs. De plus, comme souligné par un grand nombre de répondants au questionnaire, beaucoup restent à faire pour passer de la théorie à la pratique en termes de prévention, pour favoriser un environnement et des conditions de travail positifs et protecteurs, où les pratiques managériales et organisationnelles sont source de soutien et non facteurs de stress. Il apparaît donc nécessaire d'apporter des solutions innovantes pour garantir et améliorer l'accompagnement psychosocial des humanitaires. Il ne s'agit pas ici de proposer un dispositif à moindre coût, la PAHSM n'en est pas un, mais de favoriser la reconnaissance de l'expérience vécue comme levier complémentaire aux mécanismes déjà existants, mis en place en interne par les organisations et permettant de faire le lien entre ces derniers, et les humanitaires en souffrance à travers le monde. Les contraintes financières, les contextes d'intervention difficiles et les incidents sécuritaires ne vont pas disparaître. Il est donc crucial de maintenir notre capacité d'écoute, d'empathie, de connexion à l'autre pour faire face ensemble à ces difficultés.

Comme démontré dans cette recherche, la PAHSM a le potentiel de devenir un maillon de la chaîne de l'accompagnement psychosocial des humanitaires en comblant le gap entre les solutions existantes et les besoins des humanitaires, grâce à la sensibilisation, la prévention et la psychoéducation d'une part, mais aussi en améliorant l'accompagnement et l'orientation d'autre part. Cette démarche de co-construction de la pair-aidance doit permettre la définition d'un cadre d'intervention précis, où les objectifs et limites d'intervention du pair-aidant sont établis, pour optimiser la plus-value des pairs-aidants tout garantissant des échanges sûrs. Pour cela, la juste sélection, formation et supervision sont également des éléments indispensables qui permettront l'adhésion des organisations et la professionnalisation de la pair-aidance dans le secteur. Ce n'est qu'en travaillant ensemble, et non à la place de, que nous pourrons s'assurer que plus aucun travailleur humanitaire ne soit oublié.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aid Worker Security Database. (s. d.). Aid Worker Security Database. <https://www.aidworkersecurity.org/> Consulté le 15 avril 2025.
- Ager, A. (2014). Pas de répit pour les humanitaires ?. *Face à la crise*, 2, 6-7. <https://pscentre.org/wp-content/uploads/2018/07/Coping2-2014-FR-lo.pdf> Consulté le 14 avril 2025.
- Aldamman, K., Tamrakar, T., Dinesen, C., Wiedemann, N., Murphy, J., Hansen, M., Elsiddig Badr, E., Reid, T. et Vallières, F. (2019). Caring for the mental health of humanitarian volunteers in traumatic contexts: the importance of organisational support. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694811> Consulté le 6 avril 2025.
- ALNAP. (2022, septembre). *SOHS 2022 : Introduction*. <https://alnap.org/help-library/resources/2022-the-state-of-the-humanitarian-system-sohs--full-report/sohs-2022-introduction/> Consulté le 31 mai 2025.
- ALNAP. (2022). *The State of the Humanitarian System*. ALNAP Study. <https://alnap.org/help-library/resources/2022-the-state-of-the-humanitarian-system-sohs--full-report/> Consulté le 31 mai 2025.
- Beaulieu, J., Druelle, L. et Laganière-Bolduc, R. (2024). Santé mentale des humanitaires et dynamiques genrées : entre « risques du métier », masculinité toxique et charge du care. *Alternatives humanitaires*. (26). <https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2024/07/10/sante-mentale-des-humanitaires-et-dynamiques-genrees-entre-risques-du-metier-masculinite-toxique-et-charge-du-care/> Consulté le 10 juin 2025.
- Brauman, R. (1994, 1 mai). *L'action humanitaire*. MSF Crash <https://msf-crash.org/fr/acteurs-et-pratiques-humanitaires/laction-humanitaire> Consulté le 30 mai 2025.
- Cloutier, G. et Maugiron, P. (2016). La pair aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92(9), 755-760. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1545>. Consulté le 5 juin 2025.

Cockcroft-McKay, C., et Eiroa-Orosa, F. J. (2020). Barriers to accessing psychosocial support for humanitarian aid workers: a mixed methods enquiry. *Disasters*, p. 3. <https://doi.org/10.1111/disa.12449> Consulté le 8 juillet 2025.

CoCreate Humanity. (s. d.). *HOME*. <https://www.cocreatehumanity.org/> Consulté le 10 juin 2025.

Comité permanent interorganisations (CPI). (2007). *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007> Consulté le 23 avril 2025.

Comité international de la Croix-Rouge. (2015, 1 décembre). *Aider ceux qui aident : pourquoi le soutien psychosocial est-il important?*. <https://www.icrc.org/fr/document/aider-ceux-qui-aident-pourquoi-le-soutien-psychosocial-est-il-importante> Consulté le 8 juin 2025.

Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., & Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiologic reviews*, 34, 145–155. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026> Consulté le 16 janvier 2025.

Curling et Simmons. (2010). Stress and staff support strategies for international aid work. *Intervention*, (Volume 8, Number 2), 93–105. https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/imp_stress_and_support_aid_508.pdf Consulté le 13 juin 2025.

De Louw, L. (2024). *How do non-governmental and international organisations in Geneva's aid sector care for their staff's mental health and well-being: a focus on MHPSS* [mémoire de master]. Geneva Graduate Institute.

Dewar, M. (2023). Adaptation psychologique des travailleurs humanitaires : considérer les événements blessants moralement [thèse de doctorat]. Université du Québec.

Dubravka, S., Thomas, R., Jachens, L. et Mihalca, L. (2016). *Staff Well-Being and Mental Health in UNHCR*. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/media/staff-well-being-and-mental-health-unhcr-survey-report-2016> Consulté le 12 juin 2025.

Franck, N. et Cellard, C. (2020). *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée*. Elsevier Masson

Gardien, È. (2025). La pair-aidance aujourd’hui : où en sommes-nous ? Enjeux, leviers et freins. *Forum*, 174(1), 88-89. <https://doi.org/10.3917/forum.174.0088>. Consulté le 11 juillet 2025.

General Help-Seeking Questionnaire. (s. d.).
<https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@gsm/documents/doc/uow090184.pdf> Consulté le 23 avril 2025.

Hanna, F., (2019). Le modèle de travail du Groupe de référence de l’IASC. *Rhizome*, 73, 7. <https://orspere-samdarra.com/rhizome/rhizome-n73-aux-frontieres-de-lhumanitaire-octobre-2019/> Consulté le 29 mai 2025.

Joxe, L. et Veilleux, N. (2023). Du stress traumatique au stress au travail : la prise en charge psychologique du personnel de Médecins Sans Frontières. *Alternatives humanitaires*. (23). <https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2023/07/17/du-stress-traumatique-au-stress-au-travail-la-prise-en-charge-psychologique-du-personnel-de-medecins-sans-frontieres/>
Consulté le 10 juin 2025.

Le Coconnier, M.-L. et Pommier, B. (2017). Introduction. L'action humanitaire (p. 3-4). *Presses Universitaires de France*. <https://shs.cairn.info/l-action-humanitaire--9782130795131-page-3?lang=fr> Consulté le 30 mai 2025.

Macpherson, R. I. S., et Burkle, F. M. (2021). Humanitarian Aid Workers: The Forgotten First Responders. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(1), 111–114. doi:10.1017/S1049023X20001326. Consulté le 16 janvier 2025.

Maietta, M. (2015). Origine et évolution des ONG dans le système humanitaire international. *Revue internationale et stratégique*, 98(2), 53-59. <https://doi.org/10.3917/ris.098.0053>. Consulté le 30 mai 2025.

Mansour Amer, A., Brody, Y., Brown, A. D., Farmer, J., Horesh, D., Li, M., Marmar, C. R., Qian, M. et Schultebraucks, K. (2017). *Rapport sur les données issues de l'enquête sur le bien-être du personnel*. Secrétariat de l'ONU. https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Staff%20well-being%20Survey%20Data%20Report_FINAL_2018_FRENCH_0.pdf Consulté le 12 juin.

Niard, C., Franck, N. (2020). Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France : Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ?. *Pratique en santé mentale*, 3, 51-57.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (s. d.). *Constitution*.
<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> Consulté le 10 juin 2025.

Péripole Humanitaire. (2025, 7 juin). Le stress invisible des humanitaires - mécanismes organisationnels du burnout (RPS) [vidéo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=iLzbuksr084> Consulté le 10 juillet 2025.

Rahal, S. (2021). *Le Triple Nexus à l'épreuve du terrain : humanitaire-développement-paix*. Défis humanitaires.
<https://defishumanitaires.com/2021/01/08/rahal-triple-nexus/> Consulté le 30 mai 2025.

Smes. (s. d.). *Développer la pair-aidance professionnelle: pratiques et perspectives*. https://smes.be/wp-content/uploads/2024/04/SMES-04_Web-FR-Corrige.pdf Consulté le 15 avril 2025.

Stevens, G. J., Sharma, A., et Skeoch, K. (2022, 4 août). Help-seeking attitudes and behaviours among humanitarian aid workers. *Journal of International Humanitarian Action*, 7, Article 16. <https://doi.org/10.1186/s41018-022-00126-x> Consulté le 15 avril 2025.

Swarbrick, M., Ayyala, M. S., Chen, P.-H., & Brazeau, C. M. L. R. (2025). Cultivating Connections: An Interprofessional Peer Support Model. *Psychiatric Services*, 76(3), 289–291. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20240104>

UNAFAM. (2024, 23 novembre). *Vers le rétablissement*.
<https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy-vers-le-retablissement> Consulté le 8 juin 2025.

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2025). *Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community*. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381760/WHO-EURO-2025-12307-52079-79927-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Consulté le 30 juin 2025.

Young, T.K.H., Pakenham, K.I. et Norwood, M.F. (2018). Thematic analysis of aid workers' stressors and coping strategies: work, psychological, lifestyle and social dimensions. *Journal of International Humanitarian Action* (3, Article 19).
<https://doi.org/10.1186/s41018-018-0046-3> Consulté le 23 avril 2025.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – LIVRET DE STAGE	42
ANNEXE 2 – CITATIONS EN VERSION ORIGINALE.....	49
ANNEXE 3 – L’ACTION HUMANITAIRE SOUS ATTAQUE	51
ANNEXE 4 – IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DE L’ENGAGEMENT HUMANITAIRE	52
ANNEXE 5 – OBJECTIFS ET TRAME DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE	54
ANNEXE 6 – TRAME D’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.....	65
ANNEXE 7 – RAPPORT PRESENTANT LES RESULTATS AU QUESTIONNAIRE	69
ANNEXE 8 – RECAPITULATIF DES RESULTATS DES ENTRETIENS.....	83
ANNEXE 9 – RESUMES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	86
ANNEXE 9. 1. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION A	86
ANNEXE 9. 2. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION B	89
ANNEXE 9. 3. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION C	92
ANNEXE 9. 4. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION D	96
ANNEXE 9. 5. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION E.....	98
ANNEXE 9. 6. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION F.....	101
ANNEXE 9. 7. RESUME D’ENTRETIEN – ORGANISATION G	104

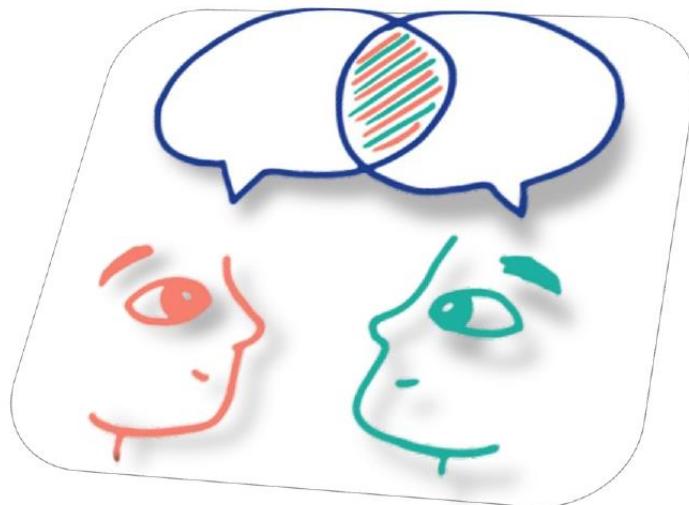
ANNEXE 1 – LIVRET DE STAGE



LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



LIVRET DE STAGE



**DIPLOME UNIVERSITAIRE
PAIR-AIDANCE EN SANTE MENTALE
ET
NEURODIVERSITE**

2024 – 2025

Nom et prénom de l'étudiant/e : VERRIER Sarah

Lieu de stage : VALENCE (26)

Dates de stage (35h au total, soit 10 demi-journées) :

Maître de Stage : Patricia CHAMPELOVIER

Charte du stage

ACCUEIL D'UN PAIR AIDANT PROFESSIONNEL EN FORMATION

Il s'agit d'un **stage d'initiation à la pair-aidance**. Il peut être proposé au pair-aidant en formation d'être actif dans le service, en fonction de ses compétences, de ses envies et des possibilités de l'équipe d'accueil, par exemple en intervenant sur un groupe de psychoéducation, en participant à un projet précis (comité des usagers, livret d'accueil, relations avec les usagers...). Cela reste à établir entre le pair-aidant et l'équipe d'accueil.

Objectifs généraux possibles de stage :

- Soutien / partage pair(s) à pair avec les usagers du service d'accueil ;
- Participation à l'amélioration de la qualité des soins et / ou de la déstigmatisation des personnes concernées via le savoir expérientiel des troubles, du rétablissement, du système de santé ;
- Via des actions concrètes ou l'initiation d'une réflexion avec l'équipe sur l'action du pair aidant.

Il peut s'agir également d'un **stage d'observation**, où le stagiaire pourra avoir un regard sur un dispositif et dont l'objectif pourra alors être de faire un retour d'analyse, de ressenti avec un regard tiers sur ce dispositif.

Le stagiaire doit effectuer au minimum 35h (10 demi-journées) et au maximum 70h (20 demi-journées) de stage pratique, avec la possibilité de les répartir sur maximum deux stages.

La répartition pourra se faire sur une ou plusieurs semaines avec des temps de présence définis à l'avance avec le pair-aidant. Ce choix de répartition est à faire en amont en accord avec les possibilités du service et les préférences du pair-aidant.

Il est important que l'équipe qui reçoit le pair-aidant puisse **l'intégrer pleinement comme un professionnel de l'équipe**, en lui permettant notamment de participer à tous les temps de réunions

cliniques et institutionnelles prévus sur son temps de stage. Le pair-aidant au même titre que les autres professionnels est **soumis au secret professionnel** et formé en ce sens.

Il est nécessaire que l'équipe d'accueil soit au préalable **sensibilisée à la pair-aidance professionnelle et partie prenante du projet d'accueil d'un stagiaire**. Un **guide à l'usage des services** pour faciliter l'accueil d'un pair-aidant professionnel et les collaborations interprofessionnelles est à votre disposition : https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integretravailleupair.pdf

Un « **maître de stage** » référent doit être désigné et peut être en fonction des possibilités locales un médecin, un infirmier, un cadre de santé ou tout autre professionnel impliqué. Le maître de stage doit veiller à la **présence en stage** sur les temps de présence définis, au **bon déroulement du stage**, à l'**intégration du pair-aidant en stage** au sein de l'équipe, **aider le pair-aidant en stage en cas de difficulté** dans les activités ou les missions qui lui sont proposées. Il est **responsable de la validation du stage**.

L'**équipe pédagogique** peut être sollicitée soit par le pair-aidant soit par l'équipe d'accueil en cas de difficulté rencontrée au cours du stage.

*Comité pédagogique du DU de pair-aidance en santé mentale
DUpairaidance@ch-le-vinatier.fr*

GRILLE D'EVALUATION DU STAGE

I Ponctualité et présentation				
Respect des horaires de travail	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Respect des acteurs de la structure et du règlement intérieur (Encadrement, intervenants, usagers...).	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Respecte les échéanciers qui ont été convenus	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Présentation de soi adaptée (tenue vestimentaire et hygiène)	Très bonne présentation			
Commentaires : Sarah a su s'intégrer dans l'équipe				

II Autonomie				
Comprend aisément les explications et les consignes	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Fait preuve d'initiative lorsque c'est approprié	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Profite pour parfaire ses compétences	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Commentaires : Sarah a saisi toutes les opportunités pour parfaire ses connaissances.				

III Positionnement professionnel				
Sait exprimer son opinion en qualité de pair-aidant	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Force de proposition auprès des équipes	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input checked="" type="checkbox"/>	Très bien <input type="checkbox"/>
Sait argumenter pour présenter son projet auprès d'une équipe	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Commentaires : Lors d'une réunion de COTECH, devant l'ESEHP, Sarah s'est positionnée en professionnel pour présenter la Pair-Aidance (formation, pré-requis) et son projet professionnel. Sait interagir avec les professionnels du soin, du médico-social et du social. Lors des rdv individuels planifiés par la Case Manager. Sarah a su travailler en binôme en gardant une posture de pair -aidante				

IV Adaptabilité				
	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input checked="" type="checkbox"/>	Très bien <input type="checkbox"/>
Se conforme aux différentes règles de la structure	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input checked="" type="checkbox"/>	Très bien <input type="checkbox"/>
Fait preuve d'ouverture face aux missions qui lui sont confiées	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Sait s'adapter aux différentes situations	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input checked="" type="checkbox"/>	Très bien <input type="checkbox"/>
Commentaires : Selon les rendez-vous avec les personnes concernées, Sarah a su s'adapter au déroulement de l'entretien.				

V Collaboration				
	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Tient compte du point de vue des autres	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Offre sa collaboration aux autres et enrichit les échanges	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Participe au travail en équipe	Impossible de se prononcer <input type="checkbox"/>	A améliorer <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Très bien <input checked="" type="checkbox"/>
Commentaires :				

VI / Descriptif des activités découvertes au cours du stage

- Présentation du fonctionnement du Répsy (histoire, création, coordination, financement)
- Présentation du processus d'accompagnement Répsy, de la fiche d'interpellation au document de fin de parcours tant au niveau de l'accompagnement psychosocial que de la gestion administrative
- Participation active aux rdv avec les personnes accompagnées par le Répsy, en binôme avec Patricia Champelovier, Case Manager (CM) Répsy Drôme :
 - o Premiers rdv (Bilan partagé, matériel ELADEV)
 - o Rdv de suivi
 - o Rdv de coordination avec les autres professionnels (Assistante sociale, Curatrice)
 - o Rdv de clôture
- Rencontre avec des acteurs locaux de l'accompagnement psychosocial :
 - o Julie S. Pair-aidante au SAMSAH APAJH 07 et membre De l'Embarcadère, association des usagers de la santé mentale
 - o Visite du GEM Air Libre de Valence
Présentation des acteurs locaux du département et/ou de la région du secteur de la santé, du médico-social et du social.
- Participation à la Commission technique (COTECH) mensuel du réseau Répsy ayant eu lieu à la Maison Relais Santé de Valence en présence de professionnels du soin, de médico-social et du

social.

- Présentation de la pair-aidance, de mon parcours vers la pair-aidance, de ma formation, et de mon projet professionnel en lien avec la pair-aidance.
- Echanges avec les personnes présentes sur la pair-aidance, les enjeux, opportunités et défis de l'intégration de pair-aidants dans une équipe psychosociale.
- Participation à la présentation de deux situations du Répsy avec Patricia, CM, pour échanges et conseil sur les actions d'accompagnement possibles.
- Présentation, discussion et partage de ressources :
 - Dispositif « Mon Psy »
 - Outil d'auto-évaluation des difficultés et besoins ELADEV => utilisation pendant les premiers rdv
 - ETP Gestion du stress
 - Entretien motivationnel
 - Ecoute active
 - Ressources documentaires,

VII/ Implication et participation de l'étudiant au cours du stage et actions menées :

Sarah Verrier a su trouver sa place dans l'équipe, curieuse, elle s'est intéressée au objectifs / fonctionnement du RePsy, posant des questions souvent pertinentes.

VIII/ Evaluation du positionnement professionnel de l'étudiant en qualité de futur de pair-aidant

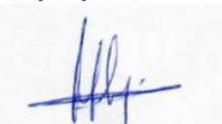
Lors des rdv avec les usagers, Sarah s'est positionnée avec justesse comme apprenante et forte de son savoir expérientiel, au bénéfice de l'usager et de moi-même (CM). Ecoute active, intervenant à bon escient et posant des questions adaptées à l'usager pendant les entretiens de suivi

IX/ Commentaires du maître de stage :

Très bon stage,

Signature du maître de stage et date

17/04/2025



Patricia CHAMPELOVIER, case manager

Validation du stage

- Stage validé
- Stage non validé

Une majorité de critères situés au niveau très bien, bien et à améliorer suffisent à valider le stage

ANNEXE 2 – CITATIONS EN VERSION ORIGINALE

Dans le corps du mémoire, j'ai utilisé des citations tirées de sources anglophones pour lesquelles aucune traduction officielle en français n'a été trouvée. Les traductions fournies ont donc été réalisées par mes soins. Les versions originales sont disponibles ci-dessous :

- **En page 4 du mémoire : Citation de la définition de « travailleur humanitaire » proposée par Connorton et al.**

“Relief workers are civilians employed by nongovernment organizations. They may be deployed from abroad (expatriates) or be hired in the country of crisis (national staff). They have varied professional backgrounds ranging from non-professional (drivers or guards) to highly skilled (medical professionals).” (Connorton et al., 2012, p. 146)

- **En page 33 du mémoire : Résumé des six domaines d’actions prioritaires de la feuille de route « Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. »**

“The roadmap framework is laid out in six actions:

1. Strengthening policy by advocating for including lived/living experience practitioners within national mental health policies and strategies, ensuring alignment with recovery-oriented principles;

2. Building capacity for organizational readiness by strengthening organizational systems and culture to support the effective integration of lived/living experience practitioners into multidisciplinary teams and broader mental health systems, ensuring alignment with recovery-oriented principles;

3. Promoting co-creation, collaboration and integration by embedding co-creation principles in designing, delivering and evaluating mental health services to ensure that lived/living experience and other forms of expertise inform systemic improvements;

4. Standardizing training and certification by co-creating and implementing standardized training and certification programmes for lived/living experience practitioners that ensure consistency, professionalism, fidelity to lived experience principles and recovery-oriented practice;

5. Enhancing supervision and support by establishing reflective and strengths-based clinical/practice supervision models to provide lived/living experience practitioners with the support to manage emotional challenges and navigate professional expectations, while maintaining best practice and fidelity to the principles of lived experience professional roles; and

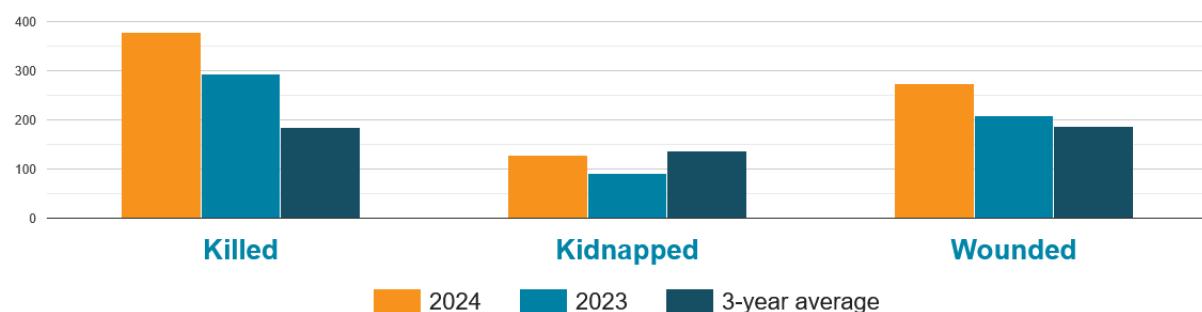
6. Expanding access through accessible and digital tools by using digital platforms to expand the reach of lived/living experience practitioners, particularly in remote and underserved areas.” (World Health Organization, 2025, p. INTvii)

En page 34 du mémoire : Recommandation pour améliorer l'accès au soutien psychosocial pour les travailleurs humanitaires

« *It could be beneficial for NGOs to consider having cost-shared psychosocial support personnel carrying out mandatory ‘check-ins’, where NGOs commit resources to having shared focal points with other NGOs in-country, which covers the confidentiality aspect by reducing the likelihood that individuals will see the person as ‘inside’ the organisation.* » (Cockcroft-McKay et Eiroa-Orosa, 2020, p. 40).

ANNEXE 3 – L’ACTION HUMANITAIRE SOUS ATTAQUE

L’année 2024 a été la plus dangereuse pour les travailleurs humanitaires avec 366 d’entre eux tués dont 63 % à Gaza et dans les Territoires palestiniens occupés.



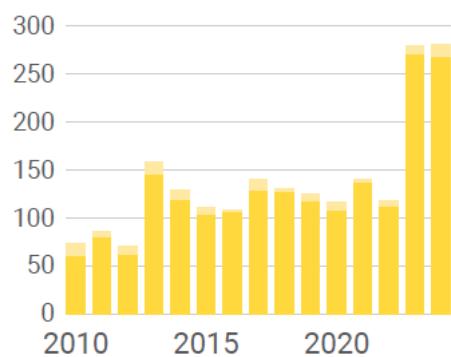
* To date and pending final verification

(Aid Worker Security Database, s. d.)

Il s’agit d’une augmentation de 25 % par rapport à 2023 et de 99 % par rapport à la moyenne observée au cours des trois dernières années. Plus de 500 victimes d’agressions majeures ont été rapportées et les travailleurs humanitaires nationaux sont les premières victimes : entre janvier et novembre 2024, 96 % des travailleurs humanitaires tués, blessés ou enlevés étaient des employés nationaux ou locaux.

Nombre de travailleurs humanitaires tués

National International



Source : Base de données sur la sécurité des travailleurs humanitaires, au 25 novembre 2024

(Aid Worker Security Database, s. d.)

ANNEXE 4 – IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE

Une étude publiée en 2012 et réalisée auprès de plus de 200 travailleurs de 19 ONG expatriés démontre également que certains risques de troubles mentaux ne diminuent pas au fil du temps, même après le retour:

	Symptômes signalés
Avant le déploiement	4 % symptômes d'anxiété 10 % symptômes de dépression
Après le déploiement	12 % symptômes d'anxiété 20 % symptômes de dépression
Trois à six mois plus tard	8 % symptômes d'anxiété 20 % symptômes de dépression

Ce constat est préoccupant et démontre que le travail humanitaire peut avoir des effets durables sur la santé (Ager, 2014, p. 7).

En 2016, le HCR a publié les résultats de la toute première enquête exhaustive sur les risques pour la santé mentale et visant à mesurer les risques d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de stress secondaire et les dimensions de l'épuisement professionnel (l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation). Elle a été remplie par plus de 2000 personnes (soit 21 % du personnel de l'agence onusienne et de ses affiliés). Il en ressort les données suivantes (Dubravka et al., 2016, p. 35):

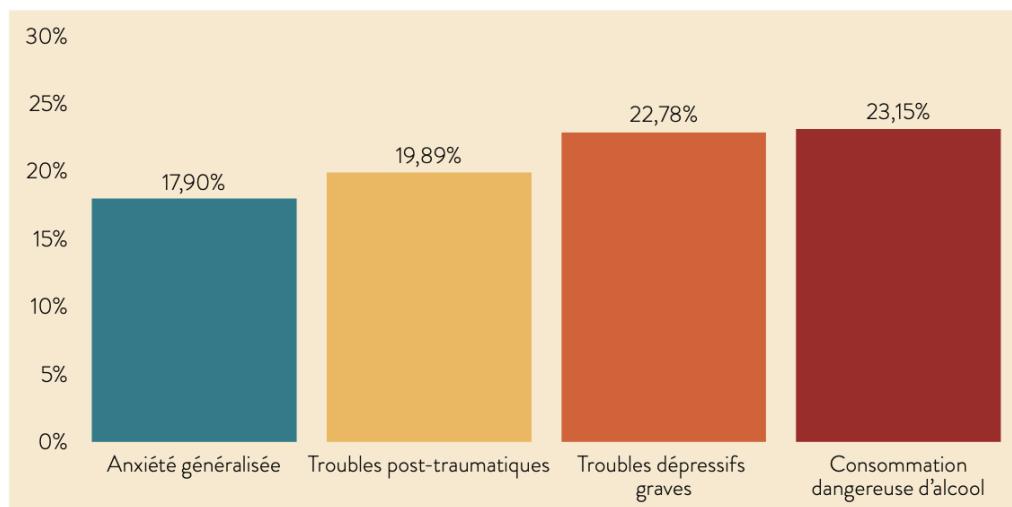
- 36 % présentent un risque élevé de développer un TSPT ou SSPT et 38 % de celles et ceux travaillant directement avec les réfugiés présentent un risque de stress traumatisant secondaire (traumatisme vicariant)
- 25 % présentent un risque de dépression
- 31 % présentent un risque d'anxiété.

Il apparaît également que 25 % des personnes ayant répondu présentent un risque de consommation dangereuse d'alcool, le personnel international étant plus susceptible d'être classé à risque que le personnel national. Enfin, le risque de déséquilibre effort-récompense est de loin le plus élevé avec 72 % des personnes considérant que les efforts qu'elles investissent dans leur travail ne sont pas au niveau des récompenses qu'elles en retirent.

Peu après, en 2017, le Secrétariat de l'ONU a publié un rapport sur les données issues de l'enquête sur le bien-être du personnel, conduite à partir de 2015, au cours de laquelle plus de 17 milles personnes ont participé. Presque qu'un quart des membres du personnel présentent des troubles dépressifs graves et une consommation dangereuse d'alcool, 20 % des troubles post-traumatiques et 18 % de l'anxiété généralisée (Mansour Amer et al., 2017, p. 16) :

Figure 1

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



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

ANNEXE 5 – OBJECTIFS ET TRAME DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Les objectifs du questionnaire étaient les suivants :

1. Mesurer la prévalence du mal-être psychologique et social au sein de la population de travailleurs humanitaires

 2. Identifier et évaluer les dispositifs et actions de soutien psychosocial existants au sein des organisations humanitaires en interne et en externe

 3. Identifier les freins qui découragent les travailleurs humanitaires à rechercher un soutien psychosocial en cas de besoin

 4. Mesurer l'appétence des travailleurs humanitaires pour la PAHSM

 5. Identifier les limites possibles de la PAHSM
-

Trame vierge du questionnaire en ligne :

accompagnement psychosocial.

Questionnaire - Soutien Psychosocial et Pair-aidance en santé mentale dans le secteur humanitaire

Cette recherche cible tout particulièrement les travailleur·euse·s humanitaires expatrié·e·s, ayant été déployé·e·s à l'international pendant au moins 30 jours consécutifs au cours des 24 derniers mois.

Dans cette optique, j'ai développé un questionnaire visant à collecter des informations sur **vos besoins, préférences et attitudes vis-à-vis de la demande de soutien psychosocial et de l'accompagnement psychosocial dans le secteur humanitaire**.

Je sais à quel point vous êtes occupé·e·s, notamment suite aux nombreux enjeux qui ont touché le secteur de l'aide humanitaire ces derniers mois. Ainsi, j'en serai d'autant plus reconnaissante si vous preniez **10-15 minutes** de votre temps pour répondre à ce questionnaire, de manière totalement anonyme. Votre contribution est essentielle car il est indispensable que les réflexions sur ce sujet impliquent en premier lieu les personnes concernées.

N'hésitez pas à partager ce questionnaire avec d'autres personnes de votre réseau répondant aux critères.

Dans le cadre du Diplôme universitaire de Pair-aidance en santé mentale et neuro-développement à l'Université Lyon 1, je travaille actuellement sur le mémoire visant à répondre à la question suivante : **la pair-aidance humanitaire en santé mentale permettrait-elle un meilleur accompagnement psychosocial des travailleuses et travailleurs humanitaires expatriés ?**

La pair-aidance en santé mentale est un dispositif dans lequel une personne, un·e pair-aidant·e, ayant traversé des difficultés psychologiques et / ou sociales et rétablie, met son vécu et ses savoirs expérientiels (c'est-à-dire fondés sur l'expérience)

au service d'autres personnes confrontées à des épreuves similaires. Appliquée au secteur humanitaire, la pair-aidance humanitaire en santé mentale permet de mettre en lien des pair-aidant·e·s formé·e·s et ayant travaillé ou travaillant encore dans le secteur humanitaire, avec d'autres travailleur·euse·s humanitaires, afin de leur proposer un

Un grand merci,

Sarah Verrier

* Indicates required question

Partie 1/5 : Profil général

1. 1. Vous êtes... *

Check all that apply.

- Femme
- Homme
- Autre
- Je préfère ne pas répondre

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce questionnaire

2. 2. Votre âge : *

Il semblerait que vous ne remplissiez pas ces critères.

3. 3. Quelle est votre nationalité ? *

N'hésitez pas à partager ce questionnaire avec d'autres personnes de votre réseau ayant été déployé·e·s à l'international pendant au moins 30 jours consécutifs au cours des 24 derniers mois.

Merci

4. 4. Avez-vous été déployé à l'international pour une période *  Dropdown
d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 24 derniers mois ?

Mark only one oval.

Oui [Skip to question 5](#)

Non

[Skip to section 3 \(Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce questionnaire\)](#)

5. À votre connaissance, si vous additionnez le temps que vous avez passé * dans chacune de vos missions humanitaires, combien de temps avez-vous passé au total en déploiement sur le terrain depuis le début de votre carrière humanitaire ?

Check all that apply

- Moins de 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

6. Pour quelle organisation travaillez-vous (actuellement ou dernier employeur en date) ? *

7. De quel type d'organisation s'agit-il ? *

Dropdown

Mark only one oval.

- Organisation non-gouvernementale internationale
- Organisation non-gouvernementale locale
- Agence des Nations Unies
- Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Autre

8. 7.1. Si Autre, préciser

9. Quel est l'intitulé de votre poste (actuel ou dernier en date)? *

Partie 2 : Bien-être psychologique et social des travailleur.euses humanitaires

10. Au cours de vos dernières missions, avez-vous ressenti des difficultés psychologiques et/ou sociales?

*  Dropdown

Mark only one oval.

Oui [Skip to question 11](#)

Non [Skip to question 15](#)

You avez ressenti des difficultés psychologiques et/ou sociales.

11. Lesquelles parmi les suivantes avez-vous ressenties ? *

Mark only one oval per row.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Stress Chronique	<input type="radio"/>				
Réaction de stress aigu	<input type="radio"/>				
Anxiété	<input type="radio"/>				
Symptômes dépressifs	<input type="radio"/>				
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>				
Difficultés relationnelles	<input type="radio"/>				
Isolement social	<input type="radio"/>				
Troubles de l'humeur	<input type="radio"/>				
Irritabilité	<input type="radio"/>				
Difficultés de concentration	<input type="radio"/>				

12. Quelle est selon vous la source des difficultés ressenties? *

Mark only one oval per row.

	Travail	Vie personnelle	Les deux	Je ne sais pas	Jamais ressenti
Stress Chronique	<input type="radio"/>				
Réaction de stress aigu	<input type="radio"/>				
Anxiété	<input type="radio"/>				
Symptômes dépressifs	<input type="radio"/>				
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>				
Difficultés relationnelles	<input type="radio"/>				
Isolément social	<input type="radio"/>				
Troubles de l'humeur	<input type="radio"/>				
Irritabilité	<input type="radio"/>				
Difficultés de concentration	<input type="radio"/>				

13. 11. Avez-vous ressenti que ces difficultés psychologiques et/ou sociales ont eu un impact sur (plusieurs réponses possibles) : *

Check all that apply.

- Votre efficacité professionnelle
- Vos relations avec vos collègues
- Vos relations avec vos proches
- Votre bien-être personnel
- Aucun impact significatif
- Autre

14. 11.1. Si Autre, préciser

15. 12. Lorsque vous êtes OU si vous étiez confronté.e à des difficultés psychologiques et/ou sociales en mission, quelles sont/seraient les stratégies que vous avez/auriez tendance à utiliser pour y faire face ? (Plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- Écrire ou tenir un journal personnel
- Pratiquer une activité physique (marche, sport, etc.)
- Méditation, relaxation, prière ou pratiques spirituelles
- Éviter d'y penser, "tenir bon", continuer à travailler
- Me distraire pour déconnecter (lectures, films, musique, réseaux sociaux et autres)
- Consommation d'alcool, tabac ou autres substances pour se détendre
- Réduire mes heures de travail pour retrouver un équilibre vie personnelle/vie professionnelle et une routine de vie saine
- Prendre des médicaments
- Parler avec quelqu'un (collègues, amis, proches, professionnels de la santé)
- Je ne fais rien de particulier / je gère seul.e sans stratégie définie
- Autre

16. Si Autre, préciser:

17. 13. Si vous avez ou aviez des difficultés psychologiques et/ou sociales, quelle est la probabilité que vous demandiez de l'aide aux personnes suivantes ? *

Mark only one oval per row.

	Extrêmement improbable	Improbable	Probable	Extrêmement probable
Partenaire intime (par exemple, conjoint, conjointe, mari, femme, autre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ami.e (sans lien de parenté avec vous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre parent/membre de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionnel.le de la santé mentale (par exemple, psychologue, travailleur social, thérapeute)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligne d'assistance téléphonique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Docteur/médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chef religieux (par exemple, prêtre, rabbin, aumônier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collègue de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pair-aidant humanitaire en santé mentale

Je ne chercherais pas à obtenir de l'aide auprès de qui que ce soit

18. 13.1. Si vous demanderiez de l'aide à une autre personne ne figurant pas sur la liste ci-dessus, veuillez l'énumérer ci-dessous:
-
-
-
-

Partie 3 : Soutien psychosocial existant au sein des organisations

19. 14. Est-ce qu'il existe au sein de votre organisation (actuelle * ou dernière en date) une équipe dédiée à la santé mentale du personnel ?

Mark only one oval.

Oui
 Non



20. 15. Votre organisation propose / organise... (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- Des réunions d'information expliquant quand et comment demander un soutien psychologique ou psychosocial
- Des réunions d'information sur les services et politiques de santé mentale et de soutien psychosocial existants
- Des documents ou supports sur la santé mentale et le bien-être (ex. : outils d'autogestion, guides pratiques)
- Des réunions d'information sur la façon d'accéder à ces documents
- Des campagnes ou programmes visant à réduire la stigmatisation liée à la santé mentale
- Un accès à un suivi psychologique individuel
- Un accès à des thérapies complémentaires (par exemple l'hypnose, la sophrologie, la thérapie par l'art ou autre)
- Un accès à d'autres services de santé mentale culturellement adaptés
- Un accès à des accompagnements ou thérapies de groupe
- Des dispositifs de soutien entre collègues (ex. : binôme de soutien, co-écoute entre chefs d'équipe)
- Un programme structuré de soutien par les pairs (pair-aidants formés)
- Des formations sur la santé mentale et le bien-être (par exemple : gestion du stress, prévention de l'épuisement)
- Des formations aux premiers secours psychologiques (PSSM – Premiers Secours en Santé Mentale)
- Aucun dispositif connu
- Je ne sais pas
- Autre

21. 15.1. Si Autre, préciser

22. 15.2. Avez-vous plus d'informations à apporter sur la fréquence, *
l'organisation, l'accessibilité et la communication relative à ces dispositifs et
actions?

23. 16. A votre avis, votre organisation (actuelle ou dernière en *
date) accorde-t-elle une grande importance au bien-être
psychosocial de ses employés ? Dropdown

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je n'en suis pas certain.e

24. 17. A votre avis, votre organisation (actuelle ou dernière en *
date) a-t-elle mis en place une politique stricte de
confidentialité et de protection des personnes faisant appel au
service de soutien psychosocial et des informations partagées
? Dropdown

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je n'en suis pas certain.e

Partie 4/5 : Attitudes vis-à-vis de la recherche de soutien psychosocial

25. 19. Avez-vous déjà fait appel à un service de soutien psychosocial pour des raisons directement liées à votre travail humanitaire ? *

Mark only one oval.

- Oui [Skip to question 28](#)
 Non [Skip to question 26](#)

26. 19.1. Si non, pour quelles raisons ? *

Mark only one oval.

- Je ne savais pas que cela existait
 Je n'en ai pas ressenti le besoin
 J'avais peur d'être jugé.e
 Je pensais que ce ne serait pas utile
 Difficulté d'accès (ex : disponibilité, espace confidentiel)
 Autre

27. 19.2. Si Autre, préciser

28. 20. Selon vous, quels sont les principaux freins à la recherche de soutien psychosocial pour les travailleurs humanitaires ? (cochez jusqu'à 3 réponses) *

Check all that apply.

- Peur du jugement ou de la stigmatisation
 Crainte d'un impact sur sa carrière
 Manque de temps sur le terrain
 Accès limité aux services
 Méconnaissance des dispositifs existants
 Sous-estimation de ses propres difficultés
 Coût financier
 Difficulté d'accès à des professionnels de santé / thérapeutes ayant une connaissance du travail humanitaire
 Préférence pour une gestion personnelle des difficultés
 Autre

29. 20.1. Si Autre, préciser

Partie 5/5 : Soutien psychosocial par la pair-aidance humanitaire en santé mentale

30. 21. Connaissiez-vous le concept de pair-aidance humanitaire *  Dropdown

Mark only one oval.

- Oui [Skip to question 31](#)
 Non [Skip to section 13 \(\)](#)

La pair-aidance en santé mentale est un dispositif dans lequel une personne, un·e pair-aidant·e, ayant traversé des difficultés psychologiques et / ou sociales et rétablie, met son vécu et ses savoirs expérientiels (c'est-à-dire fondés sur l'expérience) au service d'autres personnes confrontées à des épreuves similaires. Appliquée au secteur humanitaire, la pair-aidance humanitaire en santé mentale permet de mettre en lien des pair-aidant·e·s formé·e·s et ayant travaillé ou travaillant encore dans le secteur humanitaire, avec d'autres travailleur·euse·s humanitaires, afin de leur proposer un accompagnement psychosocial adapté.

31. 22. Avez-vous déjà échangé avec un pair-aidant humanitaire *  Dropdown

Mark only one oval.

- Oui [Skip to question 32](#)
 Non [Skip to question 33](#)

22.1. Vous avez déjà échangé avec un pair-aidant humanitaire en santé mentale.

32. Considérez-vous que ces échanges ont été utiles ?*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

- Pas  Très utile

33. 23. Seriez-vous intéressé.e à bénéficier d'un soutien par un pair-aidant humanitaire en santé mentale **interne** à votre organisation (travailleur.euse humanitaire formé.e à la pair-aidance et ayant une expérience similaire) ? *

Mark only one oval.

- Oui, certainement
 Oui, peut-être
 Non
 Je ne sais pas

34. 24. Seriez-vous intéressé.e à bénéficier d'un soutien par un pair-aidant humanitaire en santé mentale **externe** à votre organisation (travailleur.euse humanitaire formé.e à la pair-aidance et ayant une expérience similaire) ? *

Mark only one oval.

- Oui, certainement
 Oui, peut-être
 Non
 Je ne sais pas

35. 25. Quels sont/seraient les principaux bénéfices que vous pouvez identifier * ? (plusieurs réponses possibles)

Check all that apply.

- Me sentir écouté.e sans jugement
 Pouvoir parler à quelqu'un qui comprend réellement ce que je vis
 Prendre conscience que je ne suis pas seul.e à vivre ces difficultés
 Trouver du réconfort dans l'expérience partagée
 Recevoir des conseils concrets adaptés au contexte humanitaire
 Pouvoir exprimer mes émotions librement
 Réduction de mon stress ou de mon anxiété
 Trouver des pistes pour prendre soin de ma santé mentale
 Me sentir plus en confiance pour demander de l'aide à l'avenir
 Me permettre d'accéder à un accompagnement psychologique professionnel
 Lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation
 M'aider à reprendre pied ou à mieux gérer la suite de la mission
 Permettre une meilleure prévention des risques psychosociaux liés au travail humanitaire
 Compléter un accompagnement psychologique professionnel
 Aucun bénéfice particulier

36. 25.1. Quels autres bénéfices identifiez-vous?

37. 26. À quel(s) moment(s) trouveriez-vous utile d'avoir accès à un pair-aidant ? (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- Avant le départ en mission
- Pendant la mission
- Au retour de mission
- Dans les mois qui suivent un retour de mission
- Jamais

38. 27. Sous quelle(s) forme(s) préféreriez-vous que ce soutien soit proposé ? * (plusieurs réponses possibles)

Check all that apply.

- Entretiens individuels en ligne
- Entretiens individuels en présentiel
- Groupes de parole entre pairs humanitaires, en ligne
- Groupes de parole entre pairs humanitaires, en présentiel
- Échanges informels via messagerie sécurisée
- Autre

39. 27.1. Si Autre, préciser

40. 28. Lors de la mise en place d'un dispositif de soutien psychosocial reposant sur la pair-aidance humanitaire en santé mentale, quels seraient selon vous les points d'attention à avoir ? (cochez jusqu'à 5 réponses)

Check all that apply.

- S'assurer que les pair-aidants bénéficient d'une formation et d'un accompagnement adaptés
- Bien distinguer le rôle du pair-aidant de celui d'un professionnel de santé mentale
- Garantir la confidentialité des échanges
- Créer un climat de confiance entre pair-aidants et personnes accompagnées
- Prévenir les risques de surcharge émotionnelle ou de transfert pour les pair-aidants
- Favoriser un espace sans jugement, même entre pairs
- Articuler ce soutien avec d'autres ressources en cas de détresse importante
- Clarifier le cadre, les objectifs et la légitimité du dispositif
- Intégrer pleinement le dispositif dans les politiques et pratiques de l'organisation
- Adapter le dispositif aux contextes culturels et aux profils individuels
- Veiller à ce que les pair-aidants soient disponibles et accessibles en temps utile
- Je ne perçois pas de point d'attention particulier
- Autre

41. 28.1. Si Autre, préciser

42. 29. Selon vous, quelles forces, ressources personnelles et/ou collectives *
des travailleuses.euses humanitaires pourraient être renforcées grâce à un
dispositif de pair-aidance en santé mentale ?

Check all that apply.

- La solidarité et l'entraide entre collègues
- La capacité à parler de santé mentale sans tabou
- La confiance en soi face aux difficultés émotionnelles
- Le sentiment d'appartenance à une communauté de travail
- La résilience individuelle
- La prévention du stress chronique ou de l'épuisement
- Le soutien mutuel en dehors des cadres hiérarchiques
- La capacité à demander de l'aide plus tôt
- L'équilibre entre engagement professionnel et bien-être personnel
- Autre

43. 29.1. Si Autre, préciser

Fin du questionnaire

44. 30. Avez-vous d'autres commentaires à partager ?

45. 31. Choisir oui ou non à l'affirmation suivante : « J'autorise *
l'utilisation de mes réponses à ce questionnaire dans le cadre
de ce projet de recherche. »

Mark only one oval.

Oui

Non

Un grand merci.

Toutes les données recueillies seront traitées avec rigueur, dans le strict respect de
l'anonymat et de la confidentialité des participant·e·s.

Je tiens une nouvelle fois à vous remercier du fond du cœur pour le temps que vous
avez consacré à répondre à ce questionnaire.

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

ANNEXE 6 – TRAME D’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

TRAME D’ENTRETIEN GUIDÉ AVEC LES ACTEURS HUMANITAIRES

Sarah VERRIER

« Le but du rétablissement n'est pas de redevenir normal. Le but est d'embrasser la vocation humaine de devenir plus profondément, plus pleinement humain. » Patricia Deegan



Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement 2025

OBJECTIFS

Collecter des informations sur la manière dont les organisations :



- Appréhende la question de la santé mentale des travailleurs humanitaires
- Imagine son rôle en tant qu'employeur pour garantir la sécurité psychologique des travailleurs humanitaires
- S'organise afin de mettre en place les dispositifs et actions de prévention et d'accompagnement psychologique et/ou social des travailleurs humanitaires

Evaluer l'appétence des organisations à la pair-aidance humanitaire en santé mentale (PAHSM) :

- Expliquer le concept de PAHSM
- Présenter le cadre de fonctionnement envisagé de la PAHSM

Identifier les points d'attention à avoir lors de la mise en place d'un dispositif de soutien psychosocial reposant sur la PAHSM.

Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement 2025

PUBLIC CIBLE

Entretiens conduits en priorité avec les personnes suivantes :

- Membres de l'équipe « Staff Care » (psychologues ou autres salarié·e·s)
- Directeur·rice·s des ressources humaines
- Chargé·e·s de gestion des RH
- Chef·fe·s de mission / Directeur·rice·s Pays



Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement 2025

Trame d'entretien guidé

Pair-aidance humanitaire en santé mentale (PAHSM)

Durée estimée : 45–60 minutes



Format : visio ou entretien téléphonique

Introduction (2-3 min)

- Présentation du cadre : mémoire universitaire dans le cadre du DU Pair-aidance en santé mentale et neuro-développement – Université Lyon 1.
- Objectifs de l'entretien : compléter les résultats du questionnaire par des retours organisationnels sur la santé mentale du personnel humanitaire, les dispositifs existants, et la pertinence de la PAHSM.
- Confidentialité : les informations partagées seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre du mémoire.
- Consentement oral.

Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement 2025

Partie 1

15 min

Approche de la santé mentale par l'organisation et dispositifs existants

1. Comment votre organisation prend-elle en compte la santé mentale des travailleur·euse·s humanitaires (prévention et accompagnement) ?
2. Quels dispositifs ou actions de soutien psychosocial proposez-vous actuellement ?
 - a. Internes (psychologue, hotline, formations, groupes de parole...) ?
 - b. Externes (prestataires, partenariats, référents bien-être, etc.) ?
3. Quels sont, selon vous, les éléments facilitateurs et les freins à leur utilisation ?
4. Comment évaluez-vous l'efficacité de ces dispositifs ? Avez-vous des retours réguliers du personnel ?
5. Existe-t-il une politique de confidentialité formalisée pour les personnes ayant recours à ces dispositifs ? (facultative)



Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement 2025

Partie 2

15-20 min

Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

1. **Avez-vous déjà entendu parler de la pair-aidance en santé mentale et de la pair-aidance humanitaire en santé mentale ?**
2. **Présentation succincte du concept :** la pair-aidance en santé mentale est un dispositif dans lequel une personne, un·e pair-aidant·e, ayant traversé des difficultés psychologiques et / ou sociales et rétablie, met son vécu et ses savoirs expérientiels (c'est-à-dire fondés sur l'expérience) au service d'autres personnes confrontées à des épreuves similaires. Appliquée au secteur humanitaire, la pair-aidance humanitaire en santé mentale permet de mettre en lien des pair-aidant·e·s formé·e·s et ayant travaillé ou travaillant encore dans le secteur humanitaire, avec d'autres travailleur·euse·s humanitaires, afin de leur proposer un accompagnement psychosocial adapté.
3. **Quelle est votre réaction à ce concept ? Voyez-vous une valeur ajoutée pour votre personnel ?**
4. **Dans votre organisation, un dispositif de PAHSM serait-il :**
 - Compatible avec la culture de votre organisation et les réalités du terrain humanitaire ?
 - Intégrable dans vos procédures existantes ?
 - Envisageable en interne (pair-aidant·e·s salarié·e·s) ou en externe ?
5. **Quels avantages et quels risques potentiels identifiez-vous ?**
6. **Quelles conditions vous sembleraient nécessaires pour garantir la sécurité, la confidentialité et l'efficacité de ce type de soutien ?**



Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement 2025



Partie 3

10 min

Points d'attention et perspectives

1. Quels seraient, selon vous, les points d'attention à avoir lors de la mise en place d'un dispositif de PAHSM en interne ou en externe ?
2. A quelles étapes du cycle de mission ce type de soutien vous semble-t-il le plus pertinent (pré-départ, en mission, retour, post-retour) ? (facultative)
3. Quels formats vous paraissent les plus adaptés (échange en visio, messagerie, groupe de parole, etc.) ? (facultative)
4. Avez-vous des recommandations ou réserves particulières à formuler ? (facultative)

Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aide en santé mentale et neurodéveloppement 2025

CONCLUSION

2-3 min

- Remerciement pour le temps consacré et la qualité des échanges.
- Rappel sur l'utilisation des données et la suite du mémoire.
- Proposition d'envoi d'un résumé des résultats globaux une fois le mémoire finalisé.

THANK
YOU!

Préparation du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de pair-aide en santé mentale et neurodéveloppement 2025

ANNEXE 7 – RAPPORT PRÉSENTANT LES RESULTATS AU QUESTIONNAIRE

Rapport présentant les résultats du questionnaire, publié du 13 mai au 24 juin 2025 et ayant obtenu 54 réponses valides. Quatre personnes supplémentaires ont souhaité répondre au questionnaire mais ne remplissaient pas le critère de déploiement à l'international (au moins 30 jours consécutifs au cours des 24 derniers mois). Elles n'ont donc pas pu continuer le questionnaire (au-delà de la question 4) et ne sont donc pas comptabilisés dans l'analyse des réponses.

Remarque préalable :

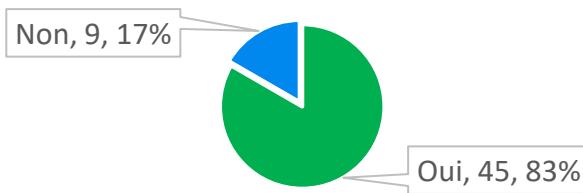
- *Les réponses textuelles ci-dessous sont reproduites telles qu'elles ont été formulées par les participants. Aucune correction de syntaxe, grammaire ou orthographe n'a été apportée.*
- *Dans certains graphiques, certaines réponses n'apparaissent pas de manière complète en raison de contraintes techniques. Se référer au questionnaire en Annexe 5.*

I. Caractéristiques sociodémographiques

Echantillon total: N= 54	#	%	Organisation	#	%
Homme	17	31 %	ACF	3	6 %
Femme	35	65 %	ACF Espagne	1	2 %
Autre	1	2 %	Asociacion CDRO	1	2 %
Ne préfère pas répondre	1	2 %	ATIA	1	2 %
Âge			Cesvi	1	2 %
Minimum	24		CICR	3	6 %
Maximum	55		Concern Worldwide	1	2 %
Moyenne	39		Conseil Danois pour les Réfugiés	1	2 %
Nationalité			Croix rouge française	1	2 %
Belgique	2	4 %	Friends-International	1	2 %
Burkina Faso	2	4 %	HI	10	19 %
Cameroun	1	2 %	IECD	1	2 %
Canada	2	4 %	INSO	3	6 %
Côte d'Ivoire	1	2 %	IRC	1	2 %
France	37	69 %	MAG International	1	2 %
Italie	3	6 %	Medair	1	2 %
Liban	1	2 %	MSF	5	9 %
Nouvelle Zélande	1	2 %	MSF OCG	1	2 %
République démocratique du Congo	1	2 %	NRC	2	4 %
Suisse	1	2 %	SCI	1	2 %
Turquie / Pays-Bas	1	2 %	Secours Islamique France	1	2 %
Réponse non valide	1	2 %	Solidarités International	1	2 %
Nombre d'années d'expérience dans le secteur			TGH	4	7 %
Moins de 1 an	5	9 %	UN	3	6 %
1 à 5 ans	15	28 %	WAR CHILD	1	2 %
5 à 10 ans	17	31 %	WHH	1	2 %
Plus de 10 ans	17	31 %	WVI	1	2 %
Type d'organisation			Non renseignée	2	4 %
Organisation non-gouvernementale internationale	44	81 %			
Organisation non-gouvernementale locale	1	2 %			
Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	4	7 %			
Agence des Nations Unies	4	7 %			
Autre	1	2 %			

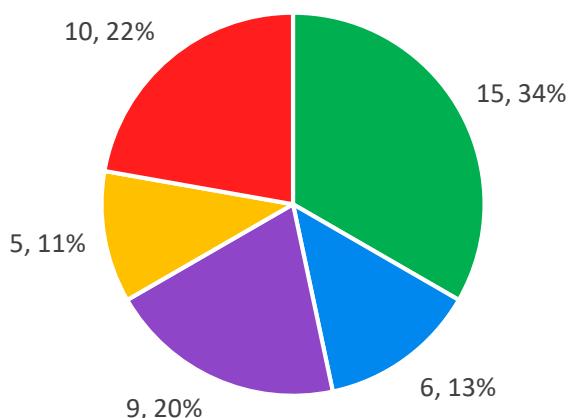
II. Prévalence du mal-être psychologique ou social

Nombre de répondants ayant ressenti des difficultés psychologiques et/ou sociales au cours de leurs dernières missions



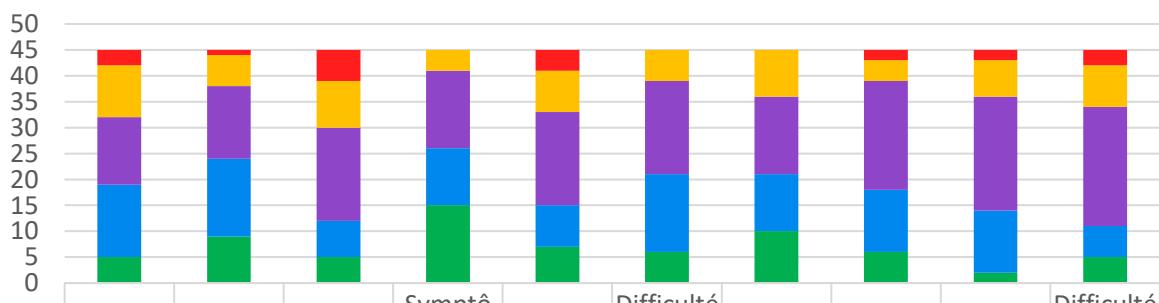
10. Lesquelles difficultés psychologiques et/ou sociales avez-vous ressenties ? (Echantillon total : 45)

Proportion de personnes ayant souvent ou très souvent ressenti des difficultés psychosociales au cours des dernières missions



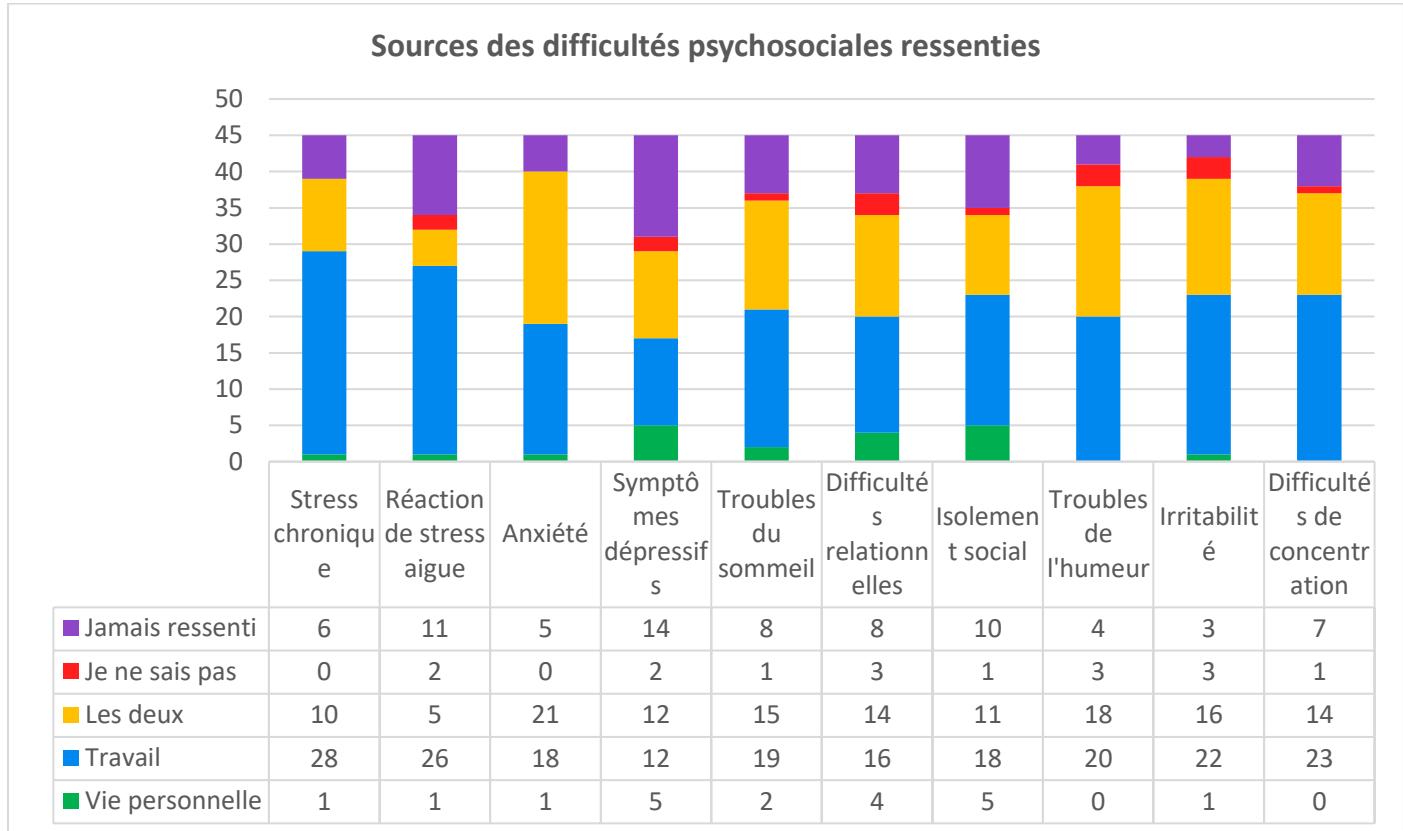
- Nombre de personnes n'ayant jamais ressenti de difficultés, souvent ou très souvent
- Nombre de personnes ayant ressenti 1 difficulté souvent ou très souvent
- Nombre de personnes ayant ressenti 2 difficultés souvent ou très souvent
- Nombre de personnes ayant ressenti 3 difficultés souvent ou très souvent
- Nombre de personnes ayant ressenti au moins 4 difficultés souvent ou très souvent

Fréquence des difficultés psychosociales ressenties

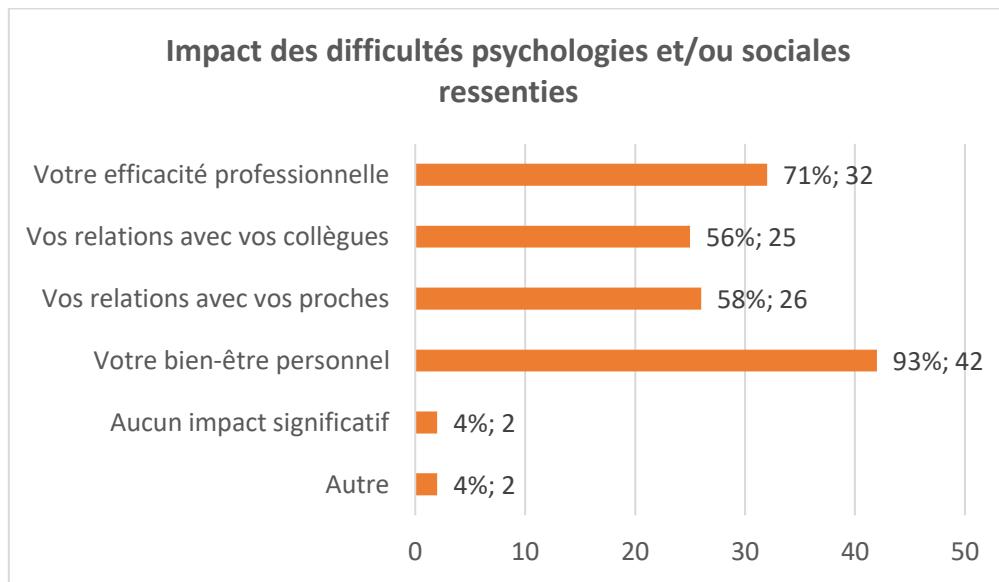


	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Stress chronique	3	10	13	14	5
Réaction de stress aigue	1	6	14	15	9
Anxiété	6	9	18	7	5
Symptômes dépressifs	0	4	15	11	15
Troubles du sommeil	4	8	18	8	7
Difficultés relationnelles	0	6	18	15	6
Isolement social	0	9	15	11	10
Troubles de l'humeur	2	4	21	12	6
Irritabilité	2	7	22	12	2
Difficultés de concentration	3	8	23	6	5

Quelle est selon vous la source des difficultés ressenties?



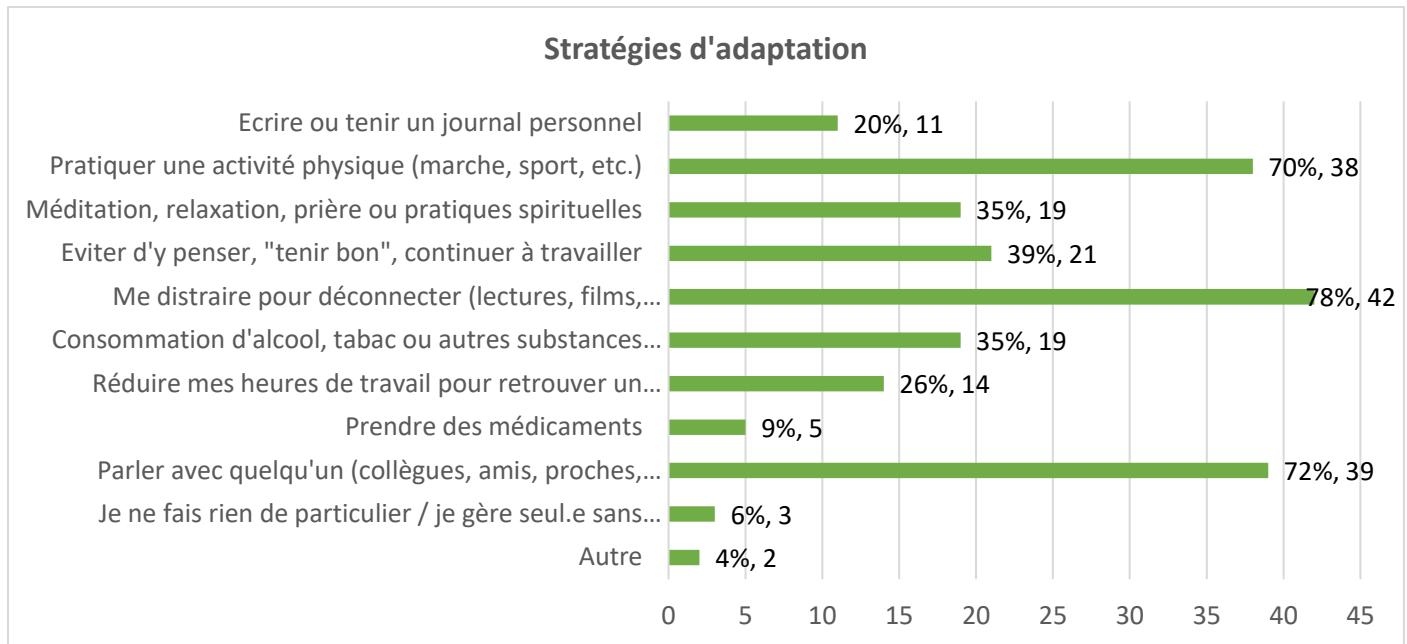
11. Avez-vous ressenti que ces difficultés psychologiques et/ou sociales ont eu un impact sur (plusieurs réponses possibles) : (Echantillon total : 45)



Autres:

- « Santé »
- « Impact sur ma santé, mon énergie, ma motivation de continuer dans ce secteur »

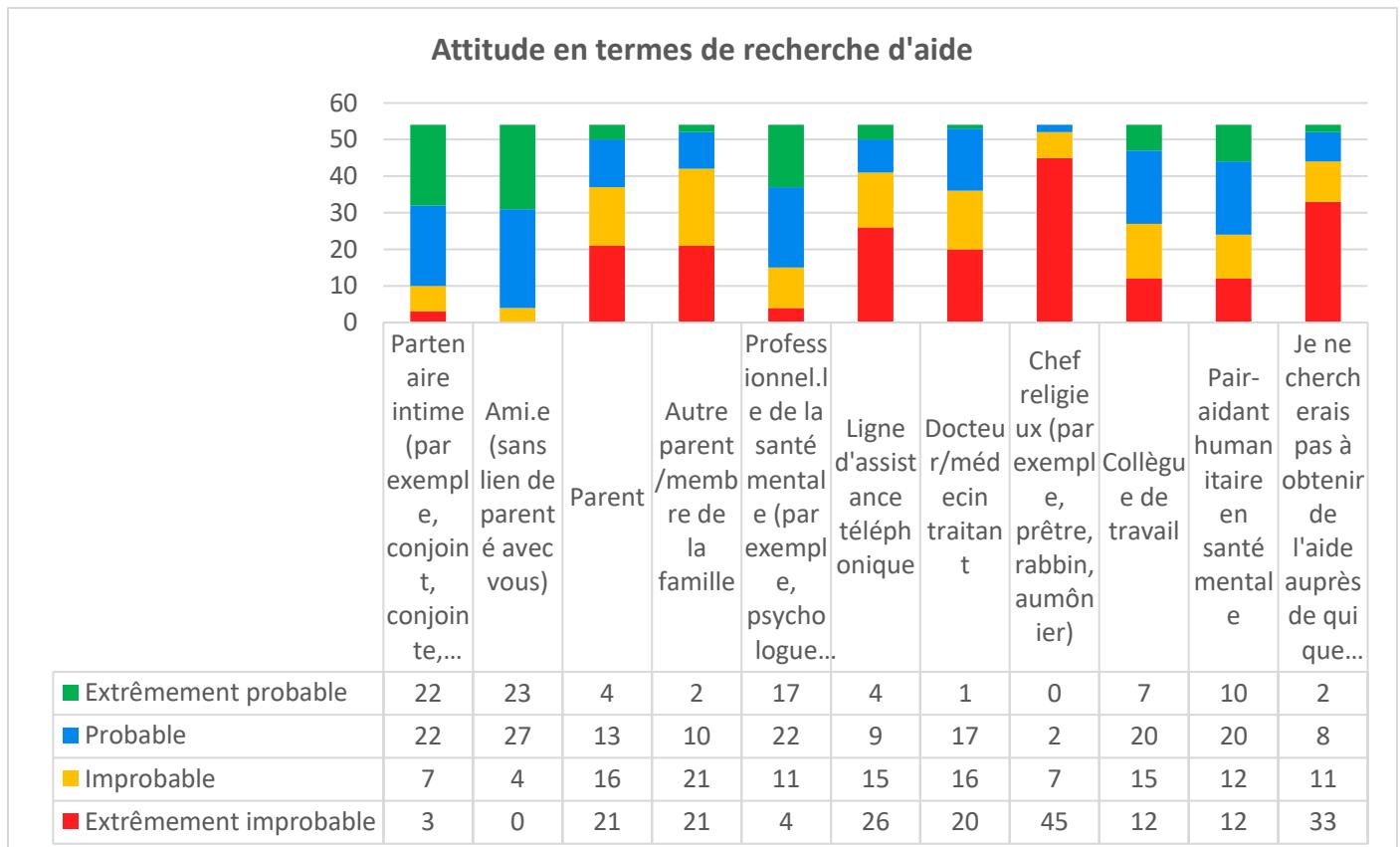
12. Lorsque vous êtes OU si vous étiez confronté.e à des difficultés psychologiques et/ou sociales en mission, quelles sont/seraient les stratégies que vous avez/auriez tendance à utiliser pour y faire face ? (Plusieurs réponses possibles)



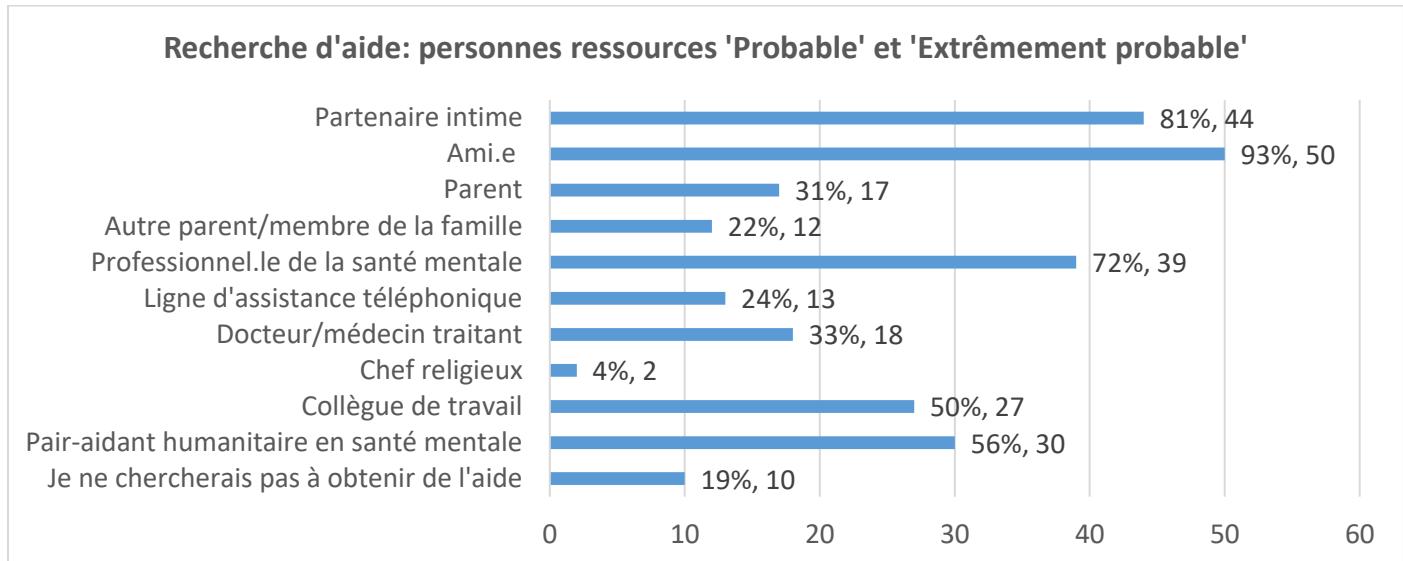
Autres:

- « *Entretien avec un psychologue* »
- « *Junk food* »
- « *J'ai demandé les 20 séances remboursés par MSF de psychologue afin d'avoir un soutien pour ma 1ere mission* »

13. Si vous avez ou aviez des difficultés psychologiques et/ou sociales, quelle est la probabilité que vous demandiez de l'aide aux personnes suivantes ?



Les personnes ressources vers qui les répondants se tourneraient le plus étant :

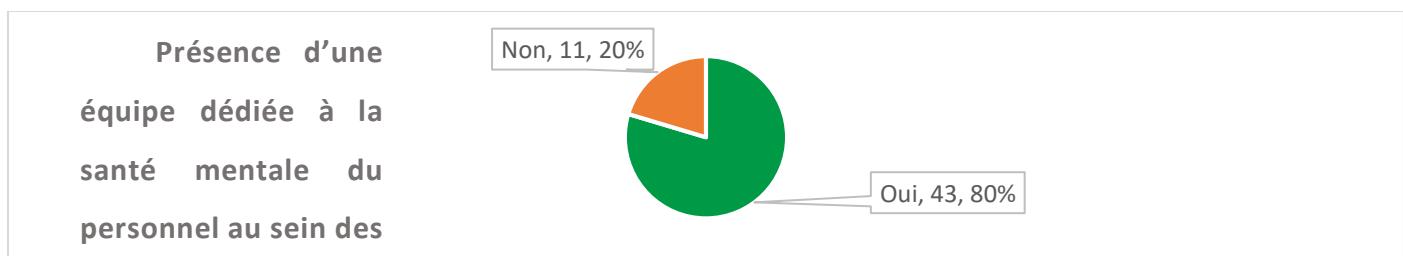


Autre :

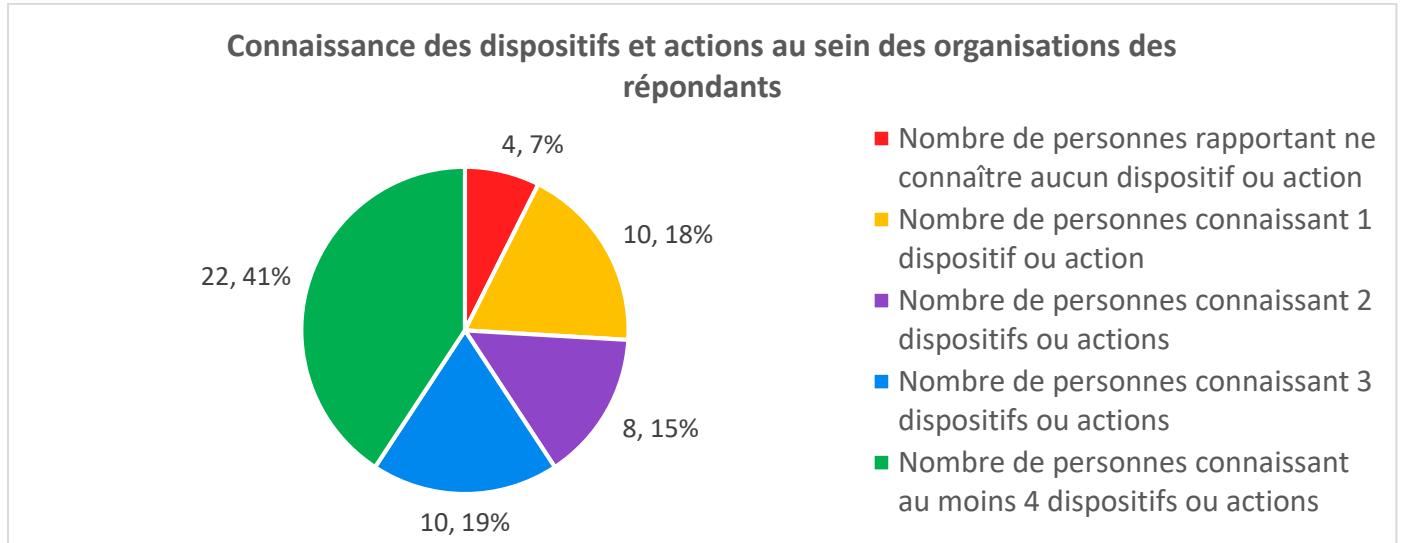
- « Collègue partenaire avec même poste dans le même contexte »
- « N/A »
- « Groupe de pratique en Communication Non Violente »

III. Soutien psychosocial existant au sein des organisations

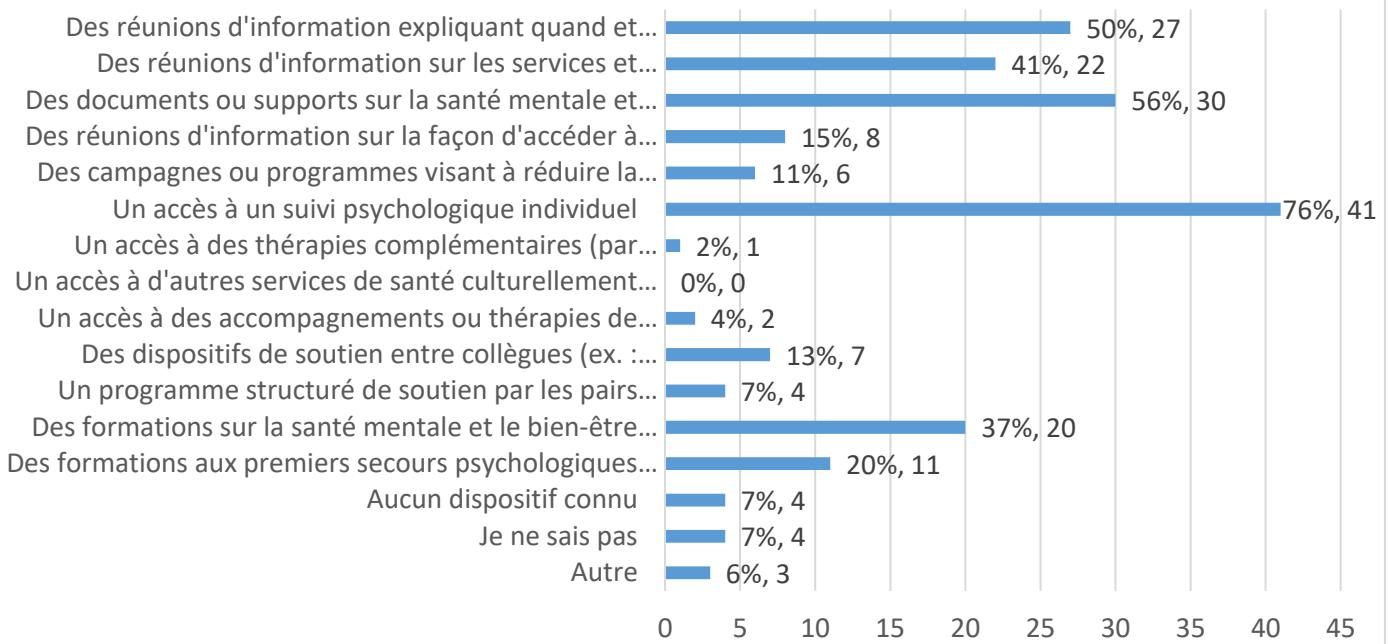
14. Est-ce qu'il existe au sein de votre organisation (actuelle ou dernière en date) une équipe dédiée à la santé mentale du personnel ?



15. Votre organisation propose / organise... (plusieurs réponses possibles)



Dispositifs et actions de soutien psychosociales connus



Autre :

- « Proposition de participation à des groupes de discussion entre collègues internationaux »
- « Suivi psychologique en ligne »
- « Online training on defusing »
- « Sensibilisation aux symptômes et gestion du stress avec un focus sur les situations extrêmes (ex. kidnapping, attaques, etc.) en zones instables. »

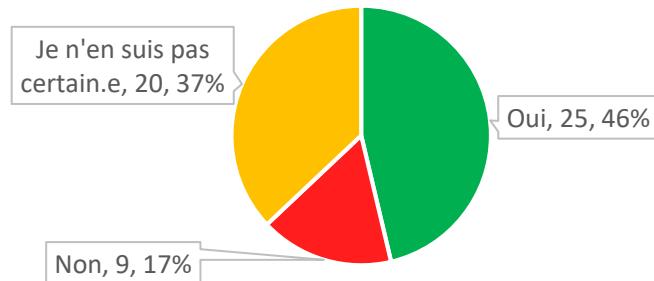
15.2. Avez-vous plus d'informations à apporter sur la fréquence, l'organisation, l'accessibilité et la communication relative à ces dispositifs et actions?

1. « Non »
2. « non »
3. « Chaque début et fin de mission l'organisation exige un rendez vous avec un professionnel de santé mentale »
4. « Non, cela reste à disposition selon nos besoins. C'est pour moi, le plus important, que de savoir qu'une personne est / sera disponible si besoin. »
5. « Il y a des documents existants dans le intranet: si tu connais tu peux chercher et trouver; le psychologue a une entretienne "requies" au debut et à la fin du contract, pour etablir le lien , et est tres facilement accessible quand on est a besoin; pour le staff national c'est tres compliqué; mon chef direct a decidé de reduir mon contract car elle pensait que j'en avais besoin, avant que soit trop tard »
6. « Je n'ai pas beaucoup d'informations sur ce qui existe et est disponible, même si je sais que des dispositifs sont en place. On est informé lors de nos briefings, mais il y a tellement d'informations et de choses à organiser pour le départ que c'est un sujet sur lequel je n'ai pas suffisamment pris le temps de m'informer. »
7. « Le lien entre la RH et la santé mentale n'est jamais claire, je préfère traiter l'emploi et ma santé mentale (dont les failles sont souvent du à la culture de gestion) sans faire confiance à l'employeur. »
8. « Sûrement d'autres dispositifs (notamment ceux du haut de la liste) : mais je n'y ai pas eu accès où j'avais peu d'informations sur leur existence »
9. « deux psychologues sont au siege pour les briefings et debriefings, elle sont cependant une grande charge de travail et ne peuvent assurer de suivi individuel qui reste a la charge de l'expat lors de son retour. »
10. « Pas assez d'info diffusée »

11. *
12. « Ponctuellement. Mois international sur la santé mentale donc focus au niveau activités. »
13. "There has been almost no discussion of resources available other than during my intro meeting with hr and then a few emails"
14. "par rapport à ce que MSF dit ("la santé mentale de nos staff est primordiale") et ce qui est fait en pratique, je trouve qu'il y a un gros gap.. certes il y a un suivi qui existe, mais c'est une hotline psy pour faire de la "ventilation", pour garder la tête hors de l'eau, mais pas une vrai approche d'accompagnement selon moi. »
15. « Les services étaient disponibles, mais j'ai trouvé que la majorité de mes problèmes venaient de l'inefficacité de la structure, et de quelques personnes en particulier. Je n'ai donc pas voulu mettre l'énergie pour accéder à des outils qui me semblaient vains. Quand le problème vient de collègues notoirement mauvais et malveillants, que la structure le sait et ne réagit pas, on n'a pas envie de se tourner vers les mécanismes proposés par la structure pour faire face aux problèmes. »
16. « Sur le terrain la communication est plus active sur le dispositif de prise en charge qu'au siège. Sur ma base nous avons un accord avec un thérapeute qui organise chaque mois pour les staffs des sessions d'info sur des thématiques différentes »
17. « Non »
18. « En rejoignant l'organisation et tous les quelques mois »
19. « No »
20. « Briefing et débriefing au départ et au retour, formations internes en ligne disponibles »
21. « Chaque employe peut recevoir un soutien psychologique gratuit de la part d'un professionnel »
22. « Pas de communication sur ce sujet »
23. « 5 sessions avec un psychologue sont rembourse par an par l'assurance santé. Et en cas d'évenement intense le siège contact les équipes terrain rapidement »
24. « Il est rarement fait communiqué »
25. « Unique connaissance d'une psychologue dédiée aux équipes, il doit sûrement exister d'autres mécanismes.»
26. « 5 séances gratuites avec un psychologue par événement »
27. « Au recrutement ! On nous informe qu'on a une assurance santé globale et qu'on pourrait faire appel à un psy à tout moment ! »
28. « Au moment du onboarding, très peu de communication, le matériel existe mais pas très facile d'accès »
29. « Une fois par an pas plus »
30. « Il faut donner de la vraie importance à la santé mentale! On en parle bcp mais ensuite, dans la pratique, c'est toujours vu comme un handicap et une "incapacité" et une faiblesse, surtout au travail »
31. « Fréquence mensuelle »
32. « Regular communication »
33. « c'est au besoin. »
34. « no »
35. « Briefing et débriefing psy simples mais systématiques avant et après chaque mission. Suivi psychologique supplémentaire à la demande. »
36. « Les sensibilisations aux symptômes et gestion du stress auxquelles j'ai eu accès avaient plutôt un focus sur les situations extrêmes (ex. kidnapping, attaques) et sont données aux participants à une formation en sécurité en environnement hostile (1h pour 3 jours de formation) »
37. « J'ai eu accès à du mentorat l'année passée et cela a vraiment fonctionné comme un sas de décompression sur lequel j'ai beaucoup pu m'appuyer en termes de santé mentale pro et perso. »
38. -
39. "Innexistante"

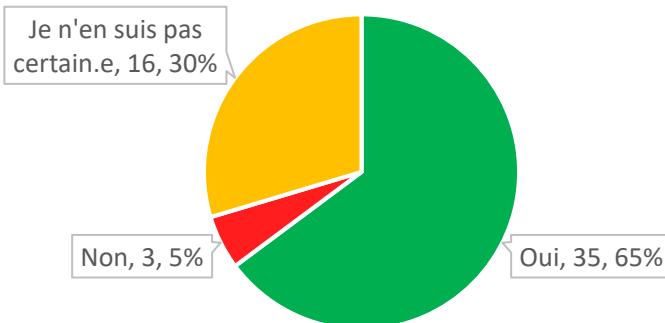
16. A votre avis, votre organisation (actuelle ou dernière en date) accorde-t-elle une grande importance au bien-être psychosocial de ses employés ?

Le bien-être psychosocial des humanitaires: une priorité pour les organisations?



17. A votre avis, votre organisation (actuelle ou dernière en date) a-t-elle mis en place une politique stricte de confidentialité et de protection des personnes faisant appel au service de soutien psychosocial et des informations partagées ?

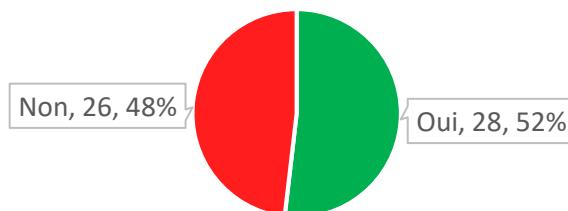
Confidentialité et protection des personnes usagères des services de soutien psychosocial: perception des répondants



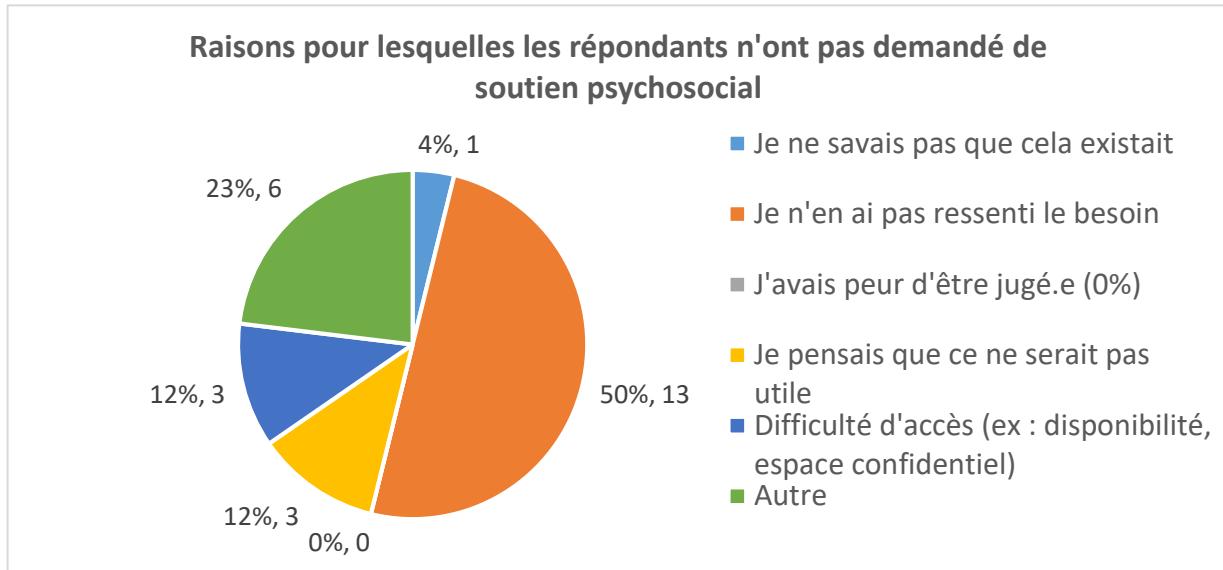
IV. Attitudes vis-à-vis de la recherche de soutien psychosocial

19. Avez-vous déjà fait appel à un service de soutien psychosocial pour des raisons directement liées à votre travail humanitaire ?

Utilisation des services de soutien psychosocial par les travailleur·euse·s humanitaires



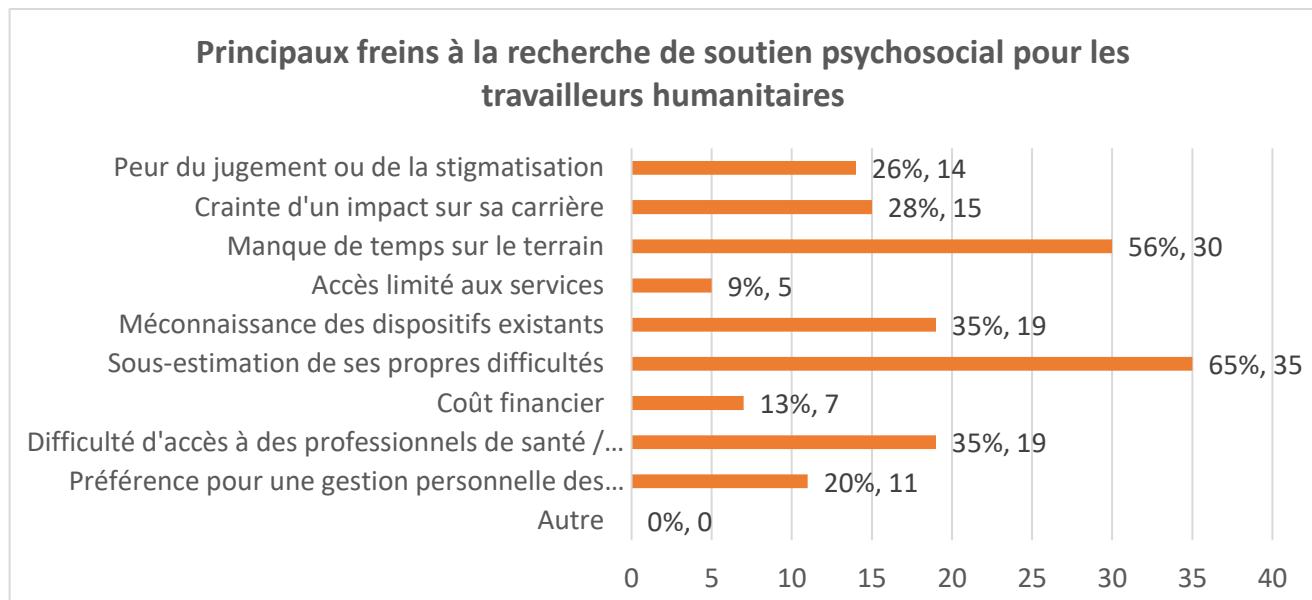
19.1. Si non, pour quelles raisons ?



Autre :

- « Les difficultés pouvant se cumuler avec d'autres d'ordre plus personnelles, je privilégierai un soutien extérieur. »
- « Manque de connaissance sur les dispositifs existants, manque de temps pour les saisir »
- « I didn't feel the need to plus effort to access it and find out how to access it”
- « J'ai affronte des difficultés mais n'en ai pas forcément saisi la potter ni l'importance, étant dans une grande dynamique de travail . Aussi, j'ai eu la chance de pouvoir m appuyer sur un grand réseau de proches qui m'ont bien soutenue. Aussi, je n'ai jamais eu confiance en les services proposés par l'organisation et leur efficacité, car mes problèmes venaient de la structure elle même et son interficie, inaction face à des problèmes notoires qui entachaient mon quotidien. »
- « J avais déjà cherché ce support et j étais dans un parcours pour des raisons personnelles »
- « Souhaite de gerer la situation par moi-même. »
- « en mission ou pas mon superviseur m'accompagne dans mon travail »

20. Selon vous, quels sont les principaux freins à la recherche de soutien psychosocial pour les travailleurs humanitaires ? (cochez jusqu'à 3 réponses)

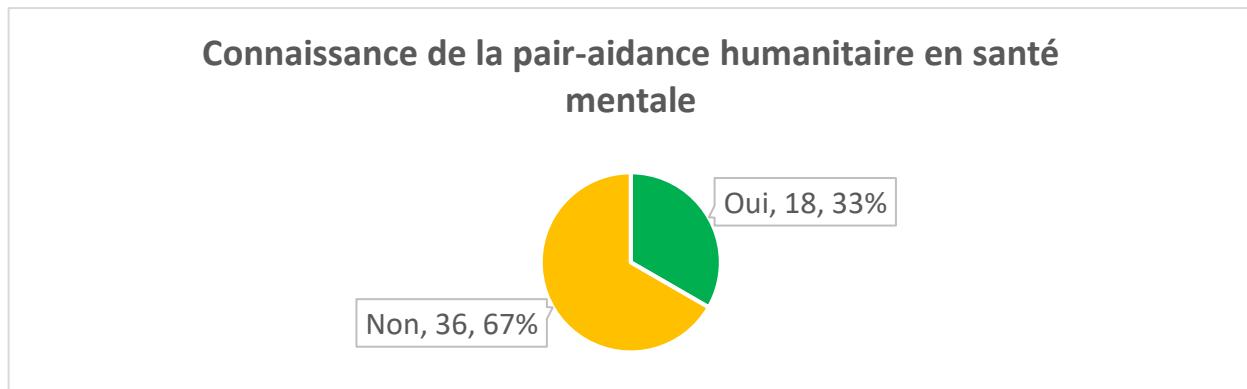


Autre :

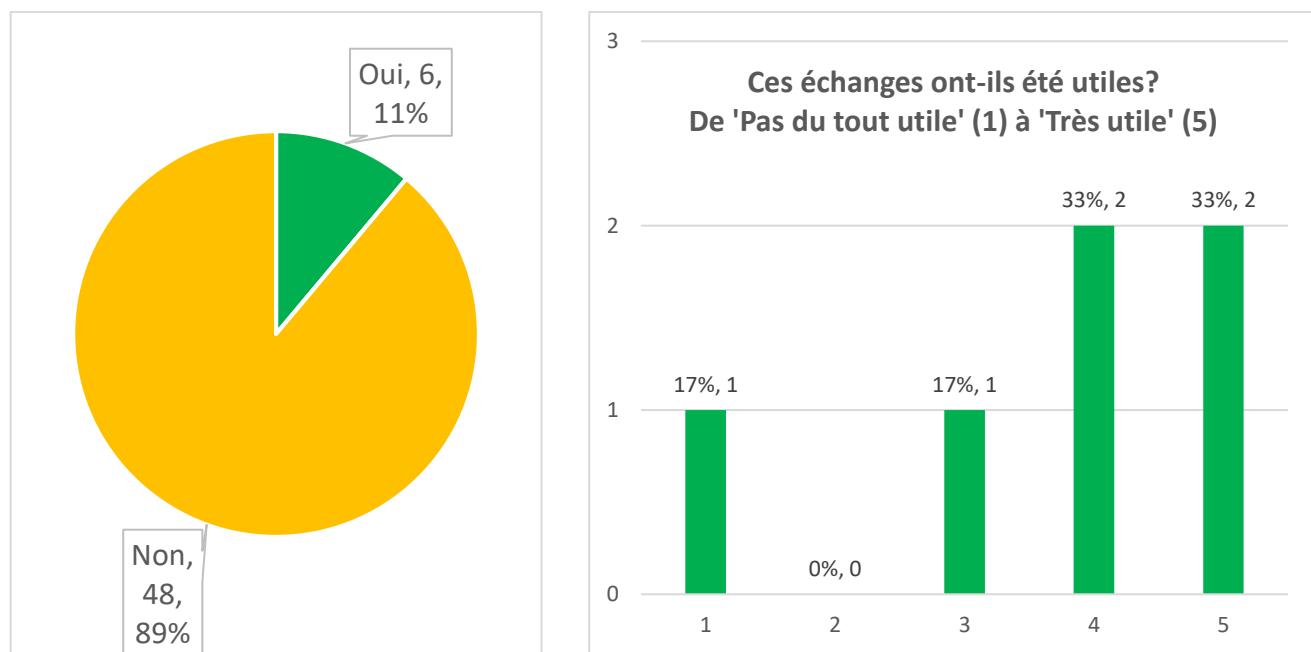
- « *Dans le cadre de la pair-aidance, selon les difficultés / les incidents auxquels nous avons pu / nous avons dû faire face, il y a des sujets que l'on abordera pas facilement / pas directement si l'on est pas sûr que "l'autre" a vécu une situation similaire. Qui en parlera le premier ?* »
- « *Encore un peu tabou de demander un support psychologique* »
- « *Peur du jugement/stigmatisation, selon les cultures et profils* »

V. Soutien psychosocial par la pair-aidance humanitaire en santé mentale (PAHSM)

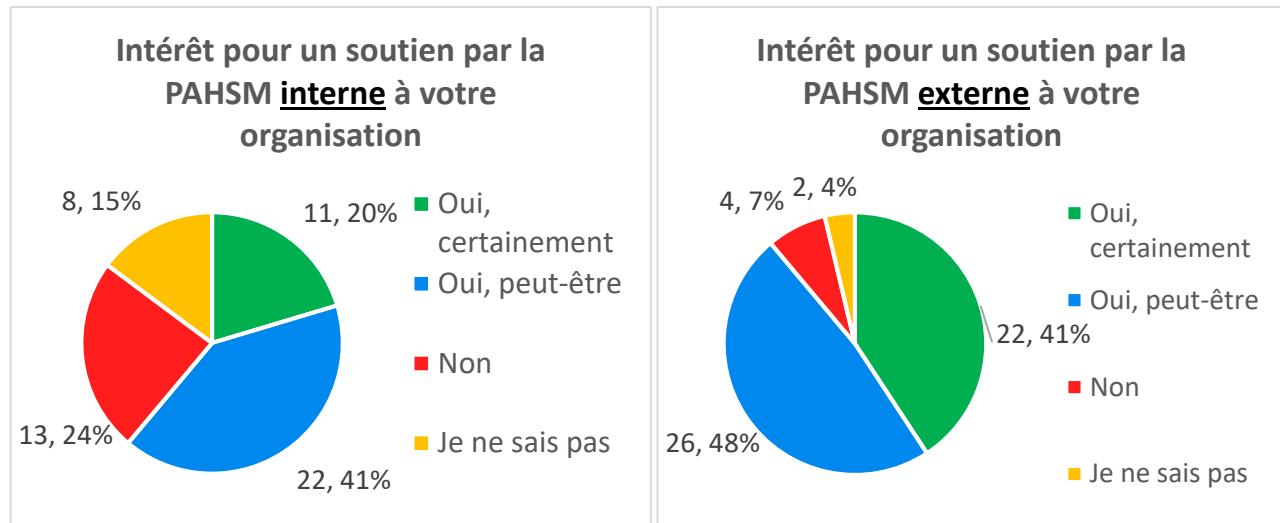
21. Connaissiez-vous le concept de pair-aidance humanitaire en santé mentale ?



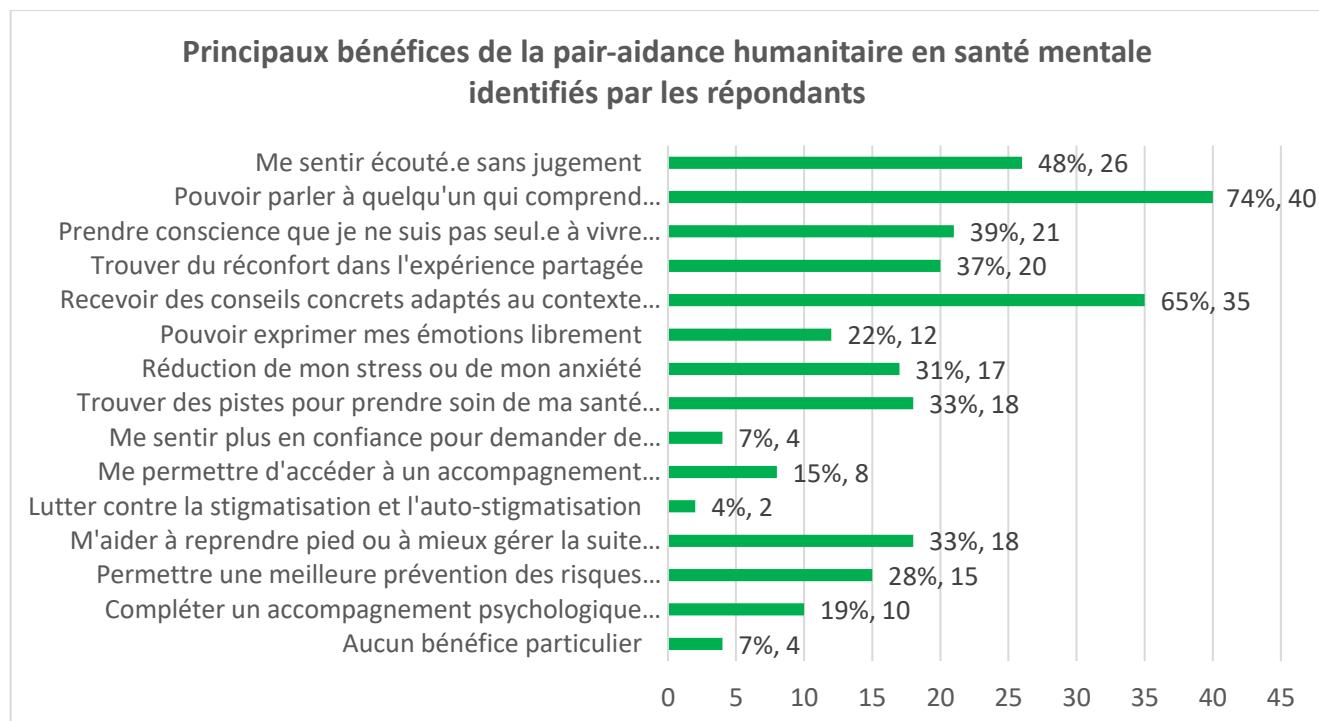
22. Avez-vous déjà échangé avec un pair-aidant humanitaire en santé mentale ?



23 & 24. Seriez-vous intéressé.e à bénéficier d'un soutien par un pair-aidant humanitaire en santé mentale **interne/externe** à votre organisation (travailleur.euse humanitaire formé.e à la pair-aidance et ayant une expérience similaire) ?



25. Quels sont/seraient les principaux bénéfices que vous pouvez identifier ? (Plusieurs réponses possibles)

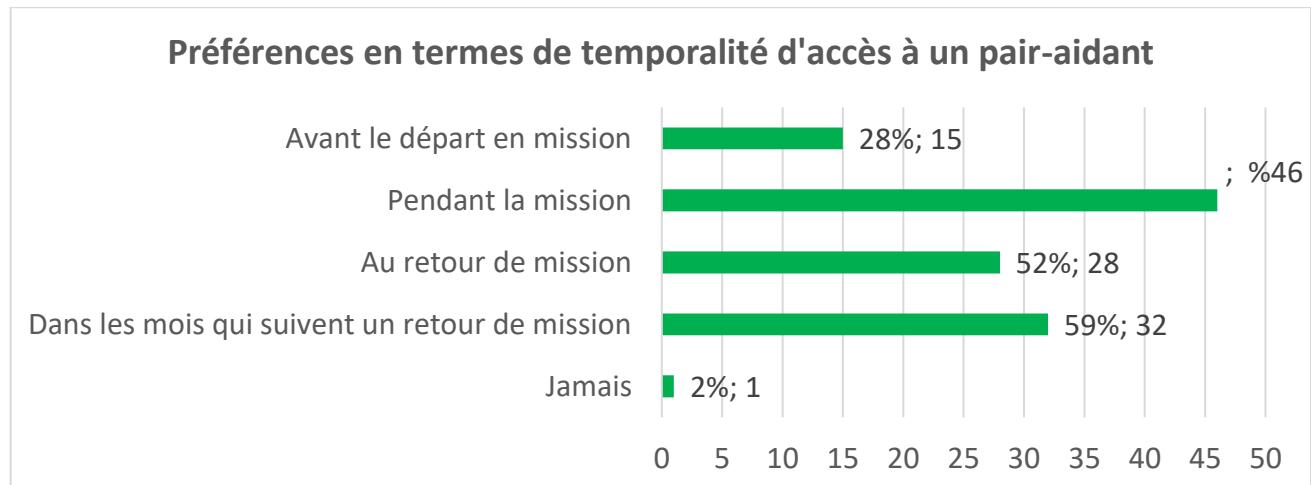


Autres bénéfices identifiés :

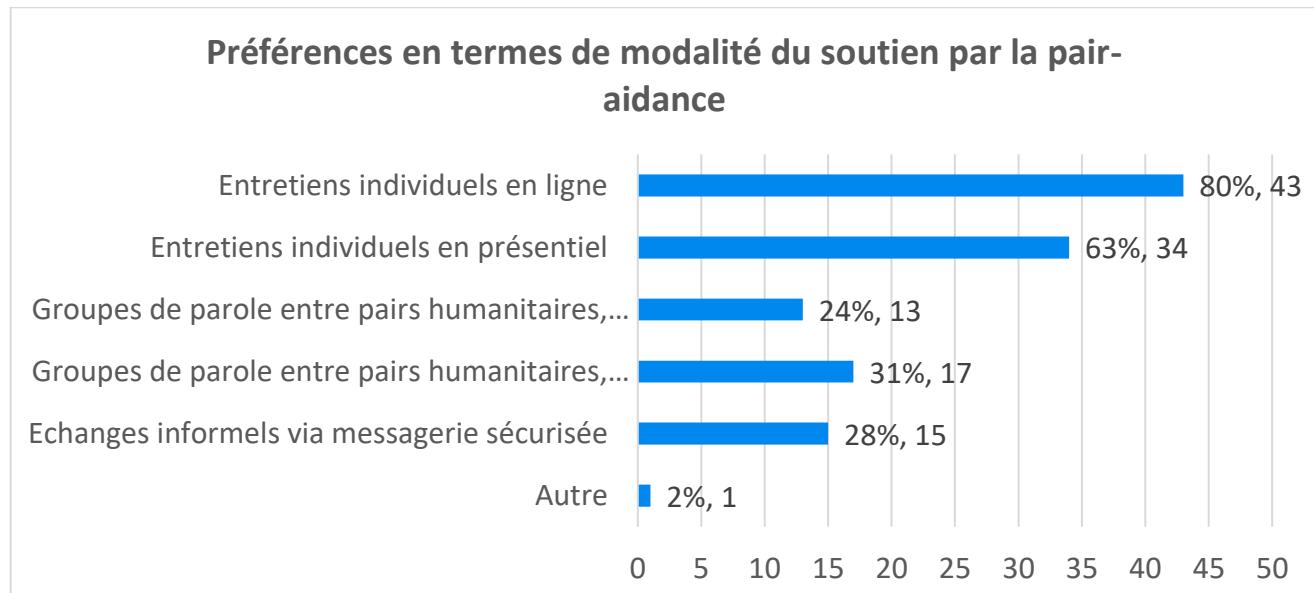
- « Avoir un access proche, facile à contacter et organiser, qui n'a pas besoin de trop de contexte pour accueillir mon douleur »
- « Je ferais attention avant d'avoir autant d'attentes sur la pair aidance. On veut aider, mais on ne sait pas vraiment qui on a en face de soit, et il faut vraiment éviter "le syndrome de l'infirmière" au retour.. Le soutien psycho-social est un métier qui dépend de environnement dans lequel on vit, on travail, on a nos familles. Un pair aidant Lyonnais ne sera pas très utile en Belgique ou en Allemagne.. »
- « Réussir à se situer. Savoir si les évènements qui potentiellement conduisent au mal être sont communs ou pas communs. Si objectivement il y a des raisons de se Sentir mal ou pas vraiment. Prendre du recul. »

- « Ne pas avoir à craindre que ce que tu récolteras fuite dans l'ONG »
- « Facilité d'accès »

26. A quel(s) moment(s) trouveriez-vous utile d'avoir accès à un pair-aidant ? (plusieurs réponses possibles)



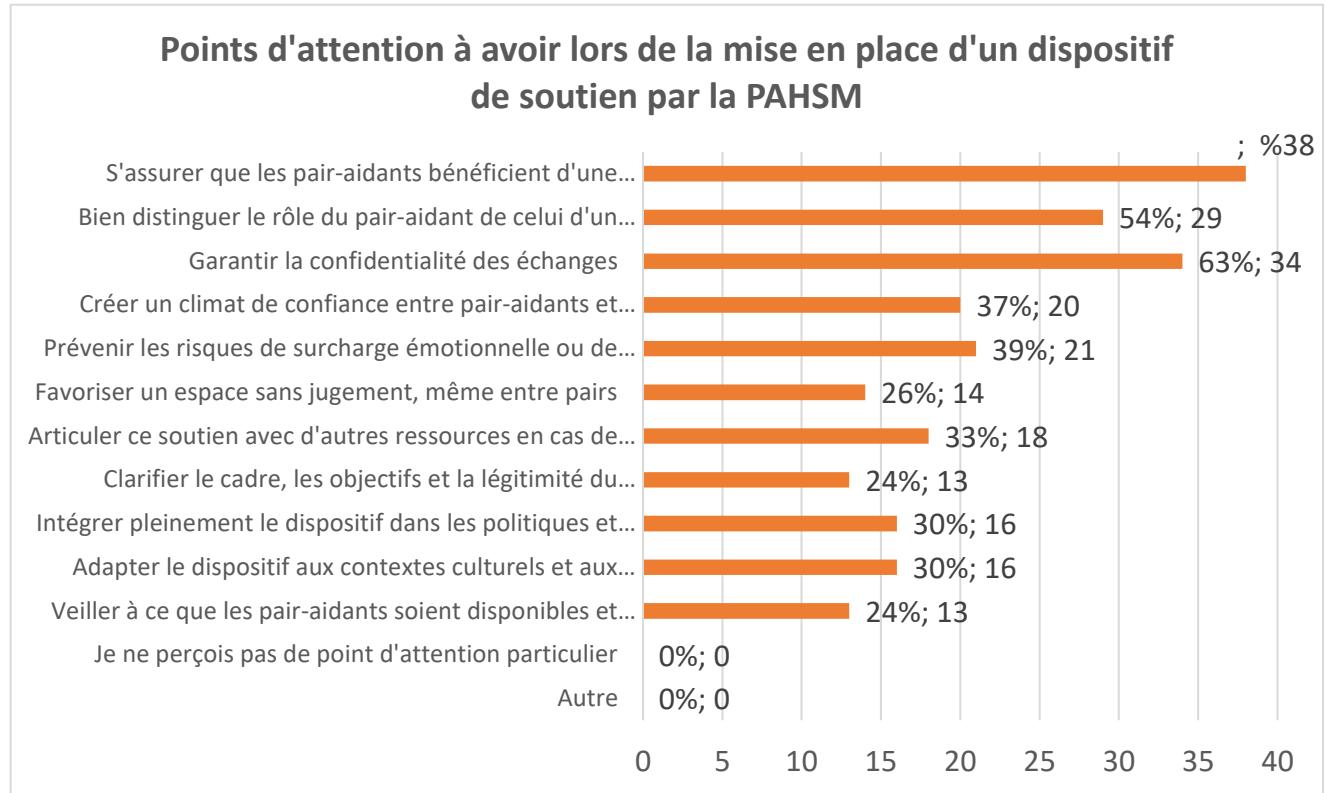
27. Sous quelle(s) forme(s) préféreriez-vous que ce soutien soit proposé ? (plusieurs réponses possibles)



Autre :

- « Le présentiel (pour l'intérêt de la communication non verbale) est important pour moi. »
- « Eviter de tout proposer en distanciel et derrière un écran est déjà un pas important.. ».
- « Je ne sais pas »

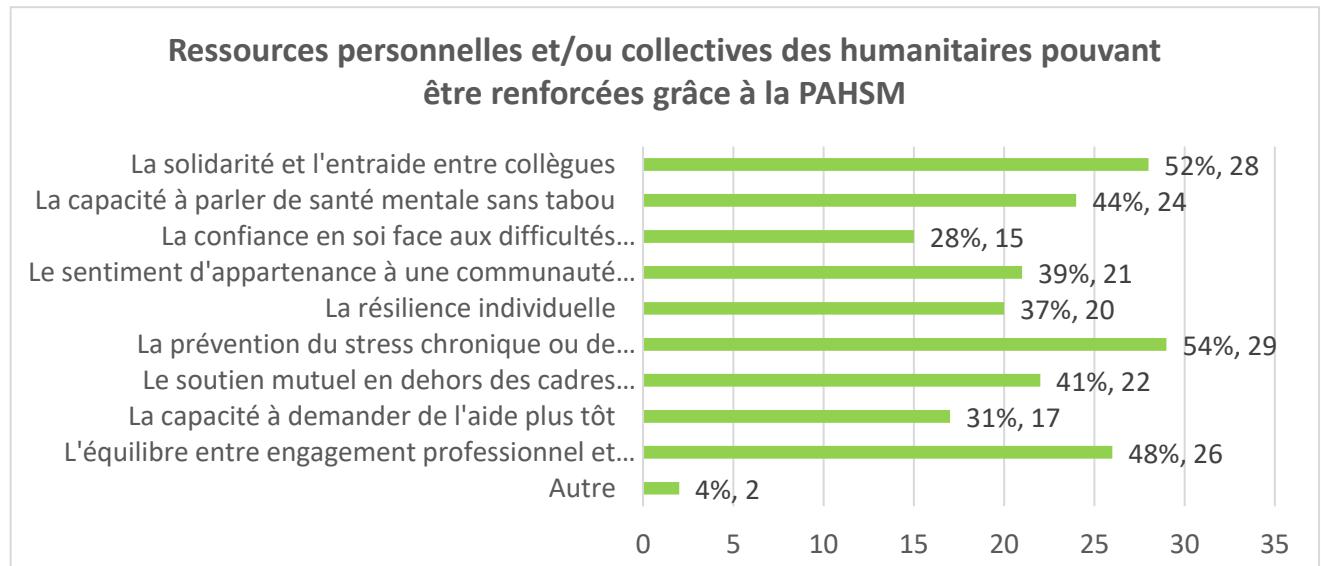
28. Lors de la mise en place d'un dispositif de soutien psychosocial reposant sur la pair-aidance humanitaire en santé mentale, quels seraient selon vous les points d'attention à avoir ? (cochez jusqu'à 5 réponses)



Autre :

- « Selon les incidents vécus, la question reste pour moi de savoir si l'on peut vraiment tout dire. D'où la confidentialité, le non jugement, la disponibilité de l'écoute. »
- « Affinités/ bonne entente »
- « Formation de niveau psychologue, sinon aucun intérêt »
- « Garantir la confidentialité, surtout pour un système interne »

29. Selon vous, quelles forces, ressources personnelles et/ou collectives des travailleurs.euses humanitaires pourraient être renforcées grâce à un dispositif de pair-aidance en santé mentale ?



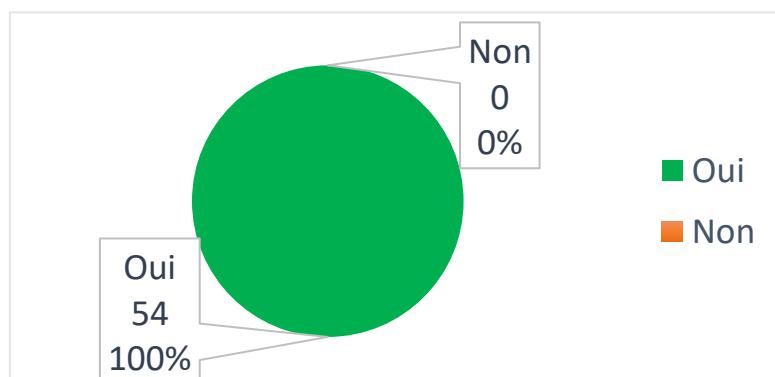
Autre :

- « Je ne vois pas cela comme du renforcement, cela compense la perte de lien de plus en plus forte à cause de la dépendance au digital »
- « Je ne sais pas »
- « La sensibilisation générale aux facteurs de risques liés aux conditions de travail dans ce secteur »

30. Avez-vous d'autres commentaires à partager ?

1. « Non »
2. « Je l'ai fait et je continue de le faire, sans savoir que l'on avait "qualifié" ces discussions de pair-aidance. La / les question(s) que je me pose toujours face à une personne où ce genre de discussion peut naître, c'est de savoir jusqu'où on peut partager nos discussions / échanger des informations dans ce genre de discussion. Car il m'arrive aussi de vouloir parfois garder le respect de la confidentialité de certes situations rencontrées. »
3. « Merci pour l'initiative et bon courage ! Si les résultats peuvent être partagés aux participants à la publication ça serait cool. »
4. « La santé mentale est un sujet davantage reconnu et abordé qu'il ne l'était il y a dix ans. Mais les moyens concrets pour rendre les dispositifs réellement opérationnels restent limités. Des documents et formations en ligne sont bien proposés, mais dans la pratique, ces ressources sont souvent insuffisamment suivies d'effets, ce qui peut entraîner un sentiment d'isolement face aux situations vécues sur le terrain. Je découvre aujourd'hui, grâce à votre questionnaire, le concept de la pair-aidance, qui me semble être un complément pertinent à une prise en charge psychologique . Je vous remercie pour cette ouverture, et je vais approfondir mes recherches sur le sujet! »
5. « Merci »
6. « Dans notre secteur tout est encore à faire en terme de santé mentale, le vieil adage voulant qu'un humanitaire doit être fort et résilient est en train de tomber mais ça va encore prendre du temps. La pair aidance est un super mécanisme que chacun peut s'approprier et qui a mon sens à une pertinence certaine. Defuser entre collègues on sait faire, mais au delà, avec des personnes partageant la même charge de responsabilités et les mêmes pressions rendrait aurait un impact certain sur notre gestion au quotidien. »
7. « Très souvent le problème n'est pas la charge du travail ou le contexte.. le problème réside dans la toxicité de l'environnement de travail, avec des collègues qui vous mènent la vie dur, ne vous aiment pas, ils se croient meilleurs que vous, etc... surtout ce qui deviennent tes amis de façon hypocrite. Tu n'as plus la force de travailler tu veux juste que tout s'arrête pour ne plus les voir ni les supporter.. pourtant l'entreprise mais tout en place pour que vous soyez à l'aise. Après ces un comportement qui est propre à chacun et on ne peut pas vraiment changer ou choisir son équipe.. mais je vous assure la sorcellerie des collègues tue plus vite que le travail en lui-même. »
8. « Pouvoir partager à ma fois sur la vie privée / et professionnelle »
9. « Belle initiative, on n'y pense pas très souvent ! On croit toujours pouvoir s'en sortir tout seul jusqu'au jour où on se rend compte de l'impact de notre métier sur notre santé mentale. J'ai eu la chance de travail dans des pays où je suis très proche culturellement et où ma communauté d'origine est fortement représentée donc cela m'a toujours aidé à décompresser. »
10. « Bonne recherche :-) »

31. Choisir oui ou non à l'affirmation suivante : « J'autorise l'utilisation de mes réponses à ce questionnaire dans le cadre de ce projet de recherche. »



ANNEXE 8 – RECAPITULATIF DES RESULTATS DES ENTRETIENS

Les tableaux ci-dessous offrent une vue d'ensemble des principaux points mentionnés pendant les entretiens semi-directifs, par thématique.

I. Santé mentale et soutien psychosocial au sein des organisations

Les thématiques suivantes ont été mentionnées par les organisations lorsqu'interrogées sur la manière dont elles prennent en compte la santé mentale de leurs employés, en terme de prévention et d'accompagnement :

Une culture psychosociale

favorisant les discussions sur le bien-être psychosocial, normalisant la présence et les échanges avec les psychologues ou autres professionnels de la Santé au personnel, en travaillant étroitement avec les managers pour identifier et réduire les facteurs de stress psychosociaux liés au travail.

Une politique RH protectrice

favorisant la prise de congés régulière, incluant un suivi RH proactif et permettant aux employés de bénéficier d'une assurance médicale pendant et après la mission, couvrant les frais liés à la santé mentale.

Un accompagnement adapté

aux différentes étapes du cycle de mission (avant, pendant, au retour et après), en interne et/ou en externe, via des briefings/débriefings et séances avec des psychologues, formations aux risques psychosociaux et outils de gestion, voire même un accès à des séances de coaching et de mentorat pour certaines organisations.

Une gestion spécifique des incidents critiques

avec une mobilisation de psychologues ou personnel formés, interne ou externe à l'organisation, pour soutenir de manière proactive les équipes impactées via des séances de groupe et / ou individuelles

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

La majorité des organisations interrogées ont répondu positivement à la création d'un dispositif externe, plutôt qu'interne, de pair-aidance humanitaire en santé mentale. Les principaux avantages identifiés sont :

La création d'un espace de parole libre, où

- La confidentialité est garantie car en externe
 - Une proximité, un lien de confiance, peuvent se créer plus facilement car les pairs-aidants ont une expérience de l'humanitaire et des difficultés psychosociales
-

- L'acceptation du soutien est facilitée notamment pour les personnes qui ne sont pas à l'aise avec le fait de parler à un psychologue ou médecin
 - Le contact est facilité car accessible en ligne, sans validation pré-requise par le département des ressources humaines
-

Une complémentarité bénéfique

- Avec l'accompagnement proposé par le psychologue ou médecin de l'organisation
 - Avec les autres actions de soutien disponibles en interne
 - Avec les prises en charge psychologiques via l'assurance médicale
-

Un certain nombre de points d'attention et risques ont néanmoins été soulignés par les répondants, les principaux étant :

L'importance d'un cadre d'intervention clair

- Il est essentiel que les pairs-aidants connaissent leurs limites et celles de leur intervention afin de réorienter les personnes accompagnées vers des professionnels de la santé mentale lorsque nécessaire.
 - Objectifs, plus-value, résultats doivent être démontrés, expliqués et évalués.
 - Les pratiques et responsabilités déontologiques des pairs-aidants doivent être définies, notamment en termes de confidentialité et de gestions des situations complexes
 - **Risque** de faux sentiment de prise en charge retardant la recherche d'aide professionnelle
 - **Risque** de considérer la pair-aidance comme un substitut au soutien psychologique professionnel.
-

L'importance de la formation, continue, et de la supervision des pairs-aidants

- Tout travailleur humanitaire ayant rencontré des difficultés psychosociales ne peut se prétendre en capacité de devenir pair-aidant. Une prise de recul suffisante et la formation sont des prérequis indispensables.
 - Nécessité de formations initiales et continues, avec sessions de 'recyclage' et de mise à jour des compétences. Les pairs-aidants doivent notamment être suffisamment outillés pour détecter quand et comment réorienter les personnes accompagnées vers une aide psychologique et médicale adaptée.
 - Importance de la supervision et intervision régulière. La pratique doit être encadrée.
 - **Risque** d'un accompagnement inadéquat qui pourrait nuire à la personne accompagnée. Il faut s'assurer de rester dans le « Do No Harm » [Ne pas nuire]
-

Les contraintes en termes de ressources financières et humaines

- Un tel dispositif nécessite beaucoup de ressources (humaines, financières). La charge de travail des équipes est déjà élevée et le budget disponible pour la santé au personnel limité.
 - La priorité ne serait pas de développer un dispositif de pair-aidance.
 - **Risque** que la pair-aidance devienne "le psy du pauvre" et le symbole d'une tendance à abaisser le niveau des soins pour toucher le plus grand nombre.
-

Une articulation avec les dispositifs internes à définir, co-construire

- Les organisations humanitaires demeurent responsables du bien-être de leurs employés. Il serait triste de se dire que les organisations humanitaires choisissent
-

d'externaliser les services de soutien psychosocial, faute de pouvoir assurer une écoute et un soutien en interne.

- L'adhésion du personnel Santé du personnel et des psychologues internes reste indispensable.
 - L'articulation avec les psychologues et autres professionnels devra être définie pour assurer une complémentarité tout en permettant un suivi de la part des organisations.
 - **Risque** que les organisations perdent la main sur les dispositifs de soutien psychosocial mis en place et se désengagent de leur responsabilité
 - **Risque** que la pair-aidance soit perçue comme un remplacement du soutien psychologique, comme un modèle médical.
-

ANNEXE 9 – RESUMES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

ANNEXE 9. 1. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION A

I. Santé mentale des travailleurs humanitaires et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- Contrat avec Assurance médicale internationale, basée en France, pour les expatriés et le soutien suite à des incidents critiques
- Pour expatriés : 5 séances financées par l'organisation, avec possibilité de prolongation via assurance santé couvrant la santé mentale (Un pourcentage du coût des séances est remboursé avec un plafond annuel).
- Assurance accepte les consultations en ligne et prescription par le médecin responsable santé au personnel acceptée.
- Possibilité d'utiliser les séances jusqu'à un mois après la fin du contrat, en s'inscrivant sur la plateforme avec email personnel.
- Coaching également couvert par l'assurance, avec séances exploratoires de 45 minutes pour définir besoins et objectifs, utile notamment pour lever le stigma lié à la psychologie.
- Il y a quelques années, projet de webinaires mensuels ciblant tous les employés (locaux et internationaux), en français et en anglais, sur gestion et prévention du stress et burnout, formation des managers au coaching et prévention.

Accompagnement des personnels nationaux

- Théoriquement, toutes les délégations devraient avoir accès à un soutien psychologique via RH et contrats locaux.
- En pratique, accès très variable selon pays. Exemples :
 - Dans beaucoup de pays, l'accès aux professionnels de la santé mentale est difficile car il y a peu de psychologues, psychiatres sur place (à l'échelle du pays ou de la région d'intervention)
 - Liban : contrat avec psychologue reconnu à Beyrouth, soutien en ligne et présentiel.
 - Palestine : soutien similaire.
 - Jordanie : l'assurance couvre des séances avec un psychiatre mais également avec un psychologue.
 - Afghanistan : il n'y a pas de psychiatres ou psychologues locaux sur place.
- Le médecin responsable du pôle Santé du personnel est un point de contact direct pour le personnel national, souvent sollicité via superviseurs.

Gestion des incidents critiques

- Interventions ponctuelles suite à événements critiques (ex. évacuation d'équipe au Nigeria, crise en Israël) pour employés nationaux et internationaux.
- Modalités :
 - Séances débriefing/defusing de groupe, normalisation des symptômes, pouvant être suivis séances individuelles ; parfois appel proactif du psychologue. Durée typique : 1 à 1,5 mois.

- Séances individuelles directement
- Mise à disposition et partage de ressources,
- Parfois contact proactif des psychologues de l'Assurance médicale pour proposer un suivi

Freins et leviers à l'utilisation des dispositifs

- Freins :
 - Stigmatisation, méfiance envers psychologues locaux (questions sur l'origine ethnique/religieuse dans certains pays), nécessité de passer par RH (frein important).
 - Charge de travail élevée, perception que prendre du temps pour parler est une perte de temps.
 - Mauvaises expériences passées avec certains professionnels.
 - Doutes sur la qualité et neutralité des services locaux.
 - Barrières culturelles et stigmatisation.
- Leviers facilitateurs:
 - Présence d'un interlocuteur connaissant le terrain et l'organisation, facilitant la confiance.
 - Sensibilisation régulière auprès des managers et responsables de délégation.
 - Visites sur le terrain pour créer du lien direct.
 - Rôle des managers comme relais et soutien.
 - Coaching comme alternative moins stigmatisée.

Évaluation des dispositifs

- Pas de système formel d'évaluation de l'efficacité, pas d'indicateurs précis.
- Augmentation du nombre de contacts et demandes de soutien depuis la mise en place du projet de sensibilisation via des webinaires mensuels.
- Difficulté à quantifier l'impact sur les arrêts maladie ou la prévention du burnout.
- Importance du ressenti des personnels et du contact régulier comme indicateurs qualitatifs.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

- Cela pourrait être une valeur ajoutée pour nos équipes.
- Il existe déjà des dispositifs informels dans l'organisation : accompagnement de juniors par des collègues expérimentés, soutien intuitif par managers. Donc une forme de pair-aidance mais sans formation et de façon intuitive. Des fois cela fonctionne, des fois non.
- Potentiel d'intégration dans la culture organisationnelle, mais question des ressources et charge supplémentaire pour le personnel.

Avantages :

- Permettre un espace de parole libre, confidentiel, parfois plus accessible qu'un psychologue.
- Donner de l'espoir par le témoignage de pairs rétablis.
- Faciliter l'acceptation du soutien, notamment dans des contextes culturels où la psychologie est stigmatisée.

Risques :

- Nécessité que les pairs aidants connaissent leurs limites et sachent orienter vers des professionnels.
- Risque de faux sentiment de prise en charge complète retardant la recherche d'aide professionnelle.
- Risque de considérer la pair-aidance comme un substitut au soutien psychologique professionnel.

Points d'attention à avoir :

- Il faudrait qu'un tel dispositif soit décliné par région pour avoir des pairs-aidants culturellement proches.
- Formation initiale et continue, avec possibilité de recyclage et mise à jour des compétences.
- Supervision régulière des pairs aidants.
- Clarification des rôles et limites, articulation claire avec les psychologues et autres professionnels.
- Sensibilisation et travail de collaboration avec les psychologues internes pour lever les réticences.
- Nécessité d'ambassadeurs/champions pour promouvoir la pair-aidance et montrer des exemples concrets.
- Prise en compte de la charge de travail et des ressources humaines disponibles.

Moments clés du cycle de mission pour ce type de soutien

- Les différents moments peuvent être importants, cela dépend de la personne, de son expérience, de la mission, du contexte d'intervention.
- Cela pourrait être très utile pour les personnes partant en mission pour la première fois, au début de leurs mission (deux-trois premiers mois car cela peut être une période d'ajustement difficile).
- Cela peut aussi être utile tout au long de la mission et au moment du débriefing.
- Mais également dans les semaines suivant le retour de mission pour un soutien à la gestion du décalage avec l'entourage non humanitaire.
- Importance d'une disponibilité flexible selon les besoins individuels.

Formats adaptés pour la pair-aidance

- En ligne : le plus pratique, surtout pour les expatriés en mission.
- En présentiel : lorsque possible, rencontres informelles autour d'un café ou d'un verre, favorisant la connexion humaine.
- Groupes ou individuel selon les préférences et les situations.

III. Recommandations, remarques, réserves finales

- Importance d'un travail de sensibilisation auprès des psychologues internes, parfois réticents à ce dispositif (peur de concurrence).
- Un travail de fond avec les psychologues sera nécessaire pour leur montrer que la pair-aidance peut être une alliée. Il y a parfois cette même résistance de la part des psychologues internes aux organisations pour les formations de Premiers secours psychologiques car il y a une crainte qu'ils vont être

remplacés. Mais il n'y a pas de psychologues partout donc il faut également d'autres mécanismes de soutien.

ANNEXE 9. 2. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION B

I. Santé mentale des travailleurs humanitaires et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- Utilisation d'un cadre conceptuel basé sur la pyramide de la santé mentale et psychosociale de l'OMS, avec une distinction entre promotion, prévention primaire et accompagnement.
- **Actions de prévention** : travail avec les managers et leaderships pour identifier et réduire les facteurs de stress psychosociaux liés au travail. Prévention de l'impact du travail sur les employés (par exemple avec les équipes travaillant en Protection dans des centres de détention).
- **Promotion** : campagnes de sensibilisation, notamment les semaines de santé mentale, pour réduire la stigmatisation et encourager l'accès aux soins. Développement de formations spécifiques sur le sujet de la santé mentale mais également intégrées dans toutes les formations institutionnelles.
- **Accompagnement** : dans l'organisation les pairs-aidants sont les employés (médecins et infirmiers formés en soutien psychologique de base pour la détection et le référencement), déploiement de ressources psychosociales dans les délégations et au niveau régional.
- Importance de la diversité culturelle et linguistique des expatriés, venant de multiples pays avec des compréhensions différentes de la santé mentale, ce qui nécessite une adaptation de la communication et du parcours d'accès aux soins.

Parcours médical et système d'alerte en santé mentale au sein de l'organisation

- Screening médical initial avant départ en mission, incluant des questions sur la santé mentale (diagnostics psychiatriques, hospitalisations récentes) par le médecin traitant puis vérifié par un médecin en interne.
- Possibilité d'accéder à du soutien psychosocial au niveau des délégations, au niveau régional avec des relais locaux, via une hotline médicale interne (au siège) permettant de parler à un médecin ou via un helpdesk médical interne en envoyant un mail.
- Historiquement, pour les questions de santé mentale, dès qu'il y avait un problème, les expatriés étaient évacués et le problème réglé à l'extérieur). Mais cela a évolué. Maintien maintenant possible sur place avec accompagnement, évitant systématiquement l'évacuation médicale, bien que cette dernière reste un outil important.
- Système d'alerte à trois niveaux : rouge, vert, orange. En fonction, un accompagnement spécifique va être mis en place pour faciliter le retour au travail.
- Système de classification des missions selon leur niveau de difficulté, utilisé pour moduler le retour au travail et éviter la réexposition à des contextes trop stressants.
- Lorsque le déploiement sur le terrain n'est pas possible :

- Difficultés à gérer le retour au travail après un arrêt pour raison de santé mentale, notamment faute de postes adaptés au siège, ce qui peut mener au licenciement.
- Existence d'un budget spécifique (6 équivalent temps plein) pour accompagner les retours au travail au siège mais c'est insuffisant et la question se pose si le siège est réellement protégé contre les problématiques de santé mentale.
- Mais ambivalence car si parler de ses difficultés psychologiques mènent au licenciement, c'est contre-productif lorsque d'un autre côté on essaie de lutter contre la stigmatisation. Réelle difficulté à accompagner les employés au moment du retour au travail.

Enjeux d'assurance et couverture des soins en santé mentale

- Couverture relativement bonne pour les expatriés, notamment via une assurance spécifique pour accidents et maladies professionnelles.
- Burnout reconnu comme maladie professionnelle au sein de l'organisation depuis 10 ans, avant même sa reconnaissance officielle par l'OMS, mais uniquement pour le personnel terrain, pas pour le siège.
- Trouble de stress aigu, lié à un incident de sécurité sur le terrain peut être considéré comme une maladie professionnelle et donc donner droit à un accès au soin facilité.
- Difficultés pour la prise en charge des soins en phase pré-diagnostic, car les assurances exigent un diagnostic formel pour couvrir les traitements.
- Utilisation de consultations en ligne et recours à des professionnels externes pour le suivi à moyen et long terme.

Etude interne sur le bien-être psychosocial des employés

- Etude réalisé il y quelques années mais qui n'a pas été rendue publique pour l'instant.
- Environ la moitié des personnels préfèrent un accompagnement externe, souvent pour des raisons de confidentialité et de confiance. Donc c'est important de proposer cette option également, via la couverture de l'assurance médicale, pour répondre à tous les besoins.
- Importance de la connaissance du secteur humanitaire par les professionnels de santé pour faciliter l'accès aux soins.
- Un nombre important de personnes au sein de l'organisation a été confronté à un incident potentiellement traumatique

Freins et leviers à l'utilisation des dispositifs

- Freins :
 - Peur de la stigmatisation
 - Crainte de ne plus pouvoir repartir en mission (feu rouge médical) mais peut-être que cela concerne plus les personnes qui n'ont jamais eu de contact avec le service Santé du personnel.
 - Difficulté d'accès dans certains pays à des professionnels de la santé mentale externe à l'organisation car il n'y en a pas beaucoup.
- Leviers facilitateurs:

- La sensibilisation réalisée en interne et l'évolution de la société ont permis une évolution par rapport à la perception de la santé mentale. Dans le passé, par exemple à l'époque du génocide au Rwanda, certaines personnes « essayaient d'échapper au psychiatre de l'organisation ». Plus récemment, suite au retour d'Ukraine par exemple, les employés sont en demande. Au niveau de l'organisation, on essaye d'encourager cela.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

- Il faudrait voir finalement quelle est l'offre développée.
- La formation est indispensable. Avoir traversé une situation à potentiel traumatisant voire un diagnostic psychiatrique et sur cette base-là, estimer qu'on est en capacité d'aider n'est pas possible selon nous. Il manque l'étape de la formation.
- La pair-aidance est déjà bien structurée dans de nombreuses entités mais pour cela, il faut s'assurer de la formation des pairs-aidants.
- Il existe des modèles de pair-aidance que l'on a suivi pour voir comment cela pouvait fonctionner, voir comment tu arrives à former, superviser et à maintenir les pairs-aidants dans la boucle dans une capacité à être déployer. Mais pour le moment, on n'a pas réussi à mettre cela en place au sein de l'organisation.
- Il y a eu un projet en Afghanistan pendant plusieurs années consécutives pour mettre en place un système de soutien via des formations à nos collègues sur place. Mais à l'heure actuelle, on n'a pas entièrement l'articulation avec un potentiel dispositif externe de pair-aidance humanitaire en santé mentale même si on n'exclut pas une co-construction dans le futur.

Avantages :

- Dans certains modèles existants au sein d'autres organisations, en binôme avec un autre professionnel de santé (en général psychologue), les pairs-aidants formés, peuvent permettre d'ajouter la touche culturelle aux psychologues parfois externes à l'organisation/secteur.
- La pair-aidance peut avoir une grande valeur pour les personnes qui ne veulent pas parler avec un médecin ou un psychologue mais qui seraient plus à l'aise avec le fait de parler avec un collègue ou quelqu'un qui peut comprendre leur expérience, pour un accompagnement humain.

Risques / Points d'attention :

- Comment s'assurer qu'on reste dans le « Do No Harm » [Ne pas nuire], qu'on arrive à avoir suffisamment d'éléments de contrôle pour se dire qu'on va amener quelque chose en plus.
- Cela reste malgré tout un dispositif intense en ressources pour l'organisation qui le développe.
- Quel est l'objectif, le but de la pair-aidance ? Il faut que cela soit très clair. Comment sont structurées les séances ?
- Si l'objectif est médical, une détection de troubles de santé mentale, le référencement, alors pourquoi ne pas consulter directement un

professionnel de santé du type médecin ou psychologue qui est formé pour cela. Les pairs-aidants ne peuvent être la personne à qui parler pour détecter si le travailleur humanitaire « a un problème ou pas ».

- Mais si le but est vraiment de donner un espace de réflexion en se disant que ce n'est pas un modèle où la plupart des personnes qui vont accéder à ce système ont besoin d'un référencement/orientation, alors dans ce cas, cela peut aider.
- La pair-aidance est un modèle psychosocial et non médical, qui devrait fonctionner de manière vraiment indépendante au pôle Santé du personnel. Ce qui est nécessaire est de fournir un espace d'écoute active, sans jugement, sans agenda, espace qu'il est parfois difficile à trouver au retour de mission auprès de la famille et des amis. La pair-aidance, est plutôt un espace de partage, lorsqu'on ressent le besoin d'avoir quelqu'un pour parler, un espace de solidarité.
- Dans une structure hospitalière, il est déjà compliqué d'intégrer la pair-aidance. Cela serait encore plus difficile dans une structure de type « santé du personnel ». La « simple » intégration de la santé mentale a été compliquée.
- Il serait triste de se dire que les organisations humanitaires choisissent d'externaliser les services de soutien psychosocial, faute de pouvoir assurer une écoute et un soutien en interne. On observe déjà une perte progressive des espaces de débriefing authentiques, notamment en présentiel, et un affaiblissement de la capacité d'écouter au sein même des structures humanitaires. Externaliser ces fonctions apparaît alors comme un pas en arrière supplémentaire — ‘au moins on aura fait quelque chose, au moins quelqu'un écoutera’ — mais cela révèle un manque important.

III. Recommandations, remarques, réserves finales

- D'autres collègues de notre équipe médicale sont beaucoup moins ouverts à la question de la pair-aidance qui peut être vu comme « nice to have, unproved efficacy, no impact ».
- Vraiment faire attention à la manière dont la pair-aidance peut être présentée. Il y a cette idée que c'un dispositif qui nécessite beaucoup de ressources, qui est « cost-effective ». Mais ce n'est pas le cas si tu veux faire ça bien. Beaucoup d'organisations pensent qu'il suffit de deux jours de formation pour pouvoir aller soutenir les travailleurs humanitaires. Il faut faire attention à ce marketing qui présente la pair-aidance comme un dispositif facile à mettre en place.
- Plus d'information ont été partagées sur la formation de Pair-aidance en santé mentale (contenu, prérequis).

ANNEXE 9. 3. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION C

I. Santé mentale des travailleurs humanitaires et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- L'organisation a été parmi les premières ONG à intégrer un poste dédié à la santé mentale.

- Le poste actuel de psychologue interne existe depuis environ 20 ans, avec un système de briefings et d'accompagnement proactif. Avant cela, un système de soutien existait déjà via un groupe de débriefing psychologique créé notamment suite au génocide au Rwanda et au besoin d'accompagner les équipes.
- Initialement, la prise en charge concernait surtout les expatriés, avec une attention portée aux incidents critiques de sécurité.
- Les expatriés peuvent contacter la psychologue interne à tout moment, pour des raisons personnelles ou professionnelles, jusqu'à un mois après la fin de mission. Dérogation possible avec accord de la direction jusqu'à trois mois, même si c'est rare car il est souvent préférable d'avoir un suivi externe.
- Un système de suivi systématique en fin de contrat est mis en place pour évaluer l'état psychologique des expatriés.

Accompagnement des personnels nationaux

- La prise en compte des salariés nationaux est plus récente et plus difficile, notamment à cause de stéréotypes culturels et racistes (exemple : croyance que les populations locales sont habituées aux traumatismes et donc moins affectées).
- Des psychologues sont déployés dans certains pays via des consortiums d'ONG qui n'ont pas de personnels au siège dédiés à la Santé du personnel (ex. Burkina Faso, RDC, RCA). Mais parfois, difficultés à recruter des psychologues qualifiés en psychothérapie dans certains pays. Dans ces cas-là, des psychologues internationaux vont être déployés.
- Dans d'autres pays, nous avons des partenariats avec des organismes locaux de très bon niveau ce qui permet de proposer des soins dans les langues locales, avec une connaissance de la culture (ex. Myanmar)

Gestion des incidents critiques

- Pour les incidents de sécurité, la psychologue du siège et les psychologues Staff Care sur le terrain, quand il y en a, vont être systématiquement informés et interviennent de manière proactive. Cette proactivité est très importante pour instaurer une culture de prise en charge psychologique et normaliser le fait d'être contacté par un psychologue. Il y a beaucoup de personnes qui n'ont pas cette culture de parler à un psychologue donc il faut être proactif.
- Le groupe Débriefings historique existe toujours, avec une douzaine de salariés au siège formés pour assurer un relais en cas d'absence de la psychologue du siège ou en cas de nombre élevé de personnes à contacter. C'est donc une forme de pair-aidance également, centralisé au niveau de la psychologue du siège.

Formations, ateliers et prévention

- Formations régulières en gestion du stress, communication non violente, stress traumatique, addictions, etc. en fonction des demandes des équipes sur le terrain.
- Les psychologues de terrain consacrent une part importante de leur activité à ces formations

Freins et leviers à l'utilisation des dispositifs

- Leviers facilitateurs:
 - Banalisation de la démarche psychologique (ex. débriefings systématiques, intégrés dans le planning).
 - Confidentialité garantie par la déontologie professionnelle, ce qui rassure les employés.
 - Présence d'expatriés psychologues appréciée par les salariés nationaux, car cela facilite la levée des tabous. Même si cela peut également être un frein.
 - Flexibilité et disponibilité de la psychologue interne (ex. gestion des annulations, adaptation du planning).
- Freins :
 - Différences culturelles, dans le cas des psychologues internationaux mais cela fait partie des qualités du psychologue, d'avoir une curiosité à toute épreuve, et de même qu'avec quelqu'un de ta culture, de partir du principe que la personne en face de toi a une réalité propre.
 - Difficultés d'accès à des psychologues qualifiés dans certains pays.
 - Stigmatisation légère liée à la consultation psychologique.
 - Représentations négatives de la psychiatrie, parfois associée à des asiles ou pratiques archaïques, même en France.
 - Réticences de certains décideurs à investir dans la santé mentale.
 - Limite du dispositif pour les expatriés, une seule psychologue donc pas de choix d'intervenant.

Évaluation des dispositifs

- Enquêtes de satisfaction et du niveau de connaissance du dispositif réalisées principalement auprès des salariés nationaux.
- Difficulté à mettre en place un retour systématique, notamment pour les expatriés.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

- Connaissance du concept de pair-aidance mais ne savait pas qu'il y avait des formations spécifiques pour la pair-aidance.
- Le Groupe débriefing, existant au sein de l'organisation et formé par la psychologue du siège, est une forme de pair-aidance.
- Un dispositif de pair-aidance interne ne serait pas idéal, car cela demande beaucoup de temps, de supervision et de compétences spécifiques. Très régulièrement, il y a des humanitaires en consultation qui ont besoin d'un psychologue et non d'un pair-aidant. Donc préférence pour investir dans le renforcement des équipes de psychologues professionnels.
- Un dispositif externe de pair-aidance pourrait être utile, pour offrir un soutien complémentaire, notamment pour les travailleurs isolés, en particulier les expatriés occidentaux souvent éloignés de leur réseau social. Mais cela reste une marge très restreinte de la population d'humanitaires expatriés. La pair-aidance pourrait combler un interstice entre le soutien social et le soutien psychologique professionnel.
- Mais s'il y avait du budget, cela n'irait pas pour un dispositif de pair-aidance.

Avantages :

- Cela pourrait s'adresser à des personnes particulièrement isolées, qui ont du mal à se sentir appartenir à une communauté quand ils rentrent dans leur pays d'origine. Mais c'est beaucoup plus le cas chez les jeunes humanitaires occidentaux, une minorité de nos expatriés, que chez la plupart de nos expatriés non occidentaux qui ont des familles, des enfants, etc. Mais cela peut représenter un risque également car ce sont également des personnes qui ont potentiellement des problématiques plus complexes nécessitant une psychothérapie.

Risques :

- Les pairs aidants ne sont pas des professionnels de santé mentale : ils ne sont pas formés pour gérer des pathologies psychiatriques complexes ou des situations de crise aiguë.
- Il existe un risque de glissement de rôle, où des pairs aidants pourraient dépasser leurs compétences sans en avoir conscience, ce qui peut être dangereux pour les personnes accompagnées.

Points d'attention à avoir :

- En contexte externe, la gestion des urgences et la confidentialité posent des défis majeurs, notamment en l'absence de lien direct avec l'organisation employeur.
- Si le pair-aidant repère une personne qui va très mal, qu'est-ce qu'il peut faire en externe ? Qu'est-ce qu'il a le droit de faire légalement ? Quelle serait sa responsabilité de ne rien faire ? C'est déjà parfois compliqué pour les psychologues qui ont un code de déontologie mais pour les pairs-aidants, comment cadrer cela ? Si pas de contact d'urgence, qui dois-tu, peux-tu prévenir ?

III. Recommandations, remarques, réserves finales

- La priorité doit rester le renforcement des équipes de psychologues professionnels, car les besoins sont importants et complexes.
- La pair-aidance ne doit pas être perçue comme un remplacement du soutien psychologique.
- Importance de la formation, de la supervision. Il faut être clair sur les différences de fonction, pas le même niveau d'intervention. Ça peut être un écueil facile de se dire, c'est bon on a formé des pairs-aidants donc on a coché la case. D'où l'importance de la formation, de former une communauté de pratique.
- Il ne faut pas que la pair-aidance devienne "le psy du pauvre" et le symbole d'une tendance à abaisser le niveau des soins pour accéder au plus grand nombre. Cela ne doit pas être considéré comme une intervention psychologique.

ANNEXE 9. 4. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION D

I. Santé mentale des travailleurs humanitaires et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- L'organisation propose une formation globale sur la protection du personnel humanitaire, incluant des aspects physiques et sécuritaires, mais pas spécifiquement centrée sur la santé mentale
- La politique « Rest & Recovery » est bien établie, avec prise en charge des transports et congés additionnels (3 à 5 jours au-delà des congés classiques) pour permettre aux expatriés de se reposer et déconnecter de manière régulière.
- Accord avec une assurance internationale offrant un service de téléconsultation psychologique accessible partout dans le monde. L'application liée à cette assurance permet le suivi du sommeil, des activités sportives, et propose des recommandations personnalisées.
- Pas de psychologue permanent au sein du siège, mais intention d'intégrer un poste dédié à la santé du personnel dans le budget RH, projet freiné par la crise financière touchant les ONG depuis début 2025.
- En cas de crise majeure (ex : Haïti, Afghanistan), recours à des psychologues indépendants pour interventions ponctuelles pour employés nationaux et internationaux.
- Gestion des départs et retours des expatriés :
 - Processus d'onboarding et offboarding en cours de digitalisation/formalisation pour standardiser les procédures mais en maintenant le contact humain qui manque un peu pour le moment suite à la croissance de l'organisation ces dernières années
 - Actuellement, peu d'accompagnement personnalisé ou de debriefing psychologique au départ ou au retour. Exit interview formalisée mais peu suivie dans la pratique.
 - Couverture d'assurance maintenue 30 jours après fin de mission pour permettre un suivi médical ou psychologique post-mission.
 - Manque d'entretien individuel spécifique lié au bien-être ou à la santé mentale lors des départs ou retours.
- Partenariat avec une organisation britannique permettant un accompagnement psychologique mais service disponible seulement en anglais.

Accompagnement des personnels nationaux

- Chaque pays dispose d'un plan de couverture médicale classique incluant un soutien santé mentale (psychologue, psychiatre), mais la qualité et disponibilité varient fortement selon les zones (exemple : Goma et Kinshasa disposent de services, mais Kindu en est dépourvu).
- L'organisation s'appuie sur des partenariats locaux avec des ONG (médicales) pour des services psychosociaux complémentaires.
- Politique RH encourageant la pause régulière de congés.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

Partenariat avec CoCreate Humanity (CCH)

- Mise en place il y a quelques semaines. Avancée majeure dans la prise en charge psychosociale des personnels humanitaires de l'organisation, notamment dans les pays francophones où l'accès à un soutien psychologique adapté est limité. Ce partenariat s'inscrit comme un complément aux dispositifs existants, qui restent souvent insuffisants, notamment en termes de présence de psychologues permanents ou d'accompagnement personnalisé.
- Ce partenariat est une première étape pour sensibiliser les équipes et à la direction à l'importance du soutien psychosocial et des besoins des équipes.
- La stratégie initiale a été de sensibiliser les équipes à l'existence de ce service via plusieurs canaux : communication interne, newsletters, réunions avec la direction pays, senior management team et responsables RH.
- Le retour des équipes, notamment dans les zones de crise comme le Niger, est positif, avec un nombre significatif de personnels ayant déjà contacté CCH.
- Le partenariat est présenté comme un service professionnel, avec des pairs aidants formés, supervisés, et ayant un parcours académique et une expérience humanitaire, ce qui rassure les utilisateurs potentiels.
- Différents mécanismes d'évaluation de ce partenariat : rapport trimestriel sur l'utilisation (le contenu des échanges reste confidentiel) ; visite terrain de l'équipe RH pour obtenir des retours du personnel.

Avantages identifiés du dispositif de pair-aidance CCH :

- Multilinguisme (français, arabe, espagnol, portugais) adapté aux contextes locaux.
- Proximité culturelle et compréhension des spécificités du travail humanitaire.
- Accessibilité via téléconsultation, ce qui est un atout pour les personnels expatriés en déplacement.
- Complémentarité avec les assurances médicales existantes, offrant un continuum de soins.
- Formation et supervision des pairs aidants garantissant un cadre professionnel et éthique.

Risques et points d'attention à avoir :

- La pérennité financière du dispositif est une préoccupation, compte tenu des contraintes budgétaires des ONG.
- Risques liés à la confidentialité des échanges, notamment dans un contexte de réduction d'effectifs où des informations sensibles pourraient nuire à la réputation de l'organisation.
- Difficultés culturelles : certains personnels peuvent percevoir le soutien psychologique comme tabou ou inappropriate selon le contexte local.
- Préférence possible pour des échanges en face-à-face plutôt que par téléconsultation, ce qui peut limiter l'usage du dispositif.

III. Recommandations, remarques, réserves finales

- Le besoin d'avoir des pairs aidants locaux, avec une expérience internationale, est souligné pour renforcer la pertinence et l'accessibilité du service.
- Importance de la supervision et de la formation continue des pairs aidants pour garantir la qualité.
- Ce partenariat avec CCH pour un an va permettre de montrer que les équipes ont besoin de ce soutien psychosocial et les bénéfices que cela peut apporter à l'organisation et au personnel dans son ensemble.

ANNEXE 9. 5. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION E

I. Santé mentale des travailleurs humanitaires et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- L'Unité de Soutien psychosocial (PSU) est une unité interne (contrairement à d'autres ONG qui externalisent ce service) créée en 2013, composée de psychologues salariés, dédiée initialement au personnel expatrié, puis cela s'est élargie à tous les employés internationaux et nationaux.
- **Prévention** : formation obligatoire au départ en mission, incluant un volet sensibilisation par la PSU. Briefings systématiques, notamment pour les premières missions, avec possibilité d'échanges post-mission (débriefings psychologiques proposés systématiquement mais non obligatoires).
- **Accompagnement** : mise à disposition de psychologues pendant la mission, en intermission et après la mission. Les personnes sont encouragées à être proactives, sauf en cas d'incidents sécuritaires où l'accompagnement est proactif.
- La mutuelle couvre jusqu'à 20 séances de psychologue pendant la mission et jusqu'à 3 mois suivant le retour de mission pour les expatriés.
- Tentatives de groupes de parole (notamment en visio) ont été faites dans le passé, au début des années 2000 mais cela ne prenait pas. Nouvelle tentative récemment, avec un succès croissant, notamment sur des thématiques ciblées (ex : femmes logisticiennes).
- Sur certains terrains, supervision et analyse de pratiques sont mises en place, notamment sur des missions liées à la migration ou au cancer, pour expatriés et personnels locaux.

Accompagnement des personnels nationaux

- L'organisation dispose d'antennes PSU délocalisées (Dakar, Jordanie, Asie du Sud-Est) pour assurer un lien avec le personnel local.
- Ces antennes proposent des solutions adaptées localement, culturellement pertinentes.
- Exemples concrets : recrutement récent de personnel dédié à l'accompagnement du staff local à Gaza et Haïti, parlant la langue locale et adaptés culturellement.
- Dans d'autres pays, la PSU du siège peut effectuer des visites terrain, des accompagnements occasionnels ou suivis de cas spécifiques.

Gestion des incidents critiques

- Intervention rapide possible par téléphone ou vidéo, ou déplacement sur place si possible.
- Exemple récent : intervention rapide au Sud Soudan pour personnel local et international, avec sessions de diffusion et débriefing sur place.
- Pas de recours à des hotlines ou plateformes externes, le dispositif est internalisé, avec possibilité de référer à des partenaires externes pour un suivi plus long.

Freins et leviers à l'utilisation des dispositifs

- **Facilitateurs** : internalisation du service permettant une communication régulière (pendant les briefings, formations et mails de rappel), proximité physique dans les locaux.
- **Freins** : crainte liée au lien avec l'employeur (confidentialité), culture du « cow-boy » dans l'humanitaire qui valorise la force et l'autonomie, réticence à demander de l'aide en mission.
- **Évolution positive** : augmentation des personnes en suivi psychothérapeutique à distance pendant la mission, phénomène moins visible en 2015.

Évaluation des dispositifs

- Évaluation sporadique via questionnaires anonymes (exemple : questionnaire lancé en 2023 sur la PSU).
- Retours principalement individuels ou via gestionnaires, cellules opérationnelles.
- Pas d'évaluation systématique après chaque contact.
- Difficulté à mesurer l'efficacité, notamment car les personnes accompagnées n'ont pas toujours une demande explicite.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

Existence d'un dispositif de soutien psychosocial par les pairs, porté par l'antenne associative de l'organisation et appuyé par la PSU. Donc c'est considéré comme un dispositif externe mais spécifiquement créé pour l'organisation. Il vise à offrir un espace d'écoute et de soutien à son personnel humanitaire, par des pairs bénévoles formés, ayant une expérience terrain. Ce dispositif complète l'accompagnement professionnel assuré par la PSU, en particulier pour lever les freins liés à la relation employeur-employé.

Fonctionnement et organisation

- Les pairs sont des bénévoles ayant effectué au moins trois missions avec l'organisation, avec une dernière mission datant de moins de 5 ans (critère parfois assoupli).
- Aucun salarié de l'organisation n'est pair-bénévole, afin de garantir la confidentialité et l'indépendance.
- Le réseau est organisé régionalement pour favoriser les rencontres en face-à-face, bien que la Covid ait déplacé la majorité des échanges vers le distanciel (visio, appels WhatsApp).

- Le dispositif propose uniquement un soutien individuel, accessible sur demande après information systématique avant et après mission.
- Le contact est initié environ 2-3 semaines avant le départ et 2-3 semaines après le retour de mission, périodes où les besoins sont les plus exprimés.

Formation et encadrement

- Les pairs bénévoles bénéficient d'une formation de deux jours, co-construite avec la PSU, couvrant la théorie du stress, l'écoute active, le positionnement, la gestion des conversations difficiles et la réorientation vers des professionnels.
- Un système d'évaluation interne existe, où les pairs bénévoles remplissent un questionnaire succinct après chaque entretien.
- La supervision et le suivi des pairs sont essentiels pour garantir la qualité du soutien et protéger les pairs.

Défis et limites

- Le taux d'utilisation du dispositif est d'environ 15 %, ce qui peut générer de la frustration chez les pairs bénévoles.
- L'animation du réseau est un défi majeur, car les pairs sont bénévoles et peuvent être indisponibles.
- Le dispositif souffre d'un sous-effectif dans l'animation, avec un recrutement en cours
- La gestion des retours négatifs ou des entretiens difficiles nécessite une vigilance constante.
- Le dispositif est limité au personnel international français, sans extension actuelle aux autres organisations du réseau ou au personnel national.

Perspectives d'évolution

- Le dispositif pourrait être étendu aux personnels en détachement ou à d'autres catégories de personnel.
- Une collaboration avec des structures externes spécialisées en pair-aidance humanitaire en santé mentale, comme CoCreate Humanity, pourrait être envisagée pour enrichir et renforcer le dispositif, celui-ci n'ayant pour le moment pas d'orientation en santé mentale, ce qui est très intéressant.
- L'intégration d'évaluations qualitatives plus larges est envisagée pour mieux mesurer l'impact.

Étapes du cycle de mission où le soutien est le plus demandé

- L'équipe du dispositif contacte les personnels 2-3 semaines avant le départ et 2-3 semaines après le retour.
- Forte demande avant départ, liée à l'incertitude et au manque d'informations.
- Moins de demandes immédiatement après le retour, car les débriefings ont lieu, mais un pic peut apparaître 2-3 semaines après, lors de la réadaptation à la vie quotidienne.
- Pas d'accompagnement par les pairs bénévoles pendant la mission, car d'autres dispositifs (PSU, mentoring, coaching) sont en place.

- Statistiques précises non disponible au moment de l'entretien mais ressentir qu'il y a plus de demandes post-mission, avec quelques demandes pendant la mission.

Effectifs et ressources

- PSU : 6 psychologues (3 temps plein, 1 à 60 %, 2 à 20 %).
- Dispositif de soutien par les pairs : environ 60 pairs bénévoles actifs (à confirmer). Animation de ce dispositif en sous-effectif, recrutement en cours.

III. Recommandations, remarques, réserves finales

- Conviction forte de l'intérêt et de la complémentarité du dispositif de pair-aidance avec les autres prises en charge psychologiques.
- Nécessité d'une mise en œuvre rigoureuse, avec formation, supervision, suivi et disponibilité.
- Plus de bénéfices que de risques si le dispositif est bien staffé et encadré.

ANNEXE 9. 6. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION F

I. Santé mentale des travailleurs humanitaires et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- La santé mentale des travailleurs humanitaires est prise en compte à différents niveaux : avant, pendant et au retour de mission.
- **Dans la phase départ :** briefing obligatoire avec une psychologue consultante qui a lieu volontairement 2 à 3 semaines après l'arrivée sur le terrain, une fois que l'expatrié est installé et en poste. Ce briefing permet de créer le lien, évaluer les antécédents d'incidents sécuritaires et faire de la sensibilisation et prévention, avec le partage d'outils concrets sur la gestion du stress, de la charge de travail. Durée de la séance : 1h.
- **Pendant la mission :**
 - La psychologue consultante reste joignable à tout moment, directement et de manière confidentielle. Possibilité également d'un suivi avec un psychologue externe remboursé par l'assurance médicale : jusqu'à 5 séances par an.
 - Formation Defusing (voir plus bas).
 - Dispositif classique de repos régulier avec jours de récupération 3 mois après l'arrivée puis tous les 6 mois, cumulables avec les congés payés. Dispositif de retour en capital (6 semaines) pour les expatriés dans des contextes difficiles ou reculés.
 - Un suivi RH régulier est organisé tous les 3 à 6 mois selon la durée de la mission, avec des appels d'une heure pour discuter des conditions de travail, management, etc.
 - Si un besoin est remonté au siège par les collègues ou superviseurs, les RH peuvent prendre directement contact avec une personne pour apporter un soutien avec possibilité d'être mis en contact avec la psychologue consultante de manière proactive.

- **Dans la phase retour :** débriefing psychologique avec la psychologue consultante proposé mais facultatif. Les débriefings sont volontairement organisés plusieurs semaines après le retour, parfois jusqu'à un mois, considérant que les expatriés ont besoin de prendre du recul.
- L'organisation va seulement assurer l'organisation des briefings/débriefings. Pour le reste, les expatriés peuvent contacter directement la psychologue consultante pour demander un suivi.
- L'assurance médicale reste active jusqu'à un mois après la fin de contrat, voire plus si l'expatrié active la portabilité en étant inscrit à France Travail.

Accompagnement des personnels nationaux

- Sur toutes les missions, un prestataire ou structure locale sont identifiés pour les débriefings suite à un incident critique ou pour un accompagnement pendant le contrat.
- Dans certains contextes, des permanences de psychologues sont organisées directement dans les bureaux de l'organisation (exemple en Ukraine).

Formations, ateliers et prévention

- Module de formation d'une heure au « Defusing » / Premiers secours psychologiques, proposé à tous les expatriés afin de les sensibiliser sur la gestion du stress, le stress post-traumatique et la méthode du « defusing ». Un questionnaire pré/post est rempli par les participants pour évaluer l'impact de la formation.
- Pour les fonctions en charge de la sécurité, ce module est suivi d'un briefing d'une heure, animé par un psychologue, pour approfondir la méthode du « Defusing ».

Freins et leviers à l'utilisation des dispositifs

- Leviers facilitateurs:
 - Les discussions sur la santé mentale et le bien-être psychologique sont devenues de plus en plus courantes. Les expatriés ont l'habitude.
 - Le développement d'une culture où il est possible de parler de ces sujets sans tabou. Les employés sont de plus en plus demandeurs des services de Santé du personnel. Une enquête récente conduite par l'organisation en interne a fait ressortir que les expatriés sont de plus en plus conscients de l'importance de se préserver et accordent une plus grande importance aux conditions de vie et de travail.
 - La couverture de l'assurance médicale permettant le remboursement de 5 séances par an, même si nous n'avons pas de chiffres précis sur le nombre d'expatriés utilisant ces séances.
- Freins :
 - Réticences parfois culturelles à parler de la santé mentale. Mais l'approche de la psychologue joue un grand rôle pour lever ces barrières en proposant des outils très concrets. Pourtant il est rare que les expatriés fassent le débriefing émotionnel avec la psychologue au retour de mission.

- Auparavant, la langue pouvait être un frein mais ce n'est plus le cas depuis que des prestataires / structures locales ont été identifiées.

Évaluation des dispositifs

- Dans le rapport d'étonnement, quelques mois suite à l'arrivée sur le terrain, la question est posée sur la réalisation du briefing psychologique avec la psychologue mais pas spécifiquement sur la perception de la qualité ou utilité du soutien apporté.
- Retours généraux sur l'utilisation du service de soutien psychologique, au global, fait par la psychologue consultante, une fois par an.
- Pas d'autres mécanismes de suivi d'impact.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

- Cela pourrait être une plus-value car il y a toujours un premier réflexe de réticence à parler avec des psychologues. Donc cela permettrait peut-être à certains de partager plus facilement ce qu'ils vivent, ressentent car ils s'adressent à quelqu'un qui a vécu la même chose, « comme eux ».
- Sur le principe, c'est une bonne idée mais beaucoup de questions à clarifier. Qui, quel statut, comment garantir la confidentialité des échanges ? Il faut que cela soit vraiment cadré, professionnel, sinon cela pourrait être limiter, dissuader les expatriés à se confier.
- L'organisation a déjà réfléchi à la mise en place de binômes entre pairs pour faciliter l'arrivée et l'intégration mais cela n'a pas été mis en place.
- Un dispositif de PAHSM pourrait être intégrable avec les dispositifs existants mais plutôt en externe. L'organisation n'aurait pas les ressources pour mettre cela en place en interne. Et préférence pour un dispositif externe car cela apporterait un gage de légitimité, via une organisation dédiée à cela par exemple.

Avantages :

- Peut-être que plus d'expatriés feraient appel à ce dispositif.
- Plus de proximité avec les pairs-aidants car ils ont vécu l'humanitaire.

Risques :

- Quel suivi pourrait-on avoir des services rendus par la structure externe ? L'organisation perdrait la main sur le dispositif alors que cela reste leur responsabilité. Comment cela pourrait s'imbriquerait avec ce qui est fait en interne? Quelle complémentarité?
- Quels résultats attendus? Est-ce que cela aiderait plus les expatriés que de parler avec un psychologue? Même si les pairs-aidants sont formés.

Points d'attention à avoir :

- A nouveau, question de la responsabilité de l'organisation pour le bien-être de ses employés donc comme l'organisation pourrait « garder la main » sur ce suivi ?
- Il faudrait une adhésion des psychologues avec lesquels on travaille.

- Attention particulière également à avoir sur l'identification, le « recrutement » des pairs-aidants. Mécanisme à clarifier si un pair-aidant connaît personnellement une personne accompagnée.

Moments clés du cycle de mission et modalités pour ce type de soutien

- Après la première phase d'intégration (dans les trois mois suivant l'arrivée sur le terrain) car c'est à ce moment-là que l'expatrié commence à être plus à l'aise mais aussi à accumuler une charge de travail importante, peut-être également des frustrations.
- De préférence en ligne car tous les débriefings sont maintenant fait en ligne.

III. Recommandations, remarques, réserves finales

- Démarche hyper intéressante car il ne faut pas négliger toutes les problématiques liées à la santé mentale des employés. Ce dispositif pourrait être présenté pendant un briefing/débriefing RH en complément de l'accompagnement avec un psychologue proposé par l'organisation. Cela pourrait être bien reçu par les expatriés. Mais à voir également, les limites de la pair-aidance.

ANNEXE 9. 7. RESUME D'ENTRETIEN – ORGANISATION G

I. Santé mentale et soutien psychosocial au sein de l'organisation

- **Supervisions collectives** de groupe, depuis une douzaine d'années, deux jours par an. Pour cela, ils étaient accompagnés par un psychologue allemand expérimenté (David Becker, récemment retraité). Ces 2 jours sont maintenant divisés en 4 grosses demi-journées.
- **Supervisions individuelles** mais difficultés à trouver les bonnes personnes pour cela.
- **Sharing Spaces / Espaces de partage** : organisés entre chargés de programmes pour avoir des discussions sur l'impact du travail au niveau personnel, travailler les relations entre collègues
- Importance de développer une **culture psychosociale**, c'est-à-dire une capacité à échanger sur le plan personnel, au-delà des aspects purement professionnels et en dehors des rapports hiérarchiques.
- Obstacles culturels et tabous : peur d'apparaître faible, non professionnel, difficulté à exprimer émotions et vulnérabilités, même en Europe/Suisse.
- Le rôle clé de la hiérarchie dans l'incarnation de cette culture psychosociale.

Prise en compte chez les partenaires locaux

- Nos partenaires sont des organisations de la société civile, des organisations de paysans, de femmes qui s'engagent pour défendre leurs droits, pour pouvoir vivre des ressources de la terre, etc. Coordination locale assurée par des personnes locales (pas d'expatriés). La fréquence des actions de soutien psychosocial dépend beaucoup des programmes, du contexte du pays (catastrophes naturelles, régime politique dictatorial...) et de la conviction des coordinateurs locaux.
- Propositions de travailler sur les thématiques du soutien psychosocial mais cela n'est pas imposé aux partenaires locaux. Il y a déjà suffisamment de

règles imposées pour tout ce qui touche au reporting, monitoring et évaluation). Mais parfois, les bailleurs de fonds imposent des standards que l'on doit suivre tels que le genre, tout ce qui touche à la prévention contre le harcèlement, les abus sexuels. Donc on propose de travailler sur ces thématiques de soutien psychosocial.

- Ateliers réguliers sur la gestion des conflits, gestion du stress, sensibilité au conflit (exemples RDC en 2015, 2018, 2023).
- Mais parfois résistance car peur de perdre le contrôle ou le pouvoir en ouvrant des espaces d'expression.

Sharing Spaces : exemple aux Philippines

- Espaces de partage réguliers appelés « Kumustahay » (signifiant « comment ça va » en tagalog) permettant du soutien psychosocial en groupe dans un contexte de catastrophes naturelles récurrentes (typhons).
- Formation de facilitateurs internes pour modérer ces espaces car difficulté à identifier des animateurs externes.
- Collaboration avec l'association des psychologues philippins pour interventions ponctuelles et débriefings.
- Exemple concret : partenaire très affecté par les typhons, qui fait du Sharing Space un outil de survie et de gestion d'équipe directement après le passage d'un typhon. Le sharing space se révèle être aussi un outil de management.
- Guide d'animation simple (2 pages) pour faciliter la mise en place et lever les appréhensions (ex : que faire si quelqu'un pleure).
- Ces espaces permettent de réduire l'isolement, développer la confiance, l'humilité, une culture de non-jugement et d'écoute. L'expérience montre qu'ils servent aussi à améliorer la qualité des projets.

Évaluation des dispositifs

- Seulement sur la base des retours des partenaires et équipes.
- Une étude est en cours d'évaluation pour évaluer et documenter ces pratiques car en place depuis plus de 10 ans.

II. Perception de la pair-aidance humanitaire en santé mentale

- Le dispositif de Sharing Spaces peut être considéré comme un premier niveau de pair-aidance collective.
- Il serait très intéressant et utile de développer la pair-aidance au sein de l'organisation. Mais cela nécessiterait des présupposés : la reconnaissance de l'existence des besoins (en partie acquis au sein de notre organisation), la capacité à trouver des personnes pour faire des supervisions individuelles.
- Sentiment que cela peut être très efficace, très puissant.
- En raison des difficultés financières de l'organisation, elle n'aurait pas les moyens de salarier des pairs-aidants en interne. Mais un dispositif externe pourrait être complémentaire avec ce que l'on fait déjà.

Conditions nécessaires pour garantir sécurité, confidentialité et efficacité

- Confidentialité absolue : pas de retour d'information à l'organisation sauf demande de la personne aidée.
- Espace d'échange sécurisé.
- Échange dans la langue maternelle de la personne accompagnée.
- Formation rigoureuse des pairs aidants pour éviter des expériences négatives.
- Supervision continue des pairs aidants par psychologues référents.
- Accessibilité financière et organisationnelle (pas de nécessité de budget ou d'autorisation hiérarchique).
- Sensibilisation des équipes à la confidentialité et à la culture psychosociale.

Avantages :

- Facilite la confiance et l'alliance thérapeutique grâce à l'identification rapide à un pair ayant vécu des expériences similaires. Par définition, les pairs sont des personnes avec lesquelles on peut s'identifier rapidement. Cela peut permettre de gagner du temps car la confiance peut se créer plus rapidement.
- Permettrait de contourner les tabous liés à la consultation psychologique formelle.
- Potentiel d'implantation dans chaque pays d'intervention, avec pairs aidants locaux parlant la langue maternelle.
- Confidentialité
- Dispositif anonyme, accessible sans passer par la hiérarchie ni débloquer de budget.

Risques et points d'attention à avoir:

- Risque d'accompagnement inadéquat par des pairs non formés ou mal encadrés, pouvant discréditer la démarche.
- Importance de la formation des pairs-aidants pour s'assurer qu'ils soient suffisamment outillés et encadrés pour savoir quand et comment réorienter une personne qui nécessite une aide psychologique ou psychiatrique.
- Importance de ne pas laisser une personne en grande souffrance sans suivi adapté.
- Nécessité d'une culture psychosociale bien ancrée pour favoriser l'usage.