

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SOINS POST-CATASTROPHE, TRANSMISSIONS ET TRAVERSÉES :
VERS UNE COMPRÉHENSION DE L'EXPÉRIENCE DE CLINICIENS À
PORT-AU-PRINCE SUITE AU SÉISME DU 12 JANVIER 2010

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANNIE JAIMES

AOÛT 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Selon le proverbe haïtien, *men anpil chay pa lou*, ou quand les mains sont nombreuses, la charge n'est pas lourde. J'aimerais ainsi saluer ici toutes celles et ceux qui m'ont aidée à porter le projet de cette thèse à son aboutissement.

Ce projet n'aurait pas été possible sans les cliniciennes et cliniciens qui ont accepté de me livrer une part de leur expérience, avec générosité et confiance. Je leur suis infiniment reconnaissante. *Mesi Anpil*.

Mes directrices de recherche, Ghayda Hassan et Dr Cécile Rousseau, m'ont accompagnée dans cette aventure avec finesse, intelligence et patience. J'ai été guidée avec confiance et perspicacité par Ghayda, nourrie des questions aiguës de Cécile. Leurs regards sensibles sur l'humain continuent de m'inspirer, et je leur en suis profondément redevable. Au département de psychologie de l'UQAM, j'ai bénéficié des commentaires judicieux de Véronique Lussier, Mélanie Vachon, et Florence Vinit sur des questions de cette thèse, je les en remercie chaleureusement. Je suis également reconnaissante d'avoir pu bénéficier, une fois la thèse soumise, des commentaires riches et enthousiastes du comité d'évaluation, soit des professeurs Daniel Dérivois, Henri Dorvil et Sophie Gilbert.

Durant les différentes étapes de la recherche, j'ai été soutenue par plusieurs personnes à Montréal, à Boston et en Haïti. En outre, Régine Chassagne, Valérie et la famille Morquette, Hans et Reginald Fleury, Giuseppe Raviola, Père Eugène et Cate Oswald de *Partners in Health/Zanmi Lasanté*, l'Université Notre-Dame d'Haïti ainsi que plusieurs organisations m'ont ouvert leur porte. Merci également aux travailleurs humanitaires expatriés qui m'ont partagé leurs perspectives sur le travail post-séisme.

De nombreux collègues ont rendu ces années doctorales stimulantes et agréables. Je pense à l'équipe de Sherpa, particulièrement à Fardousa Abdillah, Élise Bourgeois-Guérin, Sarah Fraser, Audrey Lachaine, Claire Lyke, Anousheh Machouf, Francesca Meloni, Dr Lucie Nadeau, Pauline Ngirumpatse, Catherine-Lune Grayson et Marie-Hélène Rivest, ainsi qu'à Lyne et Alexandre. Un merci tout spécial aux membres du séminaire (Janet Cleveland, Rochelle Foulkner, Janique Johnson-Lafleur, Diana Miconi, Monica Ruiz-Casares et Yann Zoldan) pour leurs réflexions avisées sur certains des articles de cette thèse. Le groupe d'écriture en sciences sociales et santé (Michèle Barrière-Dion, Baptiste Brossard, Pierre-Marie-David, Gabriel Girard, Baptiste Godrie, Annie Larouche et Pierre Minn) a également été un foyer d'échanges fertiles sur nos projets respectifs. Merci.

Un remerciement bien spécial revient à mes ami.e.s et à mes proches, pour les bons moments partagés et les échanges nourrissants. Merci particulièrement à Andrée Boisselle et Julie-Soleil Archambault, mais également à Catherine, Gillian, Jean-Daniel, Ioanna, Ak'ingabe, Xavier, Annie, Vincent, Raphaëlle, Éloi et Rémy. Je suis reconnaissante aux membres de ma famille pour leur appui, à mes frères Alexandre, Jean-François, Paul-André et Philippe, à ma mère Louise pour son exemple de ténacité, et à Monique, fée marraine, pour sa douceur et sa bienveillance. J'aurai aimé qu'elles voient l'aboutissement de ce travail. Je remercie également mon père Peter de m'avoir partagé sa curiosité et l'envie de sortir des sentiers battus, tout en m'aidant à saisir en quoi mon histoire familiale n'était pas étrangère à mon désir d'explorer la question des transmissions.

Finalement, un immense merci à Nicolas d'avoir été, durant cette traversée doctorale, un interlocuteur complice et stimulant ainsi qu'un compagnon des plus soutenant.

Cette recherche a été financée par la Bourse Doctorale Joseph-Armand Bombardier du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada et par la Bourse Doctorale du Fond Québécois de Recherche en Santé.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	xiii
RÉSUMÉ.....	xv
SUMMARY	xviii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Contextualisation de la problématique	6
Les catastrophes et leurs impacts sur la santé mentale et le bien-être.....	6
Les interventions humanitaires en santé mentale et soutien psychosocial	8
Santé mentale du personnel humanitaire local et expatrié	11
Recherches sur la clinique du trauma	13
Objectifs et structure de la thèse	17
CHAPITRE I	
CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE LA RECHERCHE.....	21
1.1 Introduction	21
1.2 Repères historiques	22
1.2.1 Rencontre entre <i>Ayiti</i> et l'Occident : Colonisation, esclavage et résistance	22
1.2.2 Abolition de l'esclavage et naissance de la première République Noire	24
1.2.3 Violence de l'occupation étrangère et des dictatures	27
1.2.4 Une jeune démocratie sous le signe de l'insécurité et de l'ingérence étrangère.....	28
1.2.5 Haïti et le Québec – des liens complexes.....	29
1.3 Quelques repères contemporains	31
1.3.1 Un écosystème fragilisé	32
1.3.2 Portrait sociodémographique et économique	33
1.3.3 Ressources en santé et en santé mentale	35

1.3.4	Les professionnels de la santé mentale.....	37
1.4	L'onde sismique et ses secousses	39
1.4.1	Mobilisations locale et internationale.....	41
1.4.2	L'aide humanitaire et ses contrecoups	42
1.4.3	Récits croisés sur le paradoxe haïtien.....	45
1.5	Conclusion	47
CHAPITRE II		
REPÈRES CLINIQUES ET THÉORIQUES		49
2.1	Introduction : Du complémentarisme au kaléidoscope	49
2.2	Perspectives cliniques	52
2.2.1	Repères historiques et psychiatriques sur le trauma en Occident	52
2.2.2	Perspectives psychodynamiques sur le trauma et ses devenirs	58
2.2.3	La clinique du trauma et le soignant	70
2.2.4	Apports et appels des approches psychodynamiques	81
2.3	Perspectives socio-écologique, transculturelles et politiques	82
2.3.1	Trauma et transculturalité.....	83
2.3.2	Trauma, violence et pouvoir	92
2.4	Vers une approche kaléidoscopique	98
2.5	Questions de recherche et objectifs de la thèse.....	99
CHAPITRE III		
CADRE MÉTHODOLOGIQUE		103
3.1	Introduction.....	103
3.2	Orientations générales	103
3.2.1	Une posture interprétative et co-constuctiviste	105
3.3	Préambules à la recherche.....	108
3.3.1	Introduction au terrain	108
3.3.2	Quelques notes et observations	110
3.4	Recrutement et échantillon	114
3.4.1	Critères de sélection et échantillon.....	114
3.4.2	Stratégies de recrutement	116
3.4.3	Profil des participants à la recherche.....	117
3.5	Cueillette de données	118

3.5.1	Entrevues semi-dirigées	118
3.5.2	Déroulement des entrevues	120
3.5.3	Enregistrements, transcriptions et notes	120
3.5.4	Questionnaire sociodémographique	121
3.6	Analyse du matériel	121
3.6.1	Mémos et résumés	122
3.6.2	Préparation à l'analyse et lecture phénoménologique	122
3.6.3	Analyse thématique	123
3.6.4	Analyse par catégories conceptualisantes	125
3.6.5	Retour auprès d'informateurs clés	126
3.6.6	Notes sur la rencontre et sur les enjeux transféro- contretransférentiels	126
3.7	Balises éthiques	129
3.7.1	Risques et bénéfices	130
3.7.2	Confidentialité	132
3.7.3	Enjeux de représentation	132
3.8	Conclusion	134
PONT		135
 CHAPITRE IV		
LE DEUIL POST-TRAUMATIQUE DANS LE CONTEXTE DES ÉVÉNEMENTS DU 12 JANVIER : REGARDS PSYCHODYNAMIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES SUR LA GESTION DE LA RUPTURE ET DU LIEN.....		
4.1	Avant-propos	138
4.2	Introduction	138
4.3	Le travail de deuil : entre rupture et continuité	139
4.4	Deuil normal, compliqué, traumatogène ou post-traumatique?	140
4.5	Les dimensions intrapsychiques du deuil post-traumatique	141
4.6	Repères anthropologiques	144
4.7	Le deuil dans le contexte du 12 janvier	147
4.8	Conclusion	149
4.9	Références	150
PONT		153

CHAPITRE V

HURTFUL GIFTS? TRAUMA AND GROWTH TRANSMISSION AMONG

LOCAL CLINICIANS IN POST-EARTHQUAKE HAITI.....155

5.1 Abstract.....156

5.2 Introduction.....157

5.3 Research Context: Massive Trauma and Continuous Adversity in Port-au-Prince158

5.4 Clinical Work with Trauma Survivors159

5.5 Method.....162

5.5.1 Participants162

5.5.2 Procedure162

5.5.3 Measures.....163

5.5.4 Data Analysis163

5.6 Findings164

5.6.1 Balancing Duty and Desire to Help.....165

5.6.2 Experiencing Fragility and Strength.....167

5.6.3 Negotiating Separation and Connection.....169

5.6.4 Sharing Hurt and Hope172

5.7 Discussion.....174

5.8 References.....177

PONT.....183

CHAPITRE VI

TRAVERSER LE CHAOS : BOULEVERSEMENTS ET MOUVEMENTS

PORTEURS DANS LA CLINIQUE POST-CATASTROPHE.....185

6.1 Résumé186

6.2 Introduction.....187

6.3 Clinique de l'extrême188

6.4 Méthode190

6.5 Résultats.....191

6.5.1 Retrouver sa place dans le chaos : mouvements de fuite et de lutte ..191

6.5.2 Reconstitution d'un monde hospitalier194

6.5.3 Oscillations : rapprochement et distanciation du matériel
traumatique199

6.5.4	Le jeu des frontières entre soi et l'autre	203
6.6	Discussion	207
6.7	Limites	210
6.8	Conclusion	211
6.9	Références	212
PONT		215
CHAPITRE VII		
ASSISTANCE OR INTERFERENCE? LOCAL CLINICIANS' PERCEPTIONS OF HUMANITARIAN AID IN POST-EARTHQUAKE HAITI		217
7.1	Abstract	218
7.2	Introduction	219
7.3	Research Setting	221
7.4	Conceptual Framework	222
7.5	Methods	223
7.5.1	Participant	223
7.5.2	Procedures	224
7.5.3	Data collection	224
7.5.4	Analysis	225
7.6	Findings	225
7.6.1	Macrosocial Context	225
7.6.2	Organizational Dynamics	229
7.6.3	MHPSS - Structural and cultural (mis) adaptations	234
7.7	Discussion	237
7.8	Recommendations	239
7.9	Limits	240
7.10	Conclusion	241
7.11	References	241
CHAPITRE VIII		
DISCUSSION		247
8.1	Synthèse des articles	247
8.2	Trauma et transmissions - quelques réflexions	250

8.2.1	Faillles et transmissions dans la clinique de l'extrême	251
8.2.2	Humanitaire, altérisation et mythe du don unilatéral	255
8.2.3	Transmissions et recherche - quelques notes	259
8.3	Implications	261
8.3.1	Pour la clinique en contexte post-catastrophe	261
8.3.2	Pour le bien être des cliniciens	262
8.3.3	Pour les décideurs et acteurs humanitaires internationaux	264
8.3.4	Recherche	265
8.4	Limites et pistes de recherches futures	266
CONCLUSION		271
	Retour sur les objectifs de recherche	271
	Contributions	273
	En conclusion	275
	Post-scriptum.....	275
ANNEXE A		279
PROFILS DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE.....		279
ANNEXE B		281
CANEVAS D'ENTREVUE		281
ANNEXE C		283
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		283
RÉFÉRENCES		287

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures	Page
1.1 Cathédrale Notre-Dame-de-l'Assomption à Port-au-Prince, 2010.....	40
1.2 Tente d'un psychologue dans un camp à Port-au-Prince, 2010.....	42
Tableau	Page
6.1 Themes and Frequencies of Participant's Experiences	165

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

Français

APA	Association psychiatrique américaine
AHPsy	Association haïtienne de psychologie
CCD	Concepts culturels de détresse
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EMDR	Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires
ESPT	État de stress post-traumatique
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IASC	Comité permanent inter-organisations
OCHA	Bureau de l'ONU pour la coordination des affaires humanitaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONGI	Organisation non gouvernementale internationale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PIH/ZL	<i>Partners in Health/Zanmi Lasanté</i>
PRFI	Pays à revenus faibles ou intermédiaire
SMSP	Santé mentale et soutien psychosocial
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

Anglais

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CBT	<i>Cognitive-Behavioral Therapy</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMDR	<i>Eye movement and desensitization reprocessing</i>
LMIC	<i>Low and Middle Income countries</i>
MHPSS	<i>Mental Health and psychosocial support</i>
NGO	<i>Non-governmental organization</i>
IASC	<i>International Agency Standing Committee</i>
ICRC	<i>International Committee of the Red Cross</i>
INGO	<i>International non-governmental organization</i>
OCHA	<i>Office for the Coordination of Humanitarian Affairs of the UN</i>
PIH/ZL	<i>Partners in Health/Zanmi Lasanté</i>
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
PAHO	<i>Pan-American Health Organization (part of WHO)</i>
UN	<i>United Nations</i>
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

RÉSUMÉ

Cette thèse porte sur l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince impliqués dans le travail post-séisme, en considérant leur position particulière comme survivants et soignants, ainsi que le contexte de bouleversement collectif dans lequel s'est inscrit leur engagement. Si les catastrophes naturelles touchent principalement les pays dits à faible ou moyen revenus, elles mènent généralement des interventions humanitaires occidentales, lesquelles intègrent de plus en plus des services en santé mentale et soutien psychosocial (SMSP). Situés à l'interstice entre les organisations d'aide et la population, les professionnels locaux constituent des acteurs incontournables dans la mise en œuvre et dans l'adaptation des interventions à leurs contextes spécifiques, une préoccupation croissante des agences internationales. Malgré le rôle essentiel et la conjoncture particulière des cliniciens locaux, très peu d'études examinent leurs expériences et perspectives, particulièrement hors de l'Occident. Cette recherche qualitative vise à combler cette lacune. La présente thèse s'appuie sur un cadre théorique pluridisciplinaire et kaléidoscopique, inspiré du complémentarisme de Devereux (1980, 1985), afin de considérer les dimensions psychodynamiques, transculturelles et politiques qui peuvent affecter le travail des cliniciens en contexte post-catastrophe. Pour mener à bien ce projet, un devis qualitatif a été privilégié. Vingt-deux cliniciens de la région de Port-au-Prince ont accepté d'être rencontrés à l'été 2012. Les entretiens semi-structurés, portant sur diverses facettes de leur engagement professionnel, ont été transcrits verbatim et soumis à une analyse thématique. Poursuivant l'objectif de contextualiser l'expérience des cliniciens, un acte de colloque présenté dans cette thèse propose une réflexion sur les processus sous-jacents au deuil post-traumatique suite à une catastrophe massive. Les données de recherche sont ensuite présentées sous la forme de trois articles.

Le premier article empirique de cette thèse adopte une perspective intersubjective et socio-écologique pour comprendre le double vécu de survivant et de soignant des cliniciens de Port-au-Prince, en explorant les multiples transmissions potentielles de la clinique en contexte de catastrophe massive. En contraste avec la littérature dominante en psychologie, qui décrit le trauma transmis comme un processus principalement pathologique et délétère, cette recherche suggère que le partage d'affect et l'engagement empathique pourrait aussi potentiellement mener à des expériences bénéfiques chez le clinicien. Plus précisément, l'analyse des récits des professionnels met en relief la complexité de leurs expériences, lesquelles s'articulaient autour de divers pôles, soit l'équilibre entre devoir et désir d'engagement; l'expérience de fragilité et de force; la négociation entre séparation et connexion; ainsi que le partage des vécus de détresse et d'espoir. À partir de l'analyse du mouvement dynamique entre ces pôles, cet article suggère que les transmissions entre soignants et soignés sont

multiples et réciproques. En ce sens, la possibilité d'accompagner ses concitoyens constituerait potentiellement un don, bien que parfois douloureux. Cette analyse laisse entendre que le travail des cliniciens dans le contexte post-séisme de Port-au-Prince demeure exigeant : une exploration plus approfondie des processus soutenant ou fragilisant pour ces professionnels a donc fait l'objet d'un autre article.

Le deuxième article se penche sur les mouvements qui ont épaulé ou déstabilisé les cliniciens dans leur expérience professionnelle. Adoptant une perspective psychodynamique, l'analyse suggère que l'engagement des participants constituait pour plusieurs une sortie de la paralysie traumatique et une façon de combattre le sentiment d'impuissance devant la tragédie. Bien que la position soignante ait ainsi été décrite par la grande majorité comme structurante, elle comportait également des aléas relatifs à l'excès traumatique. Les cliniciens avaient recours à une diversité de moyens pour composer avec leur double expérience, notamment la (re)constitution du collectif et l'investissement de sa fonction contenante; l'alternance entre proximité et distance du matériel traumatique; ainsi que la renégociation du partage d'affects et des frontières entre soignants et soignés. Par ailleurs, les multiples adaptations des cliniciens au contexte post-séisme fort exigeant rappellent l'importance de pouvoir travailler « côte-à-côte » et sur mesure dans des situations extrêmes.

Le troisième article examine les dynamiques macrosociales et organisationnelles ayant affecté le travail des cliniciens, en considérant particulièrement leurs perceptions de l'aide internationale après le séisme. L'analyse suggère que l'expression de la solidarité internationale et diverses formes de soutien professionnel ont été appréciées, particulièrement durant la période d'urgence. Toutefois sur le plan macrosocial, les professionnels considéraient le manque de coordination et de consultation des partenaires locaux comme délétères. Par ailleurs, l'orientation des organisations en termes de mécanismes d'inclusion, de continuité interne et de soutien au personnel semblait affecter la participation et le bien-être des cliniciens. Selon leur perspectives, l'asymétrie entre locaux et expatriés altérerait des dynamiques ainsi que les potentielles (més)adaptations culturelles des interventions déployées par les acteurs internationaux. L'article relève l'importance de considérer les enjeux structurels en contexte humanitaire afin de faciliter le partenariat, le bien-être des professionnels, ainsi que la mise en place d'interventions culturellement appropriées, tel que recommandé par les agences internationales.

La discussion de cette thèse tisse des liens conceptuels entre les différentes transmissions en jeu dans l'expérience professionnelle des cliniciens de Port-au-Prince suite au séisme, dans le travail humanitaire, ainsi que dans la démarche de cette étude. À l'aune des multiples perspectives disciplinaires convoquées, la thèse interroge les prémisses sous-jacentes aux approches dominantes en psychologie occidentale concernant la clinique du trauma et la souffrance du clinicien. Des recommandations concernant les interventions de SMSP en contexte humanitaire sont également

formulées. Finalement, la présente recherche invite à repenser l'articulation complexe entre les dimensions singulière et collective qui sous-tendent la traversée de telles catastrophes massives.

Mots clés : catastrophe collective; crise humanitaire; services de santé mentale et soutien psychosocial (SMSP); psychiatrie humanitaire; cliniciens locaux; trauma; traumatisme; croissance post-traumatique; transmission; Haïti; séisme.

SUMMARY

This thesis focuses on the experience of Port-au-Prince clinicians involved in post-earthquake interventions, considering their particular position as survivors and caregivers, as well as the context of collective upheaval in which they worked. While natural disasters mainly affect so-called low- and middle-income countries, they generally lead to Western humanitarian interventions, which increasingly integrate services in mental health and psychosocial support (MHPSS). Located at the interstice between aid organizations and the population, local professionals are key actors in the implementation and adaptation of interventions to their specific contexts - a growing concern of international agencies. Despite the critical role and the unique circumstances of local clinicians, very few studies examine their experiences and perspectives, particularly in the Global South. This qualitative research seeks to fill this gap. The present thesis is based on a multidisciplinary and kaleidoscopic theoretical framework, inspired by Devereux's complementarism (1980, 1985), in order to consider the psychodynamic, transcultural and political dimensions that can affect the work of clinicians in a post-disaster context. To carry out this project, a qualitative method was favored. Twenty-two clinicians from the Port-au-Prince region agreed to be interviewed in the summer of 2012. Semi-structured interviews, covering various facets of their professional engagement, were transcribed verbatim and thematically analyzed. Pursuing the objective of contextualizing the experience of clinicians, a symposium presented in this thesis proposes a reflection on the processes underlying post-traumatic mourning following a massive disaster. Research findings are then presented in the form of three scientific articles.

The first empirical article adopts an intersubjective and socio-ecological perspective to understand the double experience of clinicians in Port-au-Prince, as survivors and caregivers, by exploring the many potential transmissions of the clinic in a context of massive disaster. In contrast to the mainstream literature in psychology, which mainly described trauma transmission as a pathological and deleterious process, this research suggests that affect sharing and empathic engagement could also potentially lead to beneficial experiences in the clinician. More precisely, the analysis of the clinicians' stories highlights the complexity of their experiences, articulated around various poles, namely the balance between duty and desire to help; the experience of fragility and strength; the negotiation between separation and connection; as well as the sharing hurt and hope. Based on the analysis of the dynamic movement between poles, the article suggests that transmissions between caregivers and caregivers are multiple, reciprocal, and intimately intertwined. In this sense, clinical work with one's fellow citizens could potentially be a gift, although sometimes painful.

The second article looks at movements that have helped or destabilized clinicians in their professional experience. Taking a psychodynamic perspective, the analysis suggests that participants' engagement was, for many, a way out of traumatic paralysis and a way to combat helplessness in the face of tragedy. Although the caregiver's position was described by the great majority as structuring, it also included hazards related to traumatic excess. Clinicians used a variety of means to cope with their dual experience, including the (re) constitution of collective envelopes and the investment of their containing function; the alternation between proximity and distance of traumatic material; as well as the renegotiation of affect sharing and of borders between helpers and helpees. The many adaptations of clinicians to the highly demanding post-earthquake context remind us of the importance of being able to work "side by side" and tailor-made in extreme situations.

The third article examines the macro-social and organizational dynamics that affected the work of clinicians, with particular attention to their perceptions of international aid after the earthquake. The analysis suggests that the expression of international solidarity and various forms of professional support were appreciated, especially during the emergency period. However, at the macrosocial level, professionals considered the lack of coordination and consultation of local partners as deleterious. In addition, organizations' stances with regards to inclusion mechanisms, internal continuity and staff support seemed to affect the participation and well-being of clinicians. According to their perspectives, the asymmetry between locals and expatriates altered dynamics as well as the potential cultural (mis)adaptations of interventions deployed by international actors. The article highlights the importance of considering structural issues in a humanitarian context, in order to facilitate partnership, the well-being of professionals, as well as the implementation of culturally appropriate interventions.

The discussion weaves conceptual links between the different transmissions involved in the professional experience of clinicians in Port-au-Prince following the earthquake, in the humanitarian work, as well as in the research process of this study. In the light of the multiple disciplinary perspectives that have been convened, the thesis questions the premises underlying the dominant approaches in Western psychology concerning the clinical trauma and the suffering of the clinician. Recommendations regarding MHPSS interventions in humanitarian context are also presented. Finally, the present research invites us to rethink the complex articulation between the singular and collective dimensions that underlie the crossing of such massive disasters.

Keywords: collective disaster; humanitarian crisis; mental health and psychosocial support (MHPSS); humanitarian psychiatry; local clinicians; trauma; post-traumatic growth; transmission; Haiti; earthquake.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le 12 janvier 2010, l'onde sismique qui secouait Haïti provoquait l'une des catastrophes les plus meurtrières de notre siècle. S'inscrivant dans une histoire d'adversité multiple, le tremblement de terre a causé la mort de plus de 230 000 citoyens haïtiens, sans compter les blessés et déplacés¹. Durant les mois qui ont suivi, l'Ouragan Thomas et l'épidémie de choléra ont frappé la population de la capitale et des environs, aggravant le climat d'instabilité sociale et politique. Face à une catastrophe de cette ampleur, l'État haïtien, centralisé, déjà fragile et durement touché, s'est trouvé temporairement paralysé. Si beaucoup d'attention suite à la crise et durant les dernières années a été accordée à l'aide humanitaire en Haïti, ceux qui se sont retrouvés sur la ligne de front et qui y sont demeurés pour reconstruire le pays sont les citoyens haïtiens. Parmi eux, les professionnels de la santé mentale et du soutien psychosocial de la capitale, touchés directement ou indirectement par le séisme, se sont massivement mobilisés pour épauler leurs concitoyens. Un travail impliquant de multiples traversées - celles que l'on parcourt et celles qui nous pénètrent.

Bien que souvent oubliés, à la fois dans la couverture médiatique des catastrophes et dans la littérature scientifique, les professionnels nationaux constituent des acteurs incontournables des interventions humanitaires. En effet, la vaste majorité (91 %) du personnel humanitaire sur le terrain est composé de citoyens locaux (Stoddard, Harmer, Haver, Taylor et Harvey, 2015; Stoddard, Harmer et Ryou, 2014). Occupant une position centrale à l'interstice entre les organisations d'aide et la population (Weber et Messias, 2012), ces professionnels jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre et dans

¹ Afin d'alléger le texte, le masculin est utilisé dans cette thèse pour désigner à la fois les hommes et les femmes sans aucune discrimination.

l'adaptation des interventions à leurs contextes spécifiques. En ce qui concerne les services de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSP), de plus en plus intégrés dans les interventions humanitaires, l'implication des acteurs locaux semble particulièrement importante, étant donné les enjeux d'adaptation des interventions au contexte spécifique.

Or, comme le suggère la littérature scientifique, ces acteurs clés rencontreraient également des enjeux spécifiques à leur double expérience de survivants et de soignants, les exposant à de plus grands risques. Notamment, en plus de la détresse liée à l'expérience directe du trauma (Ager *et al.*, 2012), l'engagement auprès de survivants pourrait avoir des effets délétères tels que le trauma secondaire ou la fatigue de compassion, largement documentés chez les travailleurs expatriés (Connorton, Perry, Hemenway et Miller, 2012; Lopes Cardozo *et al.*, 2012), et chez les cliniciens qui accompagnent des survivants d'événements traumatiques (Cohen et Collens, 2013; Newell, Nelson-Gardell et MacNeil, 2015). La *combinaison* de l'exposition directe et indirecte à des événements traumatiques pourrait être d'autant plus fragilisante (Tosone, Nuttman-Shwartz et Stephens, 2012). Des recherches récentes suggèrent en revanche que ces expériences s'accompagneraient possiblement de transformations positives, notamment de croissance post-traumatique (Bauwens et Tosone, 2010; Tosone, Bauwens et Glassman, 2016). Malgré le rôle essentiel et la conjoncture particulière du personnel local en santé mentale et soutien psychosocial (SMSP), très peu d'études examinent leurs expériences et leurs perspectives, encore trop souvent négligées, et ce, particulièrement hors de l'Occident.

En contexte humanitaire, la prise de conscience croissante du rôle et des besoins psychosociaux des travailleurs a conduit les agences internationales à élaborer des lignes directrices pour faciliter la participation et pour soutenir le bien-être de leurs employés (Antares Foundation, 2006; UNHCR, 2013). Ces agences reconnaissent l'importance d'impliquer les acteurs locaux dans l'élaboration, l'adaptation et la mise en œuvre des

interventions (Greene *et al.*, 2017; WHO/PAHO, 2010). Les processus de consultation et l'implication de ces protagonistes semblent d'autant plus importants que la très grande majorité des interventions humanitaires, incluant en SMSP, sont menées par l'Occident dans des pays dits à faible ou moyen revenus (Benthall, 2018). Toutefois, peu d'études documentent la mise en œuvre des recommandations formulées par les agences internationales sur les soins et la participation des travailleurs humanitaires locaux (Brunt, 2016). Par ailleurs, les inégalités de pouvoir, souvent exacerbées par les crises, peuvent entraver l'implication et le soutien aux acteurs locaux travaillant en contexte post-catastrophe (Weber et Messias, 2012). Au sein des organisations humanitaires, la considération de la perspective des cliniciens locaux pourrait donc également faire face à certains obstacles.

Cette thèse vise à mieux comprendre l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince impliqués dans le travail post-séisme, en considérant leur position particulière comme survivants et soignants, ainsi que le contexte de bouleversement collectif dans lequel s'inscrit leur engagement². Le présent chapitre contextualise la problématique de cette recherche. Compte tenu du peu d'études publiées sur les cliniciens locaux en contexte post-catastrophe, particulièrement à l'extérieur du monde occidental, cette section présente les recherches portant sur l'impact des désastres sur les travailleurs humanitaires, ainsi que sur la clinique du trauma afin de situer les enjeux concernant la conjoncture particulière des cliniciens locaux.

Afin d'explorer ces questions, la présente thèse s'écarte des courants dominants en psychologie et en psychiatrie; elle s'inscrit plutôt dans les vastes champs de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle, qu'il convient de présenter ici brièvement. Issues respectivement de traditions d'expressions française et anglo-saxonne, ces disciplines hétérogènes convergent dans leur projet d'explorer les liens

² Cette thèse emploie le terme de « clinicien » pour se référer aux professionnels réalisant un travail d'intervention thérapeutique ou psychosociale dans le secteur de la SMSP (psychologues, travailleurs sociaux, psychothérapeutes, psychiatres).

entre les phénomènes socioculturels, la souffrance psychique et les façons d'y remédier, tout en se distinguant dans leurs façons de considérer les liens entre ces dimensions de l'expérience humaine. Du côté francophone, les courants associés à l'ethnopsychiatrie (aussi appelée ethnopsychanalyse) proposent généralement une approche approfondie des systèmes de sens et de soins ainsi qu'un ancrage résolument psychanalytique et clinique (Corin, 1997; Moro, 1992). Historiquement, c'est au psychiatre haïtien Louis Mars (1953) que l'on doit l'origine du concept d'ethnopsychiatrie. Il forge ce terme pour définir une discipline hybride s'intéressant aux problèmes de santé mentale à l'échelle des différentes cultures, tenant compte des repères historiques, économiques, sociaux et religieux des sociétés³ (Dérivois, 2017, p.51-52). L'anthropologue et psychanalyste Georges Devereux (1980, 1985) poursuivra le développement de l'ethnopsychiatrie en recherche et en clinique. Ses étudiants, dont Marie Rose Moro (Moro, 1992; Moro et Rousseau, 1998) et Toby Nathan (Nathan, 1986; Nathan, Elbaz et Corin, 1993) contribueront également au développement de cette discipline. Du côté anglo-saxon, la psychiatrie transculturelle s'est principalement développée en Amérique du Nord autour de trois axes : l'étude transculturelle comparative des troubles psychiatriques et des systèmes de soins; la considération des besoins spécifiques de populations locales culturellement minoritaires; et l'étude ethnographique de la psychiatrie en tant qu'ethnomédecine, issue d'une histoire particulière (Kirmayer et Minas, 2010). Bien qu'initialement mené par des psychiatres aux États-Unis (Good, 1994; Kleinman, 1988) et au Canada (Kirmayer, Guzder et Rousseau, 2013), le champ se développe également grâce aux dialogues avec des chercheurs en sciences sociales, issus notamment de l'anthropologie interprétative (Corin, Thara et Padmavati, 2004; Geertz, 1973) et critique (Lock et Scheper-Hugues, 1990).

³ Ce n'est que récemment que j'ai pris connaissance de l'influence de Louis Mars dans le développement du champ de l'ethnopsychiatrie, grâce aux travaux de Dérivois (2017), qui souligne d'ailleurs l'éclipse de l'influence du psychiatre haïtien dans la pensée de Devereux et de ses successeurs.

Il faut préciser que la psychiatrie transculturelle se distingue du récent mouvement en santé mentale globale (*Global mental Health*), amorcé par l'Organisation mondiale de la Santé dans la série d'articles publiés chez *Lancet* (Prince *et al.*, 2007), notamment par sa perspective critique. Ce domaine émergent de recherche et de pratique vise à réduire les inégalités en matière d'accès aux soins entre pays dits à revenus faibles et élevés, en misant sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques fondées sur les données probantes dans les communautés vulnérables, notamment par l'amélioration (*scaling up*) des ressources et la formation. Certes, les acteurs issus de la psychiatrie transculturelle et du mouvement en santé mentale globale s'accordent sur l'objectif d'offrir de meilleurs soins aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans les pays à faible ou moyen revenus. Toutefois, certains critiques du mouvement en santé mentale globale relèvent ses fondements universalisants, voire ethnocentriques (Bemme et de Soussa, 2014; Kirmayer et Pederson, 2014), alors que d'autres vont jusqu'à dénoncer sa posture colonialiste et impérialiste (Miller, 2014; Summerfield, 2013; Withley, 2015). Les interventions en santé mentale et le soutien psychosocial (SMSP) ainsi que les déploiements humanitaires dans lesquels elles s'inscrivent soulèvent donc des questions politiques importantes, particulièrement en contexte postcolonial ou néocolonial.

C'est donc en tenant compte des enjeux transculturels et politiques, ainsi que de certains enjeux liés à l'aide humanitaire, que la présente thèse se penche sur l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince, un sujet qui bénéficie d'un éclairage pluridisciplinaire. Avant d'exposer le contexte historique et les repères théoriques ayant étayé cette recherche, les prochaines pages présentent la littérature permettant de cerner certains des enjeux rencontrés par les cliniciens en contexte post-catastrophe.

Contextualisation de la problématique

Les catastrophes et leurs impacts sur la santé mentale et le bien-être

Durant la dernière décennie, les catastrophes naturelles ont causé en moyenne la mort de plus de 76 000 personnes et fait 199,2 millions de victimes par année (Guha Sapid *et al.*, 2016) – un portrait en voie de s'aggraver, compte tenu des changements climatiques et de l'urbanisation accrue (Goodwin-Gill et McAdam, 2017). Du grec *katastrophê*, « bouleversement » ou « dénouement », la catastrophe se définit comme un événement soudain, causant beaucoup de souffrances humaines, de dommages et de destructions, qui dépassent les capacités locales et nécessitent une assistance externe au niveau national ou international (Guha Sapid *et al.*, 2016; Kirmayer, 2010; Kirmayer, Kienzler, Afana et Pedersen, 2010). Si l'ensemble de la planète est concernée, les désastres touchent plus particulièrement les pays économiquement vulnérables, où les infrastructures sont aussi les plus fragiles, de sorte que la grande majorité des crises humanitaires impliquent des interventions occidentales au sud de l'hémisphère (Benthall, 2018).

L'impact des catastrophes sur la santé mentale et le bien-être des populations soulève des préoccupations croissantes dans la communauté scientifique et chez les acteurs sur le terrain depuis quelques décennies. Plusieurs études suggèrent en effet que les catastrophes impliqueraient un fardeau important pour la santé mentale, notamment en termes de détresse traumatique et de dépression (Dai *et al.*, 2016; Goldmann et Galea, 2014; Isaranuwachai, Coyte, McKenzie et Noh, 2017). Certes, les recherches indiquent que la majorité des personnes touchées par un trauma se rétablissent spontanément, et que les réactions traumatiques pourraient aussi mener à la résilience et à la croissance post-traumatique (Rousseau et Measham, 2007; Russo-Netzer et Moran, 2018). Toutefois, les traumatismes multiples et continus qui caractérisent les crises humanitaires constitueraient des facteurs de risque additionnels pour les personnes et les collectivités – des facteurs d'ailleurs peu considérés par les modèles dominants en psychologie et en

psychiatrie qui conçoivent habituellement le trauma comme ponctuel (Nuttman-Shwartz et Shoval-Zuckerman, 2016; Stevens, Eagle, Kaminer et Higson-Smith, 2013).

Les catastrophes naturelles n'existent pas

Bien qu'on classe fréquemment les catastrophes selon leurs causes - naturelles (séisme, tsunamis, feu de forêt); technologiques (accidents ferroviaires, explosion d'une centrale nucléaire); ou intentionnellement causées par l'homme (conflit armé, terrorisme) - les chercheurs en sciences sociales s'accordent habituellement sur le fait que les catastrophes naturelles n'existent pas (Hartman et Squires, 2006). Les désastres sont souvent multifactoriels (Kirmayer, 2010), comme le désastre nucléaire de Fukushima au Japon, causé à la fois par une négligence au niveau des règles de sécurité de la centrale et par un tremblement de terre en 2011. Dans le cas de l'ouragan Katrina, de nombreuses études ont également montré comment l'aide apportée aux victimes a été distribuée inégalement entre blancs et Noirs américains, exacerbant des inégalités et menant à une compréhension sociale et politique de la catastrophe (Weber et Mesias, 2012). Ainsi, l'impact d'un événement précis comme le séisme sur une population dépend de multiples facteurs liés à des choix et conjonctures humaines : la construction de Port-au-Prince près d'une ligne de faille; un développement urbain chaotique, dense et surpeuplé; l'absence de normes et de régulations en matière d'urbanisation; la précarité financière d'une grande partie de la population menant à des constructions inadéquates; le manque de leadership politique pour prévenir et pour répondre à la crise. Ultimement, ce sont des facteurs humains et non la nature qui distinguent ceux qui vivent ou qui périssent, ceux qui recevront du soutien ou non.

Par ailleurs, les recherches examinant l'impact des catastrophes sur les communautés suggèrent que si les désastres conduisent parfois à des mouvements de solidarité, en particulier au début, les pertes massives, le déplacement et la fragmentation des réseaux sociaux peuvent fragiliser les dynamiques familiales et groupales, menant à l'érosion des

relations interpersonnelles et du sens de la communauté (Bonanno, Brewin, Kaniasty et La Greca, 2010; Bryant *et al.*, 2017; Miller et Rasmussen, 2017; Patel et Gleason, 2018; Silove, Steel et Psychol, 2006; Somasundaram, 2014). Plusieurs chercheurs considèrent également essentiel de tenir compte des facteurs contextuels pour comprendre l'impact des traumatismes collectifs sur les survivants et les façons d'y faire face (Maercker et Hecker, 2016; Maercker et Horn, 2013; Miller et Rasmussen, 2017). Contrairement aux tendances dominantes axées sur les traumatismes individuels, le modèle socio-écologique situe le bien-être, le trauma et les façons d'y faire face au sein de systèmes interpersonnels, familiaux, sociaux et culturels (Bronfenbrenner, 1977; Hobfoll *et al.*, 2007; Hobfoll, Tirone, Holmgreen et Gerhart, 2016; Miller et Rasmussen, 2017). De ce point de vue, la capacité à surmonter l'adversité n'est pas une caractéristique individuelle, mais collective qui évolue avec le temps, puisque les individus et les groupes puisent dans leur capital social, leurs répertoires culturels et les ressources communautaires pour faire face aux événements stressants (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick et Yehuda, 2014; Ungar, 2013; Ungar, Ghazinour et Richter, 2013). On pourrait ajouter que la considération des multiples systèmes devrait également inclure les acteurs humanitaires et l'impact de leurs interventions sur l'écosystème d'une nation fragilisée (Kligerman *et al.*, 2015).

Les interventions humanitaires en santé mentale et soutien psychosocial

À la lumière des études sur l'impact des catastrophes, il est peu surprenant de constater que les interventions humanitaires ciblant le traumatisme, l'aide psychologique et les soins psychosociaux sont de plus en plus intégrés aux actions humanitaires, et ce, depuis la guerre en Bosnie (Fassin et Rechtman, 2007). La plus grande considération de ces enjeux a d'ailleurs conduit les organisations internationales à élaborer des politiques concernant la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSP) dans les situations d'urgence (IASC, 2007, 2014; Project Sphere, 2004, 2011). L'expression composite SMSP (en anglais MHPSS, *mental health and psychosocial support*) désigne tout soutien

local ou international visant à « protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux ». Ce terme volontairement large est employé pour « rassembler un groupe de personnes, les acteurs possibles et souligne la nécessité d'approches diverses et complémentaires pour fournir le soutien approprié » (IASC, 2007, p. 1)⁴.

Face aux défis des interventions en SMSP, les agences internationales humanitaires, telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Comité permanent inter-organisations (*International Agency Standing Committee*, IASC), et le Projet Sphère, ont élaboré des principes directeurs, insistant notamment sur la participation, l'adaptation culturelle ainsi que plus récemment sur la santé mentale des employés. En ce qui a trait à la participation des parties prenantes locales, celle-ci concerne les autorités, les prestataires de services et la population, tant au niveau de l'élaboration que du déploiement des interventions SMSP. La participation peut être définie de manière générale comme « l'engagement des personnes touchées par la crise dans l'une des phases d'un projet ou programme humanitaire : évaluation, conception, mise en œuvre, suivi ou évaluation » (ALNAP, 2003). Ce vocable fait écho aux concepts d'« inclusion », de « partenariat » ou d'« *empowerment* » (appropriation du pouvoir) (Brunt, 2016). Si les agences peuvent se concentrer sur des domaines spécifiques de participation, pour l'IASC (2007), les utilisateurs de services et les autorités doivent être impliqués à toutes les étapes : « La participation active à chaque étape des communautés et des autorités locales, dont la participation est essentielle pour une action réussie et coordonnée, le renforcement des capacités locales et la durabilité » (p. 6)⁵. Ces organisations internationales reconnaissent que l'autonomisation et la participation des acteurs locaux sont essentielles pour favoriser le bien-être des individus et des communautés et pour assurer le succès et la durabilité des interventions.

⁴ Traduction libre.

⁵ Traduction libre.

L'adaptation des interventions en SMSP aux contextes interculturels post-catastrophe a également été identifiée comme un défi important (Bracken, Giller et Summerfield, 2016; Fernando, 2014), puisque les interventions en SMSP sont basées sur des modalités diagnostiques et de traitements occidentaux, et que ces initiatives sont généralement menées par des organisations occidentales dans les pays de l'hémisphère sud, comme la majorité des missions humanitaires (Benthall, 2017). Cette préoccupation croissante a conduit l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) à produire des examens documentaires sur les perspectives locales concernant la SMSP (Greene *et al.*, 2017; Pierre *et al.*, 2010). Les professionnels constituent des acteurs particulièrement bien positionnés pour orienter les agences internationales dans l'adaptation des interventions en temps de crise.

De surcroît, les organisations humanitaires reconnaissent de plus en plus l'importance de tenir compte des difficultés de santé mentale de leur personnel (Welton-Mitchell, 2013). La prise de conscience croissante des besoins psychosociaux des travailleurs humanitaires locaux et internationaux a conduit les agences internationales à élaborer des lignes directrices pour soutenir leur bien-être (Antares Foundation, 2006; UNHCR, 2013). Cependant, les inégalités de pouvoir, souvent exacerbées par les crises, peuvent entraver les soins des acteurs locaux et leur implication active dans les interventions post-catastrophe (Weber et Messias, 2012).

Finalement, il convient de souligner que les recherches portant sur les interventions en SMSP en contexte humanitaire s'inscrivent dans un champ controversé. Dans la littérature traitant des défis de la SMSP en situation post-catastrophe - des interventions généralement déployées dans l'hémisphère sud par des pays occidentaux - deux camps principaux s'opposent. Chacun décrit de façon distincte les défis posés par la SMSP après une catastrophe et les façons d'y remédier. D'une part, les défenseurs du mouvement de la santé mentale globale identifient les principaux défis des interventions en SMSP post-catastrophe à la fragilité des États, au manque de

ressources humaines et de formation en santé mentale, identifiant la nécessité de « développer » les SMSP (*scale-up*) (Cancedda *et al.*, 2015; Fricchione *et al.*, 2012; Saraceno *et al.*, 2007). D'autre part, des chercheurs et cliniciens se situant dans le champ de la psychiatrie transculturelle ou de l'anthropologie médicale s'interrogent sur la pertinence des modèles de diagnostic et d'intervention occidentaux dans les contextes interculturels post-catastrophe, où les inégalités et les souffrances sociales sévissent dans les populations (Bracken *et al.*, 2016; Fernando, 2014; Jansen *et al.*, 2015). Certains ont souligné par exemple que la littérature post-catastrophe est dominée par un modèle du trauma individuel, centré sur l'état de stress post-traumatique (ESPT), alors que l'impact sur les communautés, les traumas et stressors continus sont souvent négligés (Kessler, McLaughlin, Koenen, Petukhova et Hill, 2012). Ces acteurs proposent d'adapter les interventions occidentales aux contextes et de miser sur l'accompagnement des acteurs locaux (Farmer, 2012). D'autres postulent plus globalement que l'aide humanitaire dans laquelle s'inscrivent ces interventions contribue souvent à maintenir des relations hégémoniques entre l'Occident et les pays à revenus faible ou intermédiaire (Summerfield, 2008, 2012, 2013). Compte tenu des débats en cours, les interventions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial ouvrent des champs de pouvoir et de savoir contestés, dans lesquels les définitions de la souffrance et de l'orientation de l'aide revêtent une grande importance. Le cadre théorique de cette thèse abordera ces questions.

Santé mentale du personnel humanitaire local et expatrié

La littérature sur le personnel humanitaire et le soutien psychosocial se caractérise par des tendances importantes, dont la surreprésentation des travailleurs expatriés; la mise en avant des facteurs individuels plutôt que sur des facteurs organisationnels; et le biais envers les risques et les effets indésirables, alors que les facteurs de protection et les transformations positives ou neutres (croissance post-traumatique, spiritualité, éthique) sont souvent négligés (Nordhal, 2016).

Les recherches portant spécifiquement sur les professionnels de la SMSP en contexte humanitaire sont ainsi plutôt rares. Quelques études se sont penchées sur la prévalence du traumatisme secondaire chez des professionnels de la santé mentale au Sierra Leone (Akinsulure-Smith et Keatley, 2014) et sur le stress traumatique secondaire chez des cliniciens rwandais (Iyamuremye et Brysiewicz, 2010, 2012). D'un point de vue phénoménologique, Satkunanayagam, Tunariu et Tribe (2010) ont exploré les transformations complexes et la croissance adversariale chez les cliniciens sri lankais. Plus récemment, Karray, Cénat, Derivois, Anaut et Jacome (2017) ont étudié les mécanismes de survie psychiques, groupaux et culturels déployés par des cliniciens réfugiés, travaillant en Syrie et en Turquie. Ces recherches suggèrent que la double expérience des cliniciens nationaux, survivants et soignants, implique des potentialités et risques particuliers, toutefois encore peu explorés.

Pour combler ces lacunes, l'examen de la littérature portant sur les travailleurs humanitaires ainsi que sur la clinique du trauma s'avère pertinent. D'abord, dans une récente revue systématique de la littérature, Brooks et ses collaborateurs (2015) ont identifié les facteurs de risque et de résilience principaux qui affectent le bien-être des travailleurs humanitaires (locaux et principalement internationaux) déployés dans des rôles de secours après des catastrophes (Brooks *et al.*, 2015; Green, Albanese, Shapiro et Aarons, 2014). Certains de ces facteurs touchent plus particulièrement le personnel national, soit la durée et le moment du déploiement; l'exposition traumatique; l'implication émotionnelle et la proximité avec les victimes. D'autres facteurs identifiés concernent les dimensions organisationnelles telles que le leadership, le soutien et la préoccupation du personnel; la coopération interorganisationnelle; le soutien social et formel; la clarté des rôles, la charge de travail et les exigences, ainsi que la sécurité. Une autre revue récente portant spécifiquement sur les intervenants en cas de catastrophe a souligné l'importance de la durée d'exposition, de l'ambiguïté des rôles, de l'organisation et du soutien des superviseurs (Brooks, Dunn, Amlôt, Greenberg et Rubin, 2016).

En comparaison avec les travailleurs humanitaires expatriés, les travailleurs locaux seraient plus susceptibles d'être exposés à de la violence, d'être la cible d'attaques, de kidnapping, d'attentats, ou autres formes d'agressions (Lopes Cardozo *et al.*, 2005; Shah, Garland et Katz, 2007; UNHCR, 2016). Les violences commises envers les travailleurs humanitaires, fréquentes et en augmentation, touchent en effet davantage les travailleurs locaux que leurs collègues internationaux. La prévalence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de la dépression et de l'anxiété serait aussi généralement plus élevée ou similaire lorsque les employés humanitaires locaux sont comparés à leurs compatriotes (Strohmeier et Scholte, 2015; UNHCR, 2016). Une plus grande exposition à des événements traumatiques (violence, enlèvement, emprisonnement, menaces) pourrait expliquer ces résultats (Connorton *et al.*, 2012). Ces études permettent de mieux comprendre les avantages et inconvénients du travail humanitaire pour les nationaux. Certes, un emploi stable est précieux en contexte d'instabilité économique. Toutefois, il implique également des risques. Contrairement aux travailleurs expatriés, il est souvent impossible pour les locaux de prendre congé de la crise - leur quotidien et leur milieu de vie. Ainsi, comme les perspectives d'emploi sont souvent réduites en temps de crise humanitaire, certains s'interrogent sur la possibilité, pour certains travailleurs locaux, de choisir ou non de s'engager dans ce type de travail (Strohmeier et Sholte, 2015)⁶. En bref, la position de ces acteurs clés à l'interstice entre la population et les institutions implique des possibilités et des risques particuliers.

Recherches sur la clinique du trauma

Les complexités et les défis du travail clinique auprès de survivants de traumatismes ont été décrits par plusieurs termes, souvent utilisés de façon interchangeable, mais

⁶ Pour une réflexion anthropologique sur les professionnels de la santé en contexte de globalisation, voir les travaux de Wendlan (2004) au Malawi et ceux de Minn (2011, 2016) et Wagner (2014) en Haïti.

abordant différents aspects du stress professionnel pour les cliniciens. Certains des termes les plus souvent utilisés comprennent l'épuisement professionnel ou le *burnout* (Leiter et Maslach, 1988), la fatigue de la compassion (Figley, 1995, 2002), le stress traumatique secondaire (Gil, 2015) et le traumatisme vicariant (McCann et Pearlman, 1990; Pearlman et Mac Ian, 1995; Pearlman et Saakvitne, 1995).

Le terme le plus générique, le *burnout* ou l'épuisement professionnel, a émergé dans le contexte du développement des ressources humaines pour décrire l'état d'épuisement mental et physique des employés suite à une exposition prolongée à un environnement de travail stressant et exigeant. En plus de l'épuisement général, l'épuisement professionnel se caractérise par une dépersonnalisation et une inefficacité, et se développe progressivement en réponse aux facteurs de stress quotidiens, souvent liés aux facteurs organisationnels (Leiter et Maslach, 1988).

Alors que l'épuisement concerne divers milieux de travail, il a été reconnu que le travail clinique impliquait des formes spécifiques de stress professionnel. Figley (1995) a développé deux termes importants pour nommer ces problèmes : la fatigue de la compassion et le stress traumatique secondaire. La *fatigue de la compassion*, également appelée « *cost of caring* », décrit l'épuisement physique et émotionnel qui peut affecter progressivement les professionnels qui accompagnent des personnes souffrantes de diverses difficultés (Figley, 1995). Le *stress traumatique secondaire*, quant à lui, se déclenche soudainement et constitue une réaction liée à un récit traumatique spécifique (Gil, 2015). Les cliniciens néophytes et très empathiques seraient d'ailleurs plus à risque de développer un stress traumatique secondaire (Gil, 2015). Ce concept décrit les symptômes de l'ESPT résultant non de l'exposition directe, mais indirecte à des événements traumatiques dans des contextes personnels, sociaux ou professionnels.

Le concept de *trauma vicariant* n'est pas considéré comme un processus pathologique, mais constitue un terme théorique faisant référence aux transformations internes et durables d'un thérapeute suite à un engagement émotionnel avec des survivants

d'événements traumatiques (McCann et Pearlman, 1990; Pearlman et Saakvitne, 1995). Développé par Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman, s'intéressant à la clinique auprès des survivants d'agressions sexuelles dans l'enfance, ce concept décrit les altérations profondes concernant le vécu affectif des cliniciens, des dimensions cognitives, les conceptions du moi, du monde et de la spiritualité.

Des recherches récentes sur les traumatismes se concentrent de plus en plus sur les résultats positifs, décrits comme une croissance post-traumatique. Étant donné que le traumatisme peut menacer les croyances fondamentales que les individus exercent sur eux-mêmes et dans le monde, la croissance post-traumatique résulte des efforts cognitifs déployés pour donner un sens aux nouvelles hypothèses qui définissent leurs identités et leurs mondes (Calhoun et Tedeschi, 2006). Grâce à un tel processus, les individus pourraient réexaminer leurs forces intérieures, leurs relations, leur spiritualité, leur appréciation de la vie et d'autres possibilités (Calhoun et Tedeschi, 2006). À long terme, un grand nombre de personnes ayant lutté contre le traumatisme parviennent à trouver un sens dans leurs souffrances, connaissent une augmentation de la satisfaction et de la croissance de la vie (Calhoun, Cann et Tedeschi, 2010; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun et Reeve, 2012). La croissance post-traumatique professionnelle (Bauwens et Tosone, 2010), la croissance vicariante (Edelkott, Engstrom, Hernandez-Wolfe et Gangsei, 2016; Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom et Gangsei, 2015) décrivent tous les aspects des alternances positives du soi des cliniciens et de la conception du monde suite à leurs engagements empathiques avec les survivants du traumatisme.

Ces perspectives théoriques ont apporté de riches contributions à la compréhension du travail clinique avec les survivants d'événements traumatiques, mais elles ne rendent pas entièrement compte de l'interaction dynamique entre la transmission de dimensions délétères et protectrices dans la clinique du trauma ni de la double expérience de cliniciens directement et indirectement exposés à un traumatisme.

La double expérience des cliniciens en contexte post-catastrophe, à la fois soignants et survivants, suscite en effet des enjeux particuliers. Dans les contextes de crises humanitaires massives, les cliniciens font face au défi de soutenir les traumatismes et les pertes des soignés, tout en travaillant potentiellement simultanément à composer avec une adversité similaire dans leur vie personnelle. L'expérience duelle des cliniciens dans les contextes post-catastrophe soulève ainsi des questions sur les divisions conceptuelles entre le trauma et la croissance post-traumatique. Des tragédies massives telles que le 11 septembre, le tsunami au Sri Lanka et la tempête Katrina à La Nouvelle-Orléans ont suscité un intérêt croissant pour le double vécu des cliniciens à la suite de catastrophes massives. Des concepts tels que le *traumatisme partagé* (Tosone *et al.*, 2012; Tosone, McTighe et Bauwens, 2015), et la *réalité traumatique partagée* (Baum, 2010; Dekel, Nuttman-Shwartz et Lavi, 2016) ont été employés pour décrire la réponse multimodale des thérapeutes exposés à un désastre massif, tant par leur engagement professionnel que dans leur vie personnelle. Comme le stress traumatique secondaire, le traumatisme partagé peut impliquer des manifestations dans les sphères intimes et professionnelles, et peut entraîner des transformations (positives et négatives) de la vision du soi et du monde des cliniciens. De telles expériences peuvent notamment conduire à une confusion des frontières entre les domaines personnels et professionnels (Baum, 2010). Tandis que les développements théoriques apportés par ces concepts enrichissent la perspective du traumatisme collectif, on en sait encore peu sur l'expérience des soignants impliqués dans de tels contextes.

Ainsi, alors que les dimensions délétères et positives du trauma sont de plus en plus étudiées conjointement (Brockhouse, Msetfi, Cohen et Joseph, 2011; Cohen et Collens, 2013), elles ne se transposent pas forcément facilement dans un contexte post-catastrophe tel que le séisme haïtien, où le traumatisme est collectif, multiple et continu et où la compréhension culturelle du bien-être, des traumatismes et des moyens de faire face à l'adversité peut différer (Bolton, Surkan, Gray et Desmousseaux, 2012; Keys, Kaiser, Kohrt, Khoury et Brewster, 2012).

En conclusion, le bilan des écrits actuels suggère que les cliniciens en contexte post-catastrophe font face à une conjoncture particulière. La littérature scientifique mène à penser que les cliniciens de Port-au-Prince seraient doublement fragilisés par leur double expérience de survivant et de soignant, bien que des mouvements de relance et croissance post-traumatique soient aussi possibles. Compte tenu, d'une part, de l'insistance des agences internationales sur l'implication des communautés et de l'autre, du double risque auquel les employés locaux sont confrontés en tant que survivants et travailleurs de première ligne, il est surprenant que si peu d'études se soient penchées sur leurs expériences et perspectives. Par ailleurs, les données disponibles portent principalement sur l'évaluation de la détresse traumatique ou de la croissance post-traumatique, ainsi que sur les facteurs de risques ou de protection dans une perspective psychiatrique. Or, plusieurs des outils employés dans ces études se fondent sur les concepts occidentaux de l'ESPT et du trauma, et n'ont pas été validés en contexte transculturel. À la lumière de la littérature sur le travail humanitaire, des recommandations des agences internationales, ainsi que des circonstances extrêmes du séisme haïtien, il semble particulièrement important de considérer l'expérience des acteurs clés que sont les cliniciens locaux, et cela à partir de leurs perspectives subjectives.

Objectifs et structure de la thèse

Cette recherche se penche sur l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince ayant travaillé auprès de survivants suite au séisme du 12 janvier 2010. Plus précisément, la présente thèse vise à mettre en lumière la diversité des transmissions qui sous-tendent la clinique, les mouvements pouvant soutenir ou déstabiliser les professionnels dans leur engagement, ainsi que les dimensions organisationnelles et macrosociales affectant leur expérience. Une approche pluridisciplinaire a été adoptée afin d'explorer ces questions tout en rendant compte de l'articulation complexe entre les dimensions

singulières et collectives du vécu de ces soignants, ainsi que des enjeux transculturels et politiques sous-jacents. Le choix d'orientation témoigne du souhait de penser le sujet de cette thèse en tenant compte de la posture de ces acteurs clés à l'interstice entre organisations de soin et population, ainsi que de leur inscription plus large dans le contexte post-séisme.

Cette thèse se divise en huit chapitres. Le premier décrit le contexte sociohistorique dans lequel s'est inscrit le séisme, afin de mettre en perspective les enjeux sous-jacents à la recherche. Dans le second chapitre, les principaux jalons cliniques et théoriques pluridisciplinaires sur lesquels le présent s'appuie seront abordés, avant de présenter les objectifs détaillés de la thèse. Le chapitre subséquent (troisième) dresse un portrait de la méthode et des étapes de recherche ayant permis sa réalisation. Compte tenu du peu de données sur le sujet et de sa complexité, ainsi que des enjeux transculturels et politiques qui le traversent, un devis qualitatif a été privilégié. Les quatre sections suivantes présentent chacun un manuscrit, publié ou en voie de l'être. L'acte de colloque du quatrième chapitre propose une réflexion théorique complémentariste sur la question du deuil post-traumatique suite au séisme du 12 janvier (manuscrit publié). Au chapitre cinq, le premier article empirique explore les multiples transmissions ainsi que l'intrication entre la souffrance et les forces mobilisatrices dans la clinique post-catastrophe (manuscrit accepté par la revue *Journal of Traumatic Stress*). Dans une perspective psychodynamique, le sixième chapitre poursuit la réflexion autour du travail clinique en explorant les mouvements qui déstabilisent ou soutiennent les soignants dans leur engagement professionnel. Un dernier manuscrit examine l'impact des dynamiques macrosociales et organisationnelles sur le travail des cliniciens dans le contexte post-séisme de Port-au-Prince, selon leurs perspectives (chapitre sept). Enfin, à la lumière de ces diverses analyses croisées, le huitième chapitre interroge l'apport des théories du don et de l'économie morale dans la compréhension des divers phénomènes de transmissions au sein de la clinique de l'extrême. En conclusion, c'est après avoir présenté les limites du présent travail que des implications et pistes de

réflexion seront proposées, tant sur les plans de la clinique et des organisations humanitaires que de la recherche.

D'une certaine façon, cette thèse prend la forme d'un kaléidoscope. Cet instrument optique permet de voir se refléter le monde, de manière oblique, à partir de multiples réflexions fragmentées et mouvantes. Le kaléidoscope produit ainsi un nombre incalculable de combinaisons et de représentations, symbolisant d'une certaine façon le travail de recherche. Le passage du français à l'anglais, du « je » au « nous » selon les publications, illustre d'ailleurs les changements de postures épistémologiques impliqués dans la diffusion des résultats à différents auditoires. À l'instar de l'appareil transfigurateur, cette thèse ne prétend pas capter toute la complexité des expériences partagées par les cliniciens, mais tout au moins en restituer une compréhension partielle et positionnée, et en refléter la multidimensionnalité.

CHAPITRE I

CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE LA RECHERCHE

1.1 Introduction

The more Haiti appears weird, the easier it is to forget that it represents the longest neocolonial experiment in the history of the West. (Trouillot, 1990a, p. 7)

Depuis la victoire des esclaves et la fondation de la première République Noire, l'*enfant terrible* des Amériques a suscité la crainte et la fascination (Dubois, 2012) - menant à l'élaboration de récits populaires, médiatiques et scientifiques la situant dans un espace-temps radicalement différent et hors de l'histoire (Ulysse, 2015). Tant pour les anthropologues (Fabian, 1983; Farmer, 1994), historiens (Plummer, 1992; Trouillot, 1990a) que pour les politologues et intervenants sur le terrain (Lemay-Hébert, 2011), la prise en compte de l'histoire d'Haïti s'avère nécessaire à la compréhension des enjeux actuels du pays, ainsi que des questions touchant les interventions humanitaires en santé mentale et soutien psychosocial (SMSP) au pays.

L'objectif de cette section est de retracer quelques moments clés de l'histoire d'Haïti et de présenter certains repères contemporains, de manière à situer les événements du 12 janvier 2010, de même que le travail des professionnels locaux en SMSP. Sans faire une histoire exhaustive du pays, il s'agit de contextualiser le projet de cette thèse, tout en mettant en exergue quelques trames qui parcourent les différents discours sur Haïti. La compréhension de certains enjeux historiques permettra d'éviter que l'analyse de cette thèse s'inscrive soit « dans l'instant, toujours actuel, comme suspendu au-dessus du temps, ou dans les phénomènes de répétition qui ne sont d'aucun âge », selon les mots du sociologue Braudel (1969 : 79).

1.2 Repères historiques

1.2.1 Rencontre entre *Ayiti* et l'Occident : Colonisation, esclavage et résistance

Les historiens s'accordent pour dire que c'est sous le signe de l'exploitation qu'eurent lieu les premiers contacts entre les peuples de l'île d'*Ayiti*⁷ et l'Occident, dès l'arrivée de Christophe Colomb en 1492. Grâce aux quelques 500 000 – 750 000 autochtones Taïnos ou Arawak qui occupaient alors l'île, l'Espagne entreprit l'extraction de ses ressources aurifères (Dubois, 2012, p. 18). Quand la population indigène fut décimée par les mauvais traitements et maladies infectieuses, les *conquistadores* se tournèrent vers l'Afrique (Dash, 2001). L'histoire d'Haïti débuta ainsi dans le *déchoukaj* (le déracinement) et l'esclavage. Des milliers d'hommes et de femmes issues de la région du Dahomey (Afrique de l'Ouest) furent capturés et emportés dans des bateaux de négriers pour travailler dans les colonies de l'île d'Hispaniola. Forcés de s'adapter aux dures conditions imposées par les colons blancs, les esclaves composèrent avec leurs différents héritages linguistiques, religieux et culturels. Dans l'univers cosmopolite et traumatique des plantations, le *kreyol* haïtien prit racine, tout comme les premiers rituels vodou, alliant tous deux des repères locaux, français et dahoméens – des accomplissements culturels décrits par certains comme baume sur les blessures et ruptures, et comme éventuelles armes politiques (Dubois, 2012, p. 22-23).

Aux 16^{ème} et 17^{ème} siècles, d'après les historiens, la prospère colonie de l'île d'Hispaniola suscitait la convoitise des métropoles Européennes, de telle sorte que l'Espagne dû céder à la France le tiers occidental de l'île, rebaptisée Saint-Domingue, suite à la signature du traité de Ryswick (1697). Les riches ressources naturelles firent rapidement de la « Perle des Antilles » la colonie la plus florissante du Nouveau Monde, où l'on cultivait des plantations d'indigo, de coton, de café, et surtout le sucre. On estime que St-Domingue générait à la fin du 18^{ème} siècle le trois quart de la production sucrière mondiale, grâce à laquelle la France fit fortune (Farmer, 1994). Ce

⁷ Ayiti était aussi appelée Bohio ou Kiskeya (mère de toutes les terres) par les Arawak et Toïnos

succès reposait sur les esclaves Africains et leurs descendants, exploités du 16^{ème} au 19^{ème} siècle de façon particulièrement brutale dans les plantations de cannes, où cinq à dix pour cent périssent chaque année (Mintz, 1986). Le climat de tension et la répression auraient d'ailleurs été accentués par la faible proportion de colons européens (1 pour 10 esclaves ou noirs libres), menant à une répression des plus violentes (Dubois, 2012, p. 19).

Pour Frantz Fanon (1968), psychiatre et essayiste martiniquais, l'esclavage et le colonialisme se comparent aux crimes Nazis contre l'humanité – une perspective reprise par son compatriote, le poète et politicien Aimé Césaire (1948), dans sa préface à la réédition de l'ouvrage *Esclavage et colonisation*, publié par l'abolitionniste Victor Schoelcher:

Que l'on se représente Auschwitz et Dachau, Ravensbrück et Mauthausen, mais à l'échelle immense—celle des siècles, celle des continents—l'Amérique transformée en “univers concentrationnaire” [...], on comprendra que l'Allemagne nazie n'a fait qu'appliquer en petit à l'Europe ce que l'Europe occidentale a appliqué pendant des siècles aux races qui eurent l'audace ou la maladresse de se trouver sur son chemin. (Césaire, 1948, p. 17–18⁸).

Les chercheurs des Caraïbes situent à cette époque l'émergence de certaines formes de résistance face à la brutalité subie dans la colonie. Les esclaves adoptèrent le marronnage, stratégie consistant à s'échapper des plantations pour se réfugier dans les montagnes, pour de courtes ou longues périodes. Si les esclaves développèrent initialement cette tactique par volonté d'indépendance et de résistance à l'oppression, ils l'adoptèrent progressivement de manière organisée contre la colonie, avant le soulèvement (Marotte, 1997, p. 124). « Les marrons de la liberté » devinrent ainsi le symbole historique de l'indépendance, comme en témoigne la sculpture devant le palais national à Port-au-Prince.

⁸ Cité dans Constantini (2008, p. 19)

Symbole de résistance

En 2010, face au Palais national effondré, sur la place du Champ de Mars, un camp de déplacé a été improvisé. Au milieu des tentes surgit un pic sombre. En s'approchant, on devine le « Nèg Mawon », tendu entre terre et ciel. Son pied gauche est enchaîné, sa main droite tient une machette. Portant la conche à ses lèvres, il se cambre pour faire résonner l'appel de la rébellion et de la liberté. Commémorant la lutte contre l'esclavage, la sculpture de bronze d'Albert Mangonès (1967) s'érigait alors au cœur d'un campement de fortune. La conche dépassait à peine les tentes qui l'encerclaient. Symbole de résistance face à l'esclavage, il n'a pas fléchi quand la terre a tremblé. On le devine, là, parmi les déplacés, à hauteur d'homme.

1.2.2 Abolition de l'esclavage et naissance de la première République Noire

La lutte des esclaves mena à une révolution historique en Haïti, qui fait encore aujourd'hui la fierté de ses citoyens. À la fin du 18^{ème} siècle, l'Europe connaissait de grandes mutations qui dépassèrent ses frontières et affectèrent ses colonies; la révolution française nourrit ainsi le mouvement abolitionniste bien au-delà de la métropole. À St-Domingue, la révolte des esclaves enflamma les plaines du nord, puis se répandit rapidement dans la colonie. Certains ouvriers français, « sang-mêlés » et noirs émancipés soutinrent le mouvement de libération (Schoelcher, 1966). Une guerre fratricide et historique s'amorça alors sous la direction du Général Toussaint Louverture, puis de Jean-Jacques Dessalines qui mena les troupes vers la victoire contre l'armée de Napoléon Bonaparte. La France, les États-Unis et autres puissances Européennes, dont l'ordre et le pouvoir reposent sur l'esclavage et l'exploitation des colonies, répliquèrent. Les troupes haïtiennes durent ainsi les affronter avant de s'affranchir. Si les conflits opposaient en principes les esclaves et leurs descendants

aux les peuples colonisateurs, des alliances se tissèrent au-delà des frontières racialisées et des conflits élatères entres fractions descendantes d'esclaves, reflétant la complexité des affiliations au sein de la nation émergente (Dubois, 2012).

C'est après 13 ans de guerre sans merci entre esclaves et colons, le 1^{er} janvier 1804, que Dessalines déclara l'indépendance d'Haïti. La première République Noire et la seule nation de l'histoire issue de l'affranchissement d'esclaves était née. Cette victoire historique demeure à ce jour une source de gloire pour le pays et d'inspiration pour les peuples ayant combattu pour leur liberté. Bien que la collaboration avec les élites de couleurs aient été cruciale, plusieurs situent un moment tournant de la révolution après une cérémonie vodou rassemblant des esclaves aux Bois Caïman, une nuit d'août en 1791, inscrivant dès lors le vodou, associé aux classes populaires, au cœur de la libération (Dubois, 2012; Laguerre, 1987).

Le prix de la liberté haïtienne fut toutefois exorbitant selon plusieurs chercheurs des Caraïbes, tant sur les plans humain que financier. Déclaré état paria par les nations européennes et par les États-Unis, financièrement isolée, Haïti fut contrainte de payer à la France, pour lever l'embargo, une indemnisation de 150 millions de francs, estimés de nos jours à plus de 3 milliards de dollars américains, en guise de compensation pour la perte des ressources de la colonie (Dubois, 2012, p. 7). Pendant près de 125 ans, Haïti dû se saigner pour payer cette indemnisation, qui freina lourdement le développement du pays (Farmer, 1994, p. 76). Au 19^{ème} siècle, cette dette aurait été remboursée en grande partie par de lourds impôts réclamés à la paysannerie. Certains historiens soutiennent ainsi que les rapports de forces entre familles haïtiennes de diverses origines auraient reproduit des relations similaires de méfiance et d'exploitation établis par les colons, favorisant les élites plutôt que le développement du pays, avec la complicité des autorités politiques (Dubois, 2012; Plummer, 1992). Le développement économique et politique de la nation aurait ainsi été caractérisé, selon plusieurs historiens, par des conflits entre la pauvre majorité (*pep la*) et les diverses « élites prédatrices », alliant exploitation, populisme, corruption, gangstérisme

(Maguire, 1995). L'expérience inédite de la révolution haïtienne se serait ainsi déployée dans l'adversité.

Par ailleurs, la violence de la révolution haïtienne et l'abolition de l'esclavage inquiétèrent les États-Unis et autres nations esclavagistes. Les chercheurs soutiennent ainsi que le soulèvement signa le début d'une ère de méfiance et d'hostilité à l'égard de ce peuple (Farmer, 1992, p. 164-165), qui ne se dément pas, si l'on se fie aux craintes récentes couvertures médiatiques des « invasions » de « migrants illégaux » haïtiens en Amérique du Nord (Samuel, 2018). Ainsi, selon l'historienne Brenda Plummer (1992):

[The (white) North American's] fears and fantasies about savage blacks inhabiting a nightmare world of their own making (...) stem in part from the cataclysmic slave insurrection that so changed the Western Hemisphere, and from psychic tensions deeply embedded in U.S. culture and society. When coupled with a history of political turbulence, repulsion led the US public to see Haiti as a doomed land, beyond comprehension, beyond help, and outside of history. (p. 1)

Malgré les efforts des nations esclavagistes d'isoler et d'étouffer Haïti sur la scène internationale, la révolution et le combat de la Perle des Antilles eurent des impacts importants sur diverses luttes d'indépendance, notamment en Amérique du Sud. En effet, selon l'historien Robin Blackburn (2001, 2006) la jeune république d'Haïti et le général Alexandre Pétion jouèrent un rôle essentiel dans la libération des nations latino-américaines. Ce serait notamment grâce aux armes, munition et financement fournis par Haïti que Simon Bolivar aurait pu entreprendre la campagne d'émancipation du Venezuela puis des colonies espagnoles en Amérique du Sud, en échange de quoi, Pétion aurait demandé au général vénézuélien d'abolir l'esclavage dans les pays libérés (Dubois, 2012, p.60). Le pays devint ainsi un modèle pour les luttes d'indépendance, les mouvements abolitionnistes et les foyers de résistance face à l'oppression. L'histoire d'Haïti témoigne ainsi dès sa fondation et des liens profondément transnationaux qui caractérisent notre monde globalisé.

1.2.3 Violence de l'occupation étrangère et des dictatures

La brutalité de la colonisation et de l'esclavage marqua toutefois les premières années de souveraineté haïtienne. Le pays affronta ainsi plusieurs années d'instabilité politique, de dictatures et de régimes répressifs éventuellement soutenus par les puissances étrangères. L'occupation américaine (1915-1934) fut notamment marquée, selon certains, par la brutalité et le détournement de la politique haïtienne au profit des intérêts étrangers (Plummer, 1992). Les États-Unis, prétextant la protection des terres et vies américaines, assurèrent leurs intérêts militaires et économiques, incluant les plantations de bananes, en brimant la souveraineté de la jeune nation. L'occupation raviva de surcroît les pratiques des plantations, la torture, la barbarie et les violences sexuelles (James, 2010, p. 54).

L'ingérence internationale en Haïti prit par la suite des formes plus insidieuses, notamment le soutien américain de la dictature de François Duvalier (1957-1971) puis de son fils Jean-Claude (1971-1986). Propulsé par un discours pro-négritude ou « noiriste », Duvalier père ou « Papa Doc » put profiter de la guerre froide et miser sur la peur américaine du communisme pour s'assurer de leur soutien et pour justifier la répression. La milice privée du régime, les infâmes Tontons Macoutes, instrumentalisèrent le vodou et imposèrent un climat de terreur - *lapè symityè* (la peur/la paix du cimetière). Sous le régime Duvalier, on estime que plus de soixante mille citoyens ont été assassinés (Farmer, 1994, p. 128). Les extractions, kidnappings et meurtres finirent par rendre l'appui américain intenable, menant au renversement du régime par la révolte haïtienne, suivi d'une période de *déchoukaj* – le meurtre des alliés de l'ancien régime et des prêtres vodous. Du côté canadien, l'ACDI continua de financer dans les années 1970 plusieurs projets de développement en Haïti, soulevant les critiques de la diaspora au Québec, qui voyait dans ces interventions un soutien au régime duvaliériste (Mills, 2016, p. 166).

1.2.4 Une jeune démocratie sous le signe de l'insécurité et de l'ingérence étrangère

Pour l'historien Laurent Dubois (2012), la première élection démocratique et l'arrivée du jeune Jean-Bertrand Aristide du mouvement Lavalas suscita beaucoup d'espoir et marqua un tournant politique en Haïti (p.260-264). Inspiré par la théologie de la libération, ce prêtre charismatique rassemblait les foules par son projet inclusif et sa politique "*Tout moun se moun*" - tous les hommes sont des hommes. Sous son gouvernement, le créole devint langue officielle du pays avec le français et des projets de réformes furent entamés, mais l'état possédait peu de moyen, contrairement à l'armée, insatisfaite du changement de régime. Les rêves de transformation du pays furent ainsi de courte durée. Un coup d'état militaire mené par Raoul Cédras renversa Aristide, menant à une nouvelle répression politique des plus brutales (1991-1994), marquée par la violation massive des droits civils (Plummer, 1992; Trouillot, 1990b). Les paramilitaires multiplièrent les actes de violence et techniques de tortures inspirés de l'époque de l'esclavage, ciblant principalement les classes populaires et partisans du mouvement Lavalas (James, 2010, p. 68-76; Marotte, 1997). Après quelques années de terreur, une force multinationale rétablit l'ordre constitutionnel et restaura Aristide en poste, le forçant à instaurer des politiques néolibérales pro-américaine, reconnue plus tard par Clinton comme dévastatrice pour Haïti (Dubois, 2012, p. 363). En 2014, accusé d'autoritarisme et de corruption, Aristide fut à nouveau écarté de la vie politique dans des circonstances « obscures » (Dubois, 2012, p. 364) décrites par certains comme un « coup d'état virtuel » ou un « kidnapping » (Farmer, 2004; James, 2010) - illustrant encore une fois l'ingérence internationale dans la politique haïtienne, qui se poursuivrait selon certains encore aujourd'hui (Schuller, 2017).

Pour plusieurs observateurs, si le climat politique s'est apaisé après les élections de 2006, l'expérience répétée des coups d'états et de la violence politiques, associés avec la pauvreté extrême et le manque de soutien du gouvernement s'inscrivent dans un climat de violence chronique (Bolton, Surkan, Gray et Desmousseaux, 2012; Human Rights Watch, 2007; Kolbe et Hutson, 2006; Thompson, 2005). Les kidnappings, la torture, la criminalité et la violence conjugale incarnent pour certains encore aujourd'hui les séquelles de ces années

d'*insékirite* prolongées (Farmer, 2004; James, 2010). La situation de la sécurité, particulièrement à Port-au-Prince, serait ainsi préoccupante⁹.

Certains observateurs suggèrent que les difficultés rencontrées actuellement en Haïti et l'ampleur de la catastrophe du séisme seraient en partie attribuables aux initiatives néolibérales prédatrices, agissant sous le couvert de discours sur le développement et la modernisation (Farmer, 2011¹⁰; James, 2010; Schuller et Morales, 2012). Les politiques d'ajustement structurel adoptées par les institutions financières internationales comme la Banque Mondiale et agences de développement ont fait d'Haïti, selon certains, un fournisseur de main-d'œuvre bon marché pour les usines d'assemblage et le plus grand importateur de produits alimentaires américains dans les Caraïbes (Dupuy, 2012), favorisant sa dépendance économique et la perte d'autonomie politique au nom du néolibéralisme. En dépit de ces difficultés, plusieurs ont souligné les forces de résistance majeures déployées par les citoyens haïtiens depuis la fondation de la première République Noire. Loin d'être de victimes passives de leur destin, ces derniers ont démontré au cours de l'histoire leur capacité d'organisation politique, leur volonté d'autonomie et de liberté (Dubois, 2012) - des forces qui se sont manifestées à nouveau aux lendemains du séisme, tel que discuté plus loin.

1.2.5 Haïti et le Québec – des liens complexes

Il convient de souligner ici que les liens entre sociétés haïtienne et québécoise sont multiples et complexes, marquées par des échanges transnationaux humains, matériels

⁹ Les taux de criminalité et de violence en Haïti seraient difficiles à établir et sous-documentés. Selon un rapport de la Direction des recherches, Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (2014), la situation en matière de sécurité était « mauvaise » en 2012, surtout dans la capitale; les forces des autorités judiciaires et policières étaient et seraient encore insuffisantes pour assurer l'ordre public, et moins de 10% des actes criminels mèneraient au dépôt d'une plainte. Dans un plus récent rapport, la direction note toutefois une légère baisse du taux d'homicides déclarés, et bien que la situation demeure préoccupante, elle se serait améliorée (Direction des recherches, Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, 2018).

¹⁰ Farmer, P. (2011). Partners in help: assisting the poor over the long term. *Foreign Affairs*, 29.

et symboliques de longue date. Par ailleurs, Haïti et le Québec partagent un certain héritage français et catholique ainsi que des expériences contrastées de colonisation, traversées de relations de pouvoir et de discrimination. Mills (2016) défend la thèse que les rapports entre Canadiens-Français/Québécois et Haïtiens, durant les années 1930, auraient été historiquement construits au Québec autour de la métaphore familiale de nations francophones (malgré que la majorité soit créolophone en Haïti), manifeste dans les mouvements de solidarité internationale, dont l'envers prendrait forme dans les visées « civilisatrice » des missions religieuses ou de développement, empreintes de discrimination et de paternalisme. En revanche, à partir des années 1960, on reconnût de plus en plus l'apport important des intellectuels, écrivains et artistes haïtiens à la vie culturelle et politique du Québec, lorsque ces derniers fuient le régime Duvaliériste¹¹. En effet, les écrivains haïtiens en exil (Émile Ollivier, Gérard Étienne, Anthony Phelps), ainsi que les dialogues autour des écrits de Césaire, Fanon, Memmi et Senghor contribuèrent alors à la prise de conscience des Canadiens Français face à la domination économique et politique anglophone (Mills, 2016, p. 110-116; Selao, 2011). Comme l'illustre le poème *Speak White* de Michèle Lalonde - l'injonction de parler l'anglais, langue du maître - incarnait l'aliénation d'un peuple à la fois colonisé et colonisateur, liant les Canadiens Français dans les discours des poètes et des intellectuels au mouvement de décolonisation. Le succès de l'ouvrage *Nègres blancs d'Amérique*, en 1968 par Pierre Vallières, ainsi que la controverse qu'il suscita, témoignèrent de la force d'évocation de la métaphore raciale pour donner sens au sentiment d'aliénation chez les Canadiens-Français ainsi que les paradoxes sous-jacents, soulignés notamment par Gaston Miron et Jacques Brault (Selao, 2011).

¹¹ Dès la fin des années 50 et le début des années 1960, de nombreux Haïtiens issus de l'élite fuient le régime Duvaliériste, suivis dans les années 1970 par une seconde vague d'immigration issue de classes défavorisées, moins scolarisés, qui auront plus de difficultés à se tailler une place au Québec. Des millions d'Haïtiens s'installant à Miami, Boston, et Montréal notamment, qui constitue encore aujourd'hui une des plus importantes diasporas haïtiennes (Mills, 2016).

Dans la mouvance de la révolution tranquille, Mills (2016) rapporte que plusieurs Haïtiens prirent d'ailleurs part au mouvement indépendantiste québécois, ou contribuèrent d'une manière ou d'une autre à construire le Québec d'aujourd'hui - c'est le cas notamment de Georges Anglade, géographe et co-fondateur de l'UQAM. Dans ce contexte, l'histoire de l'indépendance d'Haïti offrit une source d'inspiration au mouvement d'affirmation de l'identité québécoise, alors que les citoyens d'origine haïtienne au Québec contribuèrent à la construction d'une société pluraliste et émancipée, malgré ses contradictions. Aujourd'hui, les relations entre Haïti et le Québec demeurent caractérisés par la force de ces mouvements de circulation, notamment sur les plans culturels, économiques et migratoires. D'autre part, ces relations seraient également marquées selon certains par des pratiques et discours contraignant les échanges, notamment par des dispositifs au sein des ONGI entretenant malencontreusement la vulnérabilité d'Haïti (Schöneberg, 2017), ainsi que par le durcissement des frontières canadienne et par l'accent sur la sécurité dans les représentations de l'arrivée « massive » de migrants faussement décrits comme « illégaux » (Payen, 2017; Pélouas, 2017).

1.3 Quelques repères contemporains

Avant de se pencher sur le séisme du 12 janvier 2010, il convient de dresser un rapide portrait de quelques déterminants de la santé en Haïti, permettant de mieux comprendre les impacts de la catastrophe, les initiatives locales et internationales, et plus précisément, pour cette thèse, situant le rôle des professionnels de la santé mentale au pays. Je considérerai donc ici quelques points de repères écologiques, socio-économiques du pays avant de décrire brièvement le système de santé haïtien et de situer les professionnels en SMSP.

1.3.1 Un écosystème fragilisé

Les enjeux politiques d'Haïti décrits plus haut se sont notamment traduits au fil du temps par une fragilisation de son écosystème, et ce de plusieurs façons. L'exploitation et les inégalités sociales en Haïti ont en effet aussi eu des conséquences à long terme sur le plan écologique. La déforestation, souvent décrite comme un problème environnemental récent attribuable à l'ignorance des paysans haïtiens, aurait plutôt débuté sous l'occupation française dès le 17^{ème} siècle, alors qu'on rasait les forêts pour agrandir les plantations et assouvir l'appétit grandissant des Européens pour le sucre (Mintz, 1985). Alors qu'en 1980, le pays disposait encore de 25% de ses forêts, elles se réduisent depuis les années 2000 à près de 1.4%. La déforestation de l'île a notamment un impact majeur sur la gravité des séquences des Ouragans, tempêtes et cyclones, en réduisant la protection offerte par les forêts contre les glissements de terrain et inondations meurtriers, ce qui détruit les champs et appauvrit le sol, perpétuant les cycles de pauvreté.

De surcroît, par sa localisation géographique, en plus de la fragilité de son état et de ses infrastructures, Haïti fait face à des risques importants de catastrophes naturelles (Marcelin *et al.*, 2016). L'île se situe au milieu d'une zone propice aux ouragans et subie des tempêtes importantes entre les mois de juin et de novembre. La menace des changements climatique qui pèse sur Haïti en fait un des pays les plus exposés aux désastres naturels (World Bank, 2015) - des enjeux écologiques contribuant aujourd'hui à l'insécurité alimentaire et économique du pays. L'impact des catastrophes est par ailleurs aggravé par l'instabilité politique, la faiblesse du gouvernement, l'absence de planification urbaine et la migration massive vers les villes (Marcelin *et al.*, 2016), entre autres facteurs sociodémographiques.

1.3.2 Portrait sociodémographique et économique

Aujourd'hui, la population d'Haïti compte près de 10.7 millions habitants, dont 3.4 millions dans la région métropolitaine de Port-au-Prince (IHSI, 2015). La nation haïtienne est jeune¹² et de plus en plus urbaine. Alors que jusqu'à récemment la majorité se retrouvaient en région rurales, la tendance s'est inversée avec les récentes vagues de migrations vers les villes : 58% des habitants résident maintenant en zones urbaines (PNUD, 2016). Cette urbanisation rapide et peu structurée fragilise les réseaux de soutien social tout en augmentant les risques en cas de catastrophe naturelle.

Au niveau socio-économique, les conditions de vie de la majorité de la population haïtienne demeurent extrêmement difficiles¹³. Selon le plus récent classement d'indice de développement humain, Haïti se classe au 163^{ème} rang sur 188 pays, avec un PIB de 1 658\$ par habitant en 2011 (PNUD, 2016). Plus concrètement, 58.5% des citoyens se situent sous le seuil de la pauvreté et plus de la moitié survit avec moins de 1.90\$ par jour (53.9%). Le taux de chômage national s'élèverait à 40.6% (estimation de 2010, CIA World Facts¹⁴) et serait plus élevé en région métropolitaine; la pauvreté extrême serait toutefois en recul (World Bank, 2015). Notons que la diaspora haïtienne¹⁵, aussi surnommée le « 11^{ème} département d'Haïti », contribue à l'économie du pays en envoyant chaque année près de 20% du PIB, un apport plus substantiel que l'aide international ou que les exportations (World Bank, 2015).

L'inégalité du revenu en Haïti incarne la réalité d'une société fortement hiérarchisée sur les bases de la couleur de la peau, de l'éducation, de la langue et de la culture, en

¹² 40% des citoyens sont âgés de moins de 14 ans, 50% moins de 18 ans (<http://www.lessonsfromhaiti.org/lessons-from-haiti/key-statistics/>) et l'espérance de vie à la naissance est de 63.1 ans (PNUD, 2016).

¹³ Selon le plus récent classement d'indice de développement humain, Haïti se classe au 163^{ème} rang sur 188 pays, avec un PIB de 1 658\$ par habitant en 2011 (PNUD, 2016). Plus concrètement, 58.5% des citoyens se situent sous le seuil de la pauvreté et plus de la moitié survit avec moins de 1.90\$ par jour (53.9%). Le coefficient Gini, mesurant l'inégalité de revenu se situait en 2016 à 60.8 pour Haïti, un des scores les plus élevés au monde (PNUD, 2016).

¹⁴ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html> consulté le 26 juillet 2017.

¹⁵ Issue de la migration politique et économique au fil des années, la diaspora haïtienne comptait près d'un million de personnes en 2010, dont 540 000 aux États-Unis, 280 000 en République Dominicaine, 100 000 au Canada, et 42 000 en France (World Bank, 2015).

plus du statut économique (Desrosiers et Fleurose, 2002). Les personnes à la peau plus foncée, créolophone, de milieux ruraux, peu scolarisées, seraient plus susceptibles de faire partie des groupes plus marginalisés, et ceux au teint plus clair, francophones, urbains et éduqués, des groupes favorisés (Dubois, 2012). L'utilisation des termes de *neg* et *blan* en Haïti reflète par ailleurs la complexité des rapports entre classes sociales : alors que le premier signifie humain, le second se réfère, au-delà de la couleur, à l'étranger, à celui qui ne connaît pas les mêmes règles que les locaux (Labelle, 1978). Toutefois, ces catégories possèdent une certaine flexibilité et se renégocient, comme l'illustre le proverbe *Mulât pòv sé nèg, nèg rich sé mulât* (le mulâtre pauvre est un nègre, le nègre riche est mulâtre). Selon certains, l'héritage de la colonisation et de l'esclavage se ferait sentir dans la société haïtienne à travers cette stratification sociale et la discrimination basées sur la pigmentation de la peau, la langue et l'éducation, en plus du statut socio-économique (Trouillot, 1990b¹⁶).

Bien que les langues officielles du pays soient le créole et le français, seulement 15-20% de la population maîtrise cette dernière, enseignée aux élites et classes moyennes urbaines (Pierre *et al*, 2010; Schieffelin et Doucet Charlier, 1994, p. 178). La langue maternelle de la majorité demeure le créole haïtien (*Kreyòl Ayisyen*), aux racines linguistiques Arawak (Afrique de l'Ouest), françaises et espagnoles. Par ailleurs, l'anglais suscite un intérêt croissant au pays, notamment en raison des liens important avec la diaspora haïtienne et les multiples missions étrangères (Hoffmann, 1990, p. 288).

Sur le plan de l'éducation, selon le PNUD, certains progrès ont été enregistrés au pays depuis les dernières décennies. Près de 60% des 15 ans et plus sont alphabétisés (PNUD, 2016). Le niveau d'éducation chez les adultes demeure bas - 45.7% des adultes et 60.5% des chefs de famille n'ont jamais fréquenté l'école ou n'ont pas terminé leur primaire (World Bank, 2015). On estime que seulement 1% de la population détient un

¹⁶ Trouillot, M.-R. (1990). *Haiti, state against nation: The origins and legacy of Duvalierism*. New York: Monthly Review Press.

diplôme universitaire, notamment en raison de l'attraction de la migration et de « l'exode des cerveaux » (World Bank, 2015).

En ce qui concerne la religion, selon plusieurs observateurs, le phénomène religieux pénètre toutes les facettes de la vie en Haïti, sur les plans tant politique, social, culturel qu'économique (Corten 2001, Hurbon 2004, Nérestant, 1994) et particulièrement en ce qui concerne les conceptions de la santé, de la maladie et de la mort (Brodwin 1996, Vonarx 2005). Les trois principales religions pratiquées au pays sont le catholicisme, imposé durant l'esclavage et subventionné par l'État haïtien; le vaudou, religion synchrétique issue de l'amalgame des pratiques d'Afrique de l'Ouest et du catholicisme, et le protestantisme de plusieurs dénominations. Ces religions se sont développées en tension les unes avec les autres, partagent plusieurs symboles clés et éléments de culte et influencent les diverses cultures haïtiennes (Brodwin 1996; Craan 1993; Hurbon 2001; Laguerre, 1987; McCarthy, 1991; Métraux, 1958). On ne peut comprendre un mouvement sans prendre les autres en considération (Hurbon 2001)¹⁷. Quoiqu'il soit difficile d'obtenir des statistiques précises sur les religions au pays, notamment en raison de la réticence de plusieurs Haïtiens à parler du vodou, les chercheurs s'accorderaient pour dire que la majorité est catholique, souvent vodouisante, et qu'une minorité en croissance (15-30%) serait protestante (Brodwin, 2003b; Hurbon, 2001b, CIA Factbook)¹⁸.

1.3.3 Ressources en santé et en santé mentale

Les recherches menées en Haïti suggèrent qu'en cas de difficultés (psychosociales, de santé, de santé mentale), la majorité des Haïtiens feraient appel à plusieurs systèmes de

¹⁷ À titre d'exemple, selon le psychiatre suisse Métraux et certains anthropologues nord-américains, certains vodouisants se convertissent au protestantisme non parce qu'ils ont cessé de croire en leurs pratiques vaudou, mais au contraire parce que leur force est si maléfique qu'il faut s'en couper complètement pour s'en protéger (Métraux 1958; Brodwin 1996; Corten 2000). Le protestantisme constitue ainsi pour certains adhérents un refuge contre les puissances maléfiques des *lwes*: le converti n'est ainsi jamais totalement hors du système traditionnel qu'il répudie.

¹⁸ CIA World Factbook, 2017. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html> Consulté le 26 juillet 2017

sens pour expliquer les problèmes et pour y remédier. Des ressources informelles et traditionnelles seraient d'abord favorisées, et plusieurs Haïtiens iraient d'abord consulter les membres de la famille, considérée comme la principale source de soutien, avant d'aller possiblement rechercher un soutien religieux (Gopaul-McNicol *et al.*, 1998; Pierre *et al.*, 2010). D'autres ressources traditionnelles (*dokte fey*/herboriste; *houngan ou mambo*/prêtre ou prêtresse vodou), soutien spirituel, et approche biomédicale (Coreil 1983, De Santis et Thomas 1990) peuvent également être consultées. Plusieurs considéreraient que Dieu est plus puissant que n'importe quelle autre force ou maladie, y compris les *lwa*-s (dieux) vaudous ou traitements médicaux (Desrosiers et Fleurose, 2002; Miller, 2000). Les Haïtiens des classes moyennes et supérieures seraient plus susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale, d'autant plus s'ils adhèrent au modèle biomédical de la santé et de la santé mentale.

Les ressources formelles en santé et en santé mentale, également consultés, se fondent sur quatre réseaux : les institutions publiques, notamment les centres de santé administrés par l'État et les hôpitaux de référence; les institutions mixtes publiques et non lucratives, dont le personnel travaille aux côtés de fonctionnaires; des organisations non gouvernementales (ONG), des organismes privés ou à but non lucratif, incluant les organisations confessionnelles; enfin, des cabinets médicaux privés à but lucratif (Crane *et al.*, 2010). Avant le séisme, le gouvernement haïtien octroyait moins de 5% de son budget à la santé et 75 % des services de santé du pays étaient fournis par des ONG ou des groupes religieux (Goyet, Sarmiento et Grünewald, 2011). Le secteur de la santé à Haïti souffrait selon certains observateurs de sous-financement, d'un manque de coordination et de leadership de la part du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) (Lemay-Hébert, Martel et Robitaille, 2018).

Selon un rapport de l'OMS publié peu de temps après le séisme, les services de santé mentale en Haïti étaient alors peu utilisés, en partie en raison de la pénurie de ces services et de la présence d'autres modèles d'explication de la souffrance (IESM-OMS, 2011). Jusqu'à récemment, le pays n'avait ni politique, ni stratégie de santé mentale;

les services étaient rares, voire presque inexistantes à l'extérieur de la capitale (IESM-OMS, 2011). En termes de ressources humaines, les effectifs étaient également relativement limités. Au moment du séisme, on documentait au pays: 194 psychologues, 82 travailleurs sociaux, 36 infirmières, 27 médecins psychiatres, 14 médecins généralistes, 1 ergothérapeute et 1 neurologue (IESM-OMS, 2011, p.24). Ces professionnels travaillaient tant dans des structures de soins publiques que privées. Le pour 100.000 habitants, en 2011, s'élevait à 0,28 médecins psychiatres, 0,14 médecins généralistes, 0,38 infirmières, 2 psychologues et 0,86 travailleurs sociaux (IESM-OMS, 2011). Comme pour les services de santé généraux, le système public est peu financé mais plusieurs services sont offerts dans les secteurs privés ou sans but lucratif, regroupant les ONG et missions religieuses.

1.3.4 Les professionnels de la santé mentale

À la lumière de ces repères contemporains, on comprend donc que la position sociale et économique des cliniciens en santé mentale les distingue de la majorité de la population. Notamment, les professionnels en santé mentale et soutien psychosocial entretiennent des liens différents que la population générale avec les ONG et ONGI, qui engagent plusieurs travailleurs locaux, du moins temporairement. Leurs relations à la population générale et aux expatriés s'inscrivent donc dans les tensions complexes entre classes sociales, tel que discuté au premier chapitre.

Les risques d'être situé aux interstices

Lors d'un séjour de préparation à la recherche en 2010 avec l'organisation *Partners in Health/Zanmi Lasanté*, Marie¹⁹, une jeune clinicienne rencontrée en région rurale m'avait informée qu'elle préférait ne pas se promener à l'extérieur des murs de son organisation en compagnie de *blancs*²⁰. Elle m'expliquait qu'une telle proximité pouvait laisser entendre aux gens du village qu'elle avait accès à plus de ressources, en plus de son emploi, et susciter l'envie. L'association sous-jacente à des personnes étrangères impliquait ainsi certains risques. Ma rencontre avec Frantz en 2012 confirmait les périls de ce type d'emplois. Chauffeur d'une ONG nationale financée par une fondation internationale, le jeune homme revenait en effet d'un mois d'hospitalisation après avoir reçu plusieurs balles dans le dos alors qu'il allait à la banque régler une transaction avec le véhicule de l'organisation. Père de 3 enfants, il appréciait toutefois son emploi et les bonnes conditions de travail lui permettant de soutenir sa famille. Des informateurs se préoccupaient également des risques encourus au travail en raison du piètre état de leurs bureaux, dans des bâtiments fissurés, ou en raison du déploiement d'intervention psychosociales dans des quartiers « chauds ». Ces observations font écho à la littérature, qui souligne que pour les citoyens de pays affectés par les conflits ou les catastrophes, travailler dans une ONG ou ONGI comporte son lot de privilèges et de risques.

Sans nécessairement faire partie de la classe politique et financière la plus favorisée, leur éducation et leur rôle professionnel leur confère un statut privilégié et un certain pouvoir. En effet, ces citoyens font partie du 1% détenant un diplôme universitaire en Haïti, ils parlent français et souvent anglais, contrairement à la majorité créolophone, ce qui amène une certaine mobilité. Par ailleurs, les cliniciens ont un emploi, alors que le taux de chômage national s'élèverait à 40.6% et que les conditions socio-

¹⁹ Tous les prénoms employés dans cette thèse sont fictifs.

²⁰ Le terme *blanc* en Haïti désigne l'étranger, celui qui vient de l'extérieur.

économiques de la majorité de la population haïtienne demeurent extrêmement difficiles. De par leurs divers repères académiques, formés dans des institutions Nord-Américaines ou Européennes, ils maîtrisent des savoirs et pratiques qui diffèrent de certains modèles traditionnels, plus communs par exemple en région rurale. Toutefois, si leur formation et leur proximité avec la population aiguise leur conscience des limites des interventions des ONG, on ne leur octroie pas nécessairement le pouvoir de les adapter dans les organisations locales et internationales. Au sein de leur société, ils s'inscrivent ainsi dans un espace particulier, paradoxal, à l'interstice entre la population et les organisations de soins (Weber et Messias, 2012). Ainsi, si la posture des cliniciens leur confère un potentiel pouvoir, les positions liminales, au dedans et au dehors, impliquent aussi certains risques (Douglas, 1966; Malkki, 2015) sur le plan de leur sécurité physique (Haver, 2007; Putman *et al.*, 2009), ainsi que psychique – ce dont il sera question dans le prochain chapitre.

1.4 L'onde sismique et ses secousses

Ce que j'ai vu n'a pas de nom. Personne ne devrait vivre cela. Je me retrouve par terre, sans savoir trop comment, entre des voix et des visages soudés par la peur. Le hurlement de la terre, les éclats de verre, les cris. Puis un grand nuage de poussière obscurcit le ciel. La détresse commence ainsi (...) Une minute a suffi pour tout anéantir. Dans ma tête et dans mon corps, il y a ces millions d'être piégés sous des tonnes de ciment. Et ces monuments tombés. Je vis encore cet instant où l'hôtel craque comme une feuille de papier que l'on déchire, où tout est vraiment vanité, et que la nature contraint les êtres humains à l'humilité, pis, à l'impuissance. (Saint-Éloi, 2010).

Le 12 janvier 2010, un séisme dévastateur de magnitude 7 sur l'échelle de Richter secouait Haïti, provoquant une crise sans précédent, dans un contexte d'adversité multiples (Guha Sapid, Hoyois et Below, 2016). On estime que la catastrophe a causé la mort de 230 000 à 316 000 personnes et blessé près de 300 000 citoyens (Guha-Sapid, Hoyois, Vos et Ponserre, 2012). De surcroît, entre 1.5 millions et 2.3 millions de personnes, au pire de la crise, auraient perdu leur logis (OCHA, 2011; United Nations,

n.d.), fragilisant le tissu social (Sheller, 2013; Wolbring, 2011). En plus de Port-au-Prince, la catastrophe a touché dans son épicerie la ville de Leogane, ainsi que Carrefour, Grand-Goâve, Petit-Goâve et Jacmel.



Figure 1.1 Cathédrale Notre-Dame-de-l'Assomption à Port-au-Prince, 2010
(Photo, A. Jaimes)

Face à un désastre de cette ampleur, tout gouvernement aurait été dépassé - l'État haïtien, déjà fragile, s'est retrouvé temporairement incapable de répondre à l'urgence (Kelly et Roberts, 2010). Et pour cause. Dans la capitale, 25% des fonctionnaires sont décédés, 60% des édifices gouvernementaux ou administratifs ont été détruits, incluant 28 des 29 bâtiments ministériels (Disaster Emergency Committee, 2015). Le palais national, la cathédrale et le siège social de la MINUSTAH n'ont pas été épargnés. Les institutions gouvernementales, les hôpitaux et les universités ont également été touchés, tout comme le réseau local de SMSPS (IESM-OMS, 2011; Raviola, Eustache, Oswald et Belkin, 2012).

Dans les mois qui ont suivi le séisme, d'autres difficultés ont éprouvé le pays. Une épidémie de Choléra, introduite par les Casques Bleus et nourrie par la saison des ouragans, frappait Haïti de plein fouet. En 2012, la maladie avait déjà fauché 7700 vies et infecté 620000 personnes, alors que seuls 17% des Haïtiens avaient accès à de l'eau

potable et des services sanitaires appropriés, nécessaires pour enrayer l'épidémie (Raviola, 2013). Depuis, les multiples cataclysmes, dont l'Ouragan Mathieu en octobre 2016, le zika et les nouvelles pandémies de choléra ont continué à éprouver le pays.

L'impact de la catastrophe sur la santé mentale de la population a été examiné par quelques études. Quoique les réactions au stress traumatique en Haïti comme ailleurs puissent se distinguer des réactions identifiées dans le DSM²¹ (Bolton *et al.*, 2012; Keys *et al.*, 2012; Rasmussen, Keatley et Joscelyne, 2014; Rasmussen, Smith et Keller, 2007), des taux élevés d'ESPT et de dépression majeure ont été documentés suite au séisme dans la population adulte (Cénat et Derivois, 2014; Cerda *et al.*, 2013), ainsi que chez les enfants (Cénat et Derivois, 2015; Mouchenik *et al.*, 2017). Plusieurs ont également relevé les forces de résiliences manifestes chez les survivants (Blanc, Rahill, Laconi et Mouchenik, 2016; Cénat, Derivois et Léveillé, 2017; Mouchenik *et al.*, 2017), comme la mobilisation suite au séisme en a témoigné.

1.4.1 Mobilisations locale et internationale

Dans les minutes et les jours qui ont suivi le tremblement de terre, les acteurs de la communauté locale et internationale se sont massivement impliqués. Alors que plusieurs observateurs étrangers s'attendaient à voir le chaos s'emparer du pays, les journalistes ont été surpris de constater l'ampleur du mouvement de solidarité locale (Dubois, 2012). S'il était difficile pour l'État d'organiser les premiers efforts face à la crise, la population a fait preuve d'énormément de courage et de forces d'organisation, que certains attribuent à un engagement historique marqué par l'autodétermination et l'autonomie (Dubois, 2012, p. 12). La communauté internationale a également rapidement réagi à la crise, permettant

²¹ Nous reviendrons sur ce point. Ce qui est surprenant n'est pas que les manifestations de la détresse traumatique en Haïti et ailleurs dans le monde diffèrent des critères diagnostiques du DSM, mais qu'on tente d'appliquer un modèle Nord-Américain à l'ensemble de l'humanité.

de sauver de nombreuses vies et de fournir un soutien médical à la population, qui n'aurait probablement pu être offert par les ressources locales (Lemay, Martel et Robitaille, 2018).

En ce qui concerne les services de santé mentale et soins psychosociaux, malgré l'impact majeur du séisme, les professionnels locaux se sont immédiatement mobilisés pour offrir une assistance à leurs concitoyens (Pierre *et al.*, 2010; Raviola *et al.*, 2012; Raviola, 2013), dont plusieurs de concert avec des ONG et ONGI. Par ailleurs, au niveau national, le ministre de la santé a reconnu que la santé mentale avait été négligée et entama l'élaboration d'un plan d'action en santé mentale (Raviola, 2013). En 2014, le ministère de la santé d'Haïti se dotait d'une politique relative à la santé mentale, auquel 1.5% du budget de la santé est attribué (Ministère de la santé publique et de la population, 2012).



Figure 1.2 Tente d'un psychologue dans un camp à Port-au-Prince, 2010
(Photo A. Jaimes)

1.4.2 L'aide humanitaire et ses contrecoups

Suite au séisme, plusieurs observateurs et acteurs haïtiens ont reconnu que l'aide internationale, particulièrement dans la phase d'urgence post-séisme, était indispensable. Certes, un soutien matériel, logistique et médical important a été offert par les organisations internationales. À titre d'exemple, un rapport du Comité permanent inter-organisations (IASC, 2011) documentait la relocalisation de 64 000 familles dans des logements transitoires, l'instauration de 17 hôpitaux temporaires, la distribution de 345,000 kits médicaux, l'administration de 900 000 vaccins, et le retrait d'un cinquième des 10 millions de mètres cubes de débris. Toutefois, de nombreuses critiques ont également été formulées tant en ce qui concerne le nombre d'acteurs impliqué que le type d'aide offerte.

Dans la foulée de la catastrophe, le nombre d'organisations étrangères s'est trouvé décuplé, menant plusieurs observateurs à s'interroger sur l'impact global de ce « tsunami » humanitaire. Alors que le nombre d'ONG *enregistrés* auprès de l'état gravite autour de 500, on estime qu'avant le séisme, environ 10 000 organisations fourmillaient en Haïti, déjà surnommée la “ République des ONG” (Schuller, 2017). Les travailleurs internationaux ont tôt fait de transformer la capitale en « ville blessée, noyée d'humanitaires et de sauveteurs » après le tremblement de terre (Farmer 2011, p.4). Les observateurs des Caraïbes ont notamment documenté certains effets délétères de la présence humanitaire tant sur la gouvernance de l'État haïtien que sur le système de santé (Kelly et Roberts, 2010; Lemay, Martel et Robitaille, 2018). Selon certains, les ONG qui se substituent à l'état proposent des initiatives fragmentées, souvent redondantes, parfois en compétition, et généralement déconnectées des services publics, ce qui mène à une offre de service peu coordonnée et sans vision (Martel, 2013) soulevant plus fondamentalement des enjeux de gouvernance (Schuller, 2017).

Suite à l'arrivée de ces multiples nouveaux acteurs, le système de *clusters* des Nations Unies était instauré afin de faciliter la collaboration entre ONG internationales, locales

et le gouvernement haïtien, tel que recommandé par l'IASC (2007) et l'OMS (OMS/WHO, 2009). Malheureusement, selon plusieurs observateurs, de multiples obstacles auraient freiné la participation et l'inclusion des acteurs locaux dans ces clusters (Fan, 2013; Grunewald et Binder, 2010; Martel, 2013). Les observateurs ont décrit la réponse internationale comme très problématique, étant donné le manque de coordination, la responsabilité insuffisante envers les autorités locales et le manque d'alignement avec les priorités locales (Fan, 2013; Schuller, 2017). Parmi les conséquences imprévues, mentionnons l'affaiblissement du système de santé local, notamment en raison de la fuite des cerveaux et de la concurrence financière (Kelly et Roberts, 2010; Kligerman, Barry, Walmer et Bendavid, 2015). La coordination et la gouvernance sont en effet identifiés comme des facteurs clés dans la durabilité des processus de reconstruction (Marcelin, Cela et Shultz, 2016; Tierney, 2012).

La distribution de l'aide financière a également soulevé des questions et des difficultés, contribuant à la fragilisation du gouvernement haïtien. Malgré la volonté de lancer un « plan Marshall » pour la reconstruction d'Haïti, le pays n'aurait jamais connu le même engagement politique tel qu'observé dans le contexte d'autres crises humanitaires, comme au Myanmar ou à Aceh, en Indonésie (Fan, 2013). Lors d'une conférence des Nations Unies en mars 2010, 10 milliards de dollars avaient été promis pour la reconstruction, mais deux ans plus tard, le bureau de l'envoyé spécial indiquait qu'un peu moins de la moitié des fonds avait été décaissée (Farmer, 2011). On estime que le gouvernement haïtien n'aurait touché que 1% des fonds d'urgence et moins de 10% de l'aide à la reconstruction, la grande majorité étant envoyée aux ONG et au secteur privé (Schuller, 2017). Or, les priorités du gouvernement haïtien diffèrent sensiblement de celles du secteur privé, dont les responsabilités et mécanismes d'évaluation sont souvent limités (Ramachandran et Waltz, 2012). Le processus de reconstruction à long terme nécessite le leadership du gouvernement, malheureusement miné par les enjeux politiques et économiques de la crise.

Il faut noter que bien avant le séisme, la présence humanitaire massive en Haïti et certains de ses effets néfastes soulevaient déjà les critiques tant des chercheurs que de la population, (Sauveur, 1997). Notamment, la mission de maintien de la paix en Haïti, la MINUSTAH (Mission des Nations unies pour la stabilisation en Haïti), déployée par l'ONU en 2004, était déjà critiquée. L'intervention canadienne (2004-2009), qui visait à renforcer la protection des droits humains en Haïti, aurait mené à une escalade des arrestations, à la surcharge des prisons, à la persécution de l'opposition politique et à la détérioration des droits humains (Walby et Monaghan, 2011). Les multiples scandales d'abus de pouvoir, de violence sexuelle et de pédophilie ont aussi gravement entaché la légitimité de la MINUSTAH (Dodds, 2017; Kolbe, 2015). Tels que rapporté dans les médias les dernières années, ces abus ce seraient poursuivis jusqu'à tout récemment. De plus, après avoir longtemps nié sa responsabilité, les Nations Unies admettait en 2016 que les Casques Bleus Népalais étaient responsables de l'épidémie du Choléra, qui a causé la mort de près de 9000 Haïtiens (Lemay-Hébert, 2014; Schuller, 2017). Ces multiples problèmes ont affecté la confiance des citoyens, menant la population à manifester leur mécontentement face à la présence étrangère dans leur pays (Lemay-Hebert, 2014; Schuller, 2012)²².

1.4.3 Récits croisés sur le paradoxe haïtien

Face aux enjeux qu'Haïti rencontrent encore aujourd'hui, plusieurs récits rivalisent. Pour la Banque Mondiale, l'absence de services publics et la fragilité de l'état sont à la source de la misère d'Haïti et justifient les interventions étrangères contemporaines (The World Bank, 2015). L'ancien directeur de la US-AID en Haïti, Laurence Harrison, prétendait pour sa part que la culture « Africaine » du pays était responsable de ses maux (Harrison, 1993). Suite au séisme du 12 janvier 2010, des discours similaires ont circulé dans les médias américains: l'évangéliste américain Pat Robertson blâmait

²² Voir aussi <http://www.reuters.com/article/us-haiti-un-idUSBRE82C06C20120313>

Haïti, suggérant que la nation était punie pour avoir vendu leur âme au diable, alors que le chroniqueur David Brooks au NY Times identifiait la culture rétrograde (*progress-resistant*) des Haïtiens et l'influence du vodou comme les causes de leur misère (Dubois, 2012, p. 3). Plusieurs discours dépeignent ainsi les difficultés actuelles d'Haïti comme le fruit de ses failles culturelles ou politiques, justifiant du même coup l'intervention étrangère, et occultant la responsabilité historique des pays occidentaux.

En revanche, plusieurs historiens et anthropologues travaillant en Haïti soutiennent au contraire que ce sont précisément l'exploitation historique par les forces étrangères et leur présence continue au pays qui expliqueraient les difficultés actuelles (Dubois, 2012; Farmer, 2004; James, 2010; Plummer, 1992). Ces observateurs maintiennent que l'ingérence internationale dans l'économie et la politique haïtiennes serait à la source de la fragilité du gouvernement (Farmer, 1994; Plummer, 1992). Plusieurs rumeurs et récits dans les médias locaux dénoncent notamment l'ambition américaine de détruire le pays - des théories conspirationnistes que Paul Farmer (1994, 2004, 2005), médecin et anthropologue ayant travaillé plus de 25 ans en Haïti, prend très au sérieux. Son travail ethnographique (1994) sur la violence structurelle en Haïti, en outre, documente avec rigueur des cas concrets illustrant les liens entre les politiques américaines et la souffrance de citoyens haïtiens, victimisés par inadvertance et parfois de manière criminelle, notamment par la violence politique. Les récents travaux de l'anthropologue James (2010, 2015) questionnent pour leur part les façons dont les doctrines du développement contribuent malencontreusement aux difficultés en promouvant un système capitaliste inadéquat et en ignorant la complexité historique et politique des enjeux locaux.

S'ils considèrent essentiel de comprendre en quoi les forces étrangères en Haïti ont pu fragiliser la nation depuis sa fondation, et ce sur les plans politiques, économiques, culturels et écologiques, des observateurs nationaux et internationaux relèvent qu'un récit centré sur la victimisation d'Haïti risque paradoxalement d'éclipser les capacités

d'action locales (James, 2010, p.16-17; Trouillot, 1990b). Certains se sont ainsi questionnés sur l'influence parfois néfastes de diverses « élites prédatrices », qui ont changé au fil des époques (Dubois, 2012; Maguire, 1995). La considération de l'histoire profondément transnationale du pays semble cruciale. Ainsi, comme le rappelle l'historien Michel-Rolph Trouillot (1990b), bien que les gouvernements haïtiens soient souvent accusés d'avoir failli à leur tâche, il faut s'interroger sur les raisons historiques pour lesquelles le pays (re)produit de tels gouvernements en explorant à la fois les dimensions systémiques et le rôle potentiel des élites haïtiennes dans la transformation de leur pays (p. 18, p. 48-50).

1.5 Conclusion

Selon les mots de l'historien d'origine haïtienne Michel-Rolf Trouillot (1990a), Haïti a trop souvent été décrit comme un lieu exceptionnel et anormal, plutôt qu'une nation située dans un monde d'humanité partagée, globalisé. La construction de « l'exception haïtienne », figée hors du temps, exotisée et altérée – a malencontreusement contribué à construire cette nation sous le signe d'une altérité radicale, exacerbée par le tremblement de terre (James, 2010; Pierre, 2013; Ulysse et Trouillot, 2015). Pour sortir Haïti de son statut d'exception, de sa « case sauvage », Trouillot (1990a) invitait non seulement à penser la nation dans sa spécificité, mais aussi comme un site à partir duquel adresser des questions sociales qui concernent l'humanité dans son ensemble. Ainsi, pour sortir de l'impasse de cette altérisation radicale, un antidote consisterait selon l'historien à s'inspirer des intellectuels universalistes du 19^{ème} siècle, de manière à « poser des questions spécifiques, attentives aux particularités haïtiennes mais informées par les débats internationaux contemporains » (Trouillot, 1990a, p. 8). Sans avoir d'ambition universaliste, cette thèse se penche sur l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince, en tenant compte des particularités de leur contexte, tout en réfléchissant aux enjeux de la clinique du trauma de façon plus vaste.

Ce chapitre a présenté quelques repères de l'histoire profondément transnationale d'Haïti, de manière à situer le séisme et ses contrecoups dans son contexte et à mettre en perspective les enjeux complexes rencontrés par les cliniciens à Port-au-Prince. Tel que discuté, ce pays « où la négritude se mit debout pour la première fois et dit qu'elle croyait en son humanité » (Césaire 1956, p.24) s'est construit à travers de multiples luttes ayant inspiré et inquiété, bien avant que la terre tremble le 12 janvier 2010. La tragédie du séisme, ainsi que les efforts de reconstruction et l'arrivée massive de l'aide humanitaire doivent être compris à la lumière d'une histoire de colonisation et d'esclavage, d'occupation militaire, d'ingérence politique et économique, et plus récemment des projets de développement menant de façon compréhensible à des rapports marqués par l'ambivalence et la méfiance entre le peuple, l'État haïtien et les acteurs internationaux. Cette section aura ainsi permis d'identifier certains enjeux qui traversent l'histoire mouvante d'Haïti, ainsi que les multiples discours qui sous-tendent les relations entre acteurs locaux et internationaux - incluant les rencontres de recherche ayant mené à cette thèse. La prochaine section présente les repères théoriques retenus pour comprendre l'expérience des cliniciens de Port-au-Prince, en tenant compte des dimensions cliniques, transculturelles et politiques sous-jacentes.

CHAPITRE II

REPÈRES CLINIQUES ET THÉORIQUES

2.1 Introduction : Du complémentarisme au kaléidoscope

C'est à partir d'un manque à dire et à penser, à partir de sa reconnaissance que surgit ainsi la nécessité d'une ouverture à l'Autre, dans son hétérogénéité par rapport à ce qui nous est familier. (Corin, 2010)

Devant le paysage fracassé de Port-au-Prince, l'expérience parfois traumatique des cliniciens, leur force de résistance, la complexité de leur travail et des enjeux rencontrés, les balises théoriques dont je m'étais initialement dotée ont été ébranlées²³. Dans le travail d'élaboration de cette thèse, face aux multiples questions soulevées, il m'est progressivement apparu essentiel de tenir compte de l'éclatement des repères psychiques, collectifs et politiques rencontrés par les cliniciens suite au séisme, et conséquemment de la mise à l'épreuve des théories dont je disposais pour comprendre leurs expériences. Il a ainsi fallu puiser dans plusieurs répertoires, faire le deuil d'un cadre « totalisant » et « bricoler » avec ce qui fait sens (Levi-Strauss, 1962). À cet effet, la métaphore du kaléidoscope - capteur d'images mouvantes, qui saisit fugitivement quelques reflets de la vie – m'a semblé incarner la multiplicité des perspectives tout comme la partialité de chaque regard nourrissant le présent projet. Un symbole permettant de donner sens à cet éclatement.

²³ Dans certaines sections de cette thèse, il m'est apparu important d'utiliser la première personne du singulier afin de rendre manifeste mon positionnement subjectif face au sujet et pour ancrer la démarche de cette recherche dans un contexte d'énonciation et de réflexion singulier, suivant une perspective constructiviste et interprétative.

À cet effet, le complémentarisme de Devereux, (1980, 1985) et les multiples dialogues tissés entre psychanalyse et anthropologie (Corin, 2010, 2013; Moro, 1992; Nathan, 1993; Obeyesekere, 1981, 1985) offrent un modèle de « méta-cadre » facilitant l'arrimage de multiples perspectives dans les recherches en sciences sociales. Selon Devereux (1980, 1985), les phénomènes humains, à l'interstice entre l'individuel et le collectif, bénéficient d'un éclairage pluridisciplinaire puisque chaque approche permet une analyse complète dans son propre cadre de référence. Le recours à la psychanalyse et à l'anthropologie de façon non-simultanée, en alternance, force un « décentrement » qui revivifie le questionnement de chaque perspective (Corin, 2010). Foucault (1966) souligne d'ailleurs la profonde parenté de ces deux disciplines animées par un « perpétuel principe d'inquiétude, de mise en question, de critique et de contestation de ce qui a pu sembler, par ailleurs, acquis » (p. 385). Si l'une place l'altérité de l'inconscient au cœur de son interrogation; l'autre révèle la relativité de nos représentations culturelles pour penser l'humain et ses énigmes. Ces approches se rejoignent ainsi dans leur posture épistémologique, leur souci d'entendre et de comprendre l'Autre de l'intérieur, s'interrogeant sur ce qui surgit au-delà des représentations, tout en se tournant vers ce qui continue d'échapper à notre conscience.

Toutefois, dans sa forme classique, le cadre complémentariste alliant psychanalyse et anthropologie - ou les enjeux psychiques et culturels - comporte quelques écueils pour la présente thèse, soit les risques d'exotisation de la culture de l'Autre et de la forclusion des enjeux de pouvoir (Corin, 1997, Trouillot, 2003). Tel que discuté plus loin dans ce chapitre, l'insistance sur la culture a parfois malencontreusement eu l'effet de nier les forces historiques, sociales et politiques qui structurent les phénomènes sociaux (Trouillot, 2003) – des enjeux incontournables pour cette étude, et sur lesquels je reviendrai²⁴.

²⁴ On peut ici évoquer la question des liens complexes entre l'anthropologie et la psychanalyse au regard de l'histoire de la colonisation, un enjeu complexe qui mériterait une analyse approfondie mais qui nous éloigne de l'objet de la présente thèse.

Plutôt qu'un cadre complémentariste, cette thèse propose donc un cadre « kaléidoscopique », permettant dans le cas présent d'intégrer une réflexion sur les dimensions psychodynamiques, transculturelles et de pouvoir affectant le sujet d'étude. À la manière du complémentarisme, un cadre kaléidoscopique est une forme de méta-cadre, permettant l'arrimage de plusieurs perspectives, variant selon le phénomène étudié. À titre d'exemple, pour examiner les enjeux cliniques rencontrés par des patients réfugiés, Bala (2005) se réfère à un cadre kaléidoscopique abordant les dimensions internes (biologiques et psychologiques) et externes (familiales, culturelles, sociales et politiques) rencontrées. Granek (2017), dans une étude comparative de l'expérience d'oncologues au Canada et en Israël, se réfère également à un cadre kaléidoscopique, portant attention à l'intersubjectivité, au regard moral et politique, ainsi qu'aux dimensions affectives de la rencontre. Ces exemples témoignent des efforts théoriques permettant de refléter les multiples dimensions et la complexité des phénomènes humains.

Dans ce chapitre, j'expose les différents jalons cliniques et conceptuels - identifiés dès le départ ou rassemblés au fil des réflexions - permettant de comprendre les multiples dimensions, parfois imprévues, des phénomènes étudiés dans cette thèse. Se réclamant de plusieurs horizons, les repères choisis puisent principalement dans la psychanalyse, la psychiatrie transculturelle, l'anthropologie interprétative et critique, ainsi que la sociologie de la pratique pour penser non seulement les enjeux intrapsychique, intersubjectifs, mais également transculturels et politiques qui structurent la clinique du trauma dans le contexte post-séisme du 12 janvier. La première section du chapitre expose quelques points tournants dans le développement de la conception du trauma en Occident, avant de présenter les repères cliniques et théoriques concernant la double expérience des cliniciens, comme survivant et soignant. À partir d'une sélection de textes psychanalytiques, il s'agit d'exposer quelques concepts développés principalement par Freud, Winnicott et Roussillon sur le trauma et la clinique, sans ambition de résumer cette riche littérature. Ensuite, la deuxième section interroge les

dimensions transculturelles et politiques du sujet d'étude. En conclusion, le chapitre présente les objectifs de recherche.

2.2 Perspectives cliniques

2.2.1 Repères historiques et psychiatriques sur le trauma en Occident

Pour commencer, il convient d'exposer quelques moments clés dans l'histoire des conceptualisations entourant le traumatisme psychique en Occident, notamment dans l'approche dominante de la psychiatrie. Ce portrait permettra ensuite de situer l'apport original de la perspective psychanalytique pour cette recherche, avant d'examiner plus précisément les enjeux cliniques liés à l'expérience traumatique et à la clinique.

2.2.1.1 Les premiers pas : Des chemins de fer à la Salpêtrière

Le concept actuel de « trauma » trouve son origine dans le mot grec signifiant blessure, ou lésion, produite par une force extérieure, qui fait effraction. Les théories qui émergent à la fin du 19^{ème} siècle sur le traumatisme psychique s'inspirent de cette vision médicale du trauma. Selon l'anthropologue médical Allan Young (1995), les premières descriptions de syndromes reliés aux traumatismes psychologiques, tels qu'on les connaît aujourd'hui, remonteraient aux études du Dr John Erichsen réalisées durant les années 1860. Bien que la paternité du terme « névrose traumatique » revienne au neurologue allemand Herman Oppenheim (1911), c'est Erichsen (1867) qui aurait été le premier à décrire comment une blessure physique (accompagnée d'émotions violentes ou non) peut endommager la moelle épinière d'un accidenté et provoquer un choc nerveux (cités dans Young 1995, p.13-19). Ainsi, le terme « trauma », qui jusqu'à la moitié du 19^{ème} siècle concerne principalement les blessures

physiques, est élargi pour décrire certains des symptômes psychiques expérimentés par les accidentés des chemins de fer²⁵.

À la même époque, les neurologues Jean Martin Charcot et Pierre Janet s'intéressent pour leur part aux névroses hystériques causées par des expériences traumatiques (Hergenhahn, 2007; Young, 1995). À l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, Charcot observe ses patients et propose une explication psychologique des hystéries. Selon lui, un événement traumatogène peut contribuer à dissocier de la conscience certaines idées qui prennent ensuite une forme physique pathogène, se manifestant par exemple par une paralysie, une insensibilité à la douleur ou par d'autres signes somatiques. Les symptomatologies décrites par Charcot, Janet, Erichsen et Oppenheim décrivent ainsi les blessures de la mémoire à travers leurs manifestations sur le corps, par le décryptage de la somatisation. En introduisant le rôle de l'inconscient, ces cliniciens proposent une perspective qui s'éloigne peu à peu des interprétations organiques et mécanistiques des troubles liés au trauma, ouvrant ainsi la voie aux théories freudiennes, présentées plus loin.

2.2.1.2 Les deux guerres mondiales et le trauma vu par la psychiatrie militaire

Les deux guerres mondiales contribuent incidemment à accélérer la recherche sur le trauma, principalement à travers les études auprès des vétérans (Young, 1995). Durant la première guerre mondiale, le psychiatre militaire britannique W.H.R. Rivers (1920) se démarque par sa documentation détaillée du phénomène du « choc des tranchées » (*shellshock*) et ses diverses manifestations symptomatiques : hystérie, neurasthénie, dérèglements cardiaques, et autres problèmes nerveux non diagnostiqués (cité dans

²⁵ Dès cette époque, une question suscite des débats : celle de la véracité des récits des traumatisés (Young, 1995). Puisque l'état dédommageait les victimes d'accidents ferroviaires, l'authenticité des névroses traumatiques était parfois remise en doute. Cette question a traversé les différents courants théoriques du trauma, et demeure encore aujourd'hui un enjeu d'actualité (McNally, 2003).

Young, 1995, p. 52). Influencé par son expérience clinique, Rivers conçoit les névroses de guerre comme des désordres fonctionnels découlant du choc psychologique. Contrairement à Freud, il considère que ces troubles sont dus à des processus mentaux *conscients*, qui n'ont rien à voir avec le sexuel. C'est selon lui un instinct beaucoup plus primaire qui est touché, soit celui de l'auto-conservation (Young, 1995, p. 77). Le modèle dominant du trauma durant les deux guerres mondiales explique cependant les névroses de guerre par des causes physiques; lorsque des causes psychologiques sont prises en compte, elles sont décrites comme opérant *avec* les causes physiques, et à travers la médiation de changements physiques indétectables (Young, 1995, p. 53-54). C'est cependant suite à la guerre du Vietnam que les troubles liés au trauma sont clairement identifiés à une catégorie nosologique, lorsque le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) introduit l'ESPT dans sa classification.

2.2.1.3 Le DSM, la standardisation du trauma et ses limites

La conceptualisation du trauma en psychiatrie connaît un tournant majeur lorsque l'ESPT est introduit dans le DSM-III (American Psychiatric Association ou APA, 1980). D'après Young (1995), l'ESPT s'inscrit alors dans la « révolution du DSM-III, qui, s'inspirant du psychiatre allemand Emil Kraepelin, transforme radicalement la psychiatrie occidentale en introduisant une nosologie standardisée, empiriste et matérialiste (Kraepelin, 1920)²⁶. En ce qui concerne spécifiquement l'ESPT, le DSM-III (APA, 1980) le décrit d'abord comme découlant de l'exposition à un stress majeur et la perception d'une menace contre la vie ou l'intégrité physique de la personne

²⁶ La classification psychiatrique repose sur 3 principes clés : 1) les troubles mentaux devraient être étudiés de la même façon que les troubles physiques pour que la psychiatrie progresse; 2) il est nécessaire d'établir une classification systématique des troubles mentaux à partir de l'observation précise des phénomènes visibles et empiriquement mesurables, et non en inférant des processus mentaux intangibles; 3) avec le temps, les recherches empiriques démontreront que les troubles mentaux graves ont des causes organiques et biochimiques (Kraepelin, 1920, cité dans Young, 1995, p. 95-96).

atteinte ou d'autrui. Il est à noter que l'ESPT s'inscrit dans le DSM comme un oiseau rare: alors que le manuel se contente habituellement d'identifier un désordre par ses symptômes, le diagnostic repose sur un critère étiologique (McNally, 2003)²⁷. La description standardisée de l'ESPT dans le DSM devient l'étalon auquel tentent par la suite de se raccorder les conceptions émergentes du trauma²⁸. Peu de changements sont apportés à la définition de l'ESPT dans le DSM-IV (APA, 1994) (outre le fait qu'être témoin d'acte de violence peut aussi être considéré comme traumatique) et dans le DSM –IV-TR (APA, 2000).

Il convient de rappeler que l'ESPT est introduit dans le DSM suite à l'insistance de psychiatres américains opposés à la guerre du Vietnam (McNally, 2003). Le comité directeur du Manuel accepte d'endosser l'ESPT provoqué par plusieurs types d'événements traumatiques (guerre, viol, cataclysme naturel, etc) mais refuse initialement d'inclure le « syndrome post-Vietnam », avant de céder. Ironiquement, selon Lembcke (1998), sociologue et ancien vétéran de la guerre du Vietnam, les premiers défenseurs de l'ESPT contribuèrent ainsi à médicaliser la dissidence politique des vétérans en conceptualisant leur problème comme un trouble de santé mentale. Alors que l'approche psychanalytique avait jusqu'ici largement nourri la réflexion sur les troubles psychiques, ce changement de paradigme radical inscrit le DSM dans une approche positiviste et relègue l'interprétation des causes sous-jacentes aux traumas et du sens à l'arrière-plan.

²⁷ L'expérience s'accompagne d'un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur. Les critères diagnostiques regroupent trois constellations de symptômes: 1) les symptômes de reviviscence (cauchemars récurrents, pensées envahissantes, flash-back); 2) les symptômes d'évitement/émoussement et 3) les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (hypervigilance, irritabilité, etc). Le DSM-III comporte une dernière section de symptômes non-spécifiés. Les difficultés doivent par ailleurs affecter le fonctionnement de la personne durant plus d'un mois pour être significatifs (APA, 1980).

²⁸ Les modifications apportées par la suite comprennent l'ajout, pour le deuxième critère, du détachement affectif, et le remplacement des symptômes non spécifiés par l'expérimentation de symptômes persistants d'hyperactivité (insomnie, accès de colère, sursauts au moindre bruit, difficultés de concentration).

Le nouveau DSM-5 (APA, 2013) propose des changements plus significatifs dans les critères de l'ESPT. Soulignons principalement que le critère A décrivant l'exposition à l'événement traumatique est élargi - il inclut maintenant le fait d'apprendre la nouvelle de la mort violente ou de la violence subie par un proche, ainsi que l'exposition à du matériel traumatique dans le cadre de fonctions professionnelles (premiers répondants, policiers, cliniciens). Par l'ajout de ce critère, le DSM reconnaît officiellement la détresse post-traumatique liée à l'exposition indirecte des soignants²⁹.

La réflexion autour du trauma et de la formulation de l'ESPT dans le DSM-5 a été marquée par plusieurs débats, notamment sur l'inclusion du « trauma complexe » et sur la validité transculturelle des diagnostics. Nombre de cliniciens et de chercheurs en psychiatrie ont souligné les limites de la catégorie nosologique de l'ESPT pour les individus exposés à des traumas multiples et prolongé (Friedman *et al.*, 2011; Herman, 1992; Van der Kolk, 2005). Le diagnostic suppose notamment que le sujet s'est *sorti* de la situation traumatique (Friedman *et al.*, 2011), ce qui n'est pas le cas pour nombre de survivants en contexte de crise humanitaire (James, 2015). Selon certains cliniciens et chercheurs, le diagnostic de « trauma complexe » ou d'ESPT complexe proposé (mais refusé) pour le DSM-5 permettrait de mieux décrire l'expérience des survivants d'événements traumatiques multiples et continus, tel que potentiellement vécus dans des catastrophes massives (Hinton et Good, 2015, p. 40). Le trauma complexe durant des phases critique du développement ou dans des contextes interpersonnels, menant

²⁹ Parmi les autres changements de l'ESPT dans le DSM-5, ce diagnostic est retiré de la catégorie « Troubles Anxieux » et placé dans celle liée aux « Troubles liés au trauma et au stress ». Le DSM 5 élimine le critère A2 qui précisait que l'événement devait s'accompagner d'émotions intenses (peur horreur, etc). Les critères sont maintenant regroupés autour des B) Symptômes envahissant; C) Évitement; D) Altération négatives des cognitions et de l'humeur; E) Altérations persistantes d'activation neurovégétatives. Les critères F,G et H supposent que les symptômes sont présent depuis plus d'un mois, que la personne présente une détresse importante, et une altération significative de son fonctionnement. Par ailleurs, les critères sont maintenant regroupés autour de catégories symptomatiques qui séparent les symptômes d'évitement et d'émoussement, inclus dans les symptômes d'altération négative de l'humeur et des cognitions. Ce critère implique ainsi plusieurs symptômes associés à l'anxiété et à la dépression, troubles souvent retrouvés en comorbidité avec l'ESPT. Voir Friedman, Resick et al., 2011, et Friedman, 2013 pour une discussion plus détaillée.

moins à des symptômes classiques de l'ESPT qu'à des symptômes dépressifs, anxieux, dissociatifs, ou associés à une transformation de la personnalité, parfois associée au trouble de personnalité limite (Mahoney et Markel, 2016). Cette catégorie a initialement été employée pour décrire la souffrance traumatique découlant d'abus continus et prolongés durant l'enfance ou l'adolescence (Cook *et al.*, 2005) et plus récemment pour caractériser une détresse découlant d'une variété d'expériences à l'âge adulte, incluant les conflits armés, la guerre civile, la torture, la violence conjugale et d'autres expériences impliquant une perte de contrôle, menant à des conséquences adverses (Bryant, 2012). Le concept comme le « trauma complexe » offre ainsi la possibilité de décrire la souffrance manifeste chez les survivants dans des contextes d'insécurité et d'adversité prolongée, comme pour certains citoyens de Port-au-Prince (James, 2015).

Par ailleurs, bien que le DSM-5 reconnaisse la variabilité transculturelle des diagnostics, et bien que le manuel se soit doté d'une section dédiée à la formulation culturelle (*Cultural Formulation Interview*), ces commentaires n'altèrent pas les critères diagnostics principaux, transmettant selon certains la fausse impression qu'il existe une réponse universelle au trauma (Philips, 2015). Or, plusieurs chercheurs se sont justement questionnés sur la pertinence transculturelle des modèles psychiatriques occidentaux, ce dont il sera question plus loin.

Du point de vue psychodynamique, le modèle dominant en psychiatrie occidentale est limité notamment dans la mesure où il aborde la souffrance psychique et les troubles psychopathologiques dans leur immédiateté symptomatologique, sans préoccupations pour l'histoire du sujet, le sens qu'il donne aux événements, son organisation psychique ou son monde social (Panaccio, 2002). Ainsi, les détresses liées à un accident de voiture et à l'expérience d'un génocide se retrouvent classifiées dans la même catégorie diagnostique, éludant les dimensions subjectives, interpersonnelles, politiques et historiques qui caractérisent l'expérience de ces événements (Young, 1995). La

prochaine section présente donc quelques repères psychanalytiques permettant d'aborder les traumatismes psychiques et la clinique du trauma en tenant compte de certaines de ces dimensions essentielles au présent projet.

2.2.2 Perspectives psychodynamiques sur le trauma et ses devenir

Les approches psychodynamiques³⁰ ont largement contribué aux débuts de la psychiatrie occidentale ainsi qu'aux développements récents dans le champ de la psychologie, tout en s'en distinguant. Depuis les débuts de la psychanalyse, le trauma, ou traumatisme psychique, a suscité des réflexions de fond dans cette discipline (Bokanowski, 2005, 2011). Transposé de la médecine au domaine psychique, la compréhension psychanalytique du trauma tient compte de trois dimensions : le choc violent; l'effraction; et la conséquence sur l'ensemble de l'organisme (Laplanche et Pontalis, 2009, p. 500). Selon le *Vocabulaire de la Psychanalyse*, le trauma ou traumatisme psychique peut ainsi être défini en ces termes :

Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations. (Laplanche et Pontalis, 2009, p. 499).

Comme nous en discuterons, la psychanalyse s'est d'abord intéressée à travers la clinique d'adultes aux traumas de la petite enfance, puis à ces mêmes traumas chez les enfants, s'intéressant de plus en plus non seulement à leurs dimensions intrapsychiques mais aussi intersubjectives et collectives, plus récemment. Cette section ne vise pas à

³⁰ Le champ psychodynamique englobe un vaste répertoire théorico-clinique issu de la psychanalyse Freudienne, dont il tire plusieurs de ses principes clés, incluant l'importance de l'inconscient, des conflits et des expériences infantiles. Ainsi, bien qu'il inclue les approches psychanalytiques classiques (théories et pratique), le champ psychodynamique recouvre également des courants contemporains qui s'en sont inspirés - comme la thérapie d'orientation psychodynamique (Ciccone, 2017).

résumer la riche littérature psychanalytique sur le traumatisme mais à dégager quelques concepts clés pour comprendre l'expérience des cliniciens en contexte de catastrophe collective. Nous nous centrerons sur quelques travaux de Freud, Ferenczi, Winnicott et Roussillon, choisis pour leur pertinence dans la compréhension de notre sujet d'étude.

2.2.2.1 L'approche Freudienne

Plusieurs s'entendent pour dire que le développement du concept de trauma chez Freud s'est fait en plusieurs étapes (Bokanowski, 2005; Laplanche et Pontalis 2009; Panaccio, 2002), souvent déclinées en trois mouvements principaux: le développement de la théorie de la séduction (Freud et Breuer, 1895); la reconnaissance de l'importance de l'expérience psychique (Freud, 1916); et finalement l'élaboration de la conception économique du trauma, incluant une compréhension des phénomènes de répétition et de la pulsion de mort (Freud, 1920).

La théorie de la séduction

Freud s'intéresse d'abord au trauma par l'intermédiaire de ses patientes viennoises souffrant de névroses traumatiques et d'hystérie. C'est dans leurs *Études sur l'hystérie* que Freud et Breuer (1895) élaborent une première conception psychanalytique du trauma en lien avec la théorie de la séduction (Panaccio, 2002). Selon celle-ci, les névroses sont causées par des événements, toujours de nature sexuelle, en lien avec une séduction par un adulte qui aurait eu lieu durant l'enfance du sujet. En raison de son immaturité psychosexuelle, l'enfant ne pourrait ni contenir ni donner sens à l'expérience sexuelle vécue avec l'autre. C'est donc dans un deuxième temps, lorsque l'enfant atteint la puberté et que le souvenir resurgit, que l'adulte en devenir expérimente le trauma, dans *l'après-coup*. Le trauma survient parce que le sujet, qui comprend la signification des actes sexuels, est terrifié et submergé par une excitation trop grande pour être contenue ou élaborée, menant à des défenses pathologiques. Les

symptômes, conséquences du refoulement et de son échec, rameutent le passé, d'où la célèbre formule : « l'hystérique souffre de réminiscences ». Ainsi, Freud conçoit que la mémoire et l'interprétation du passé jouent un rôle primordial, ce qui le mène à conclure que le trauma doit être compris à la lumière de son impact subjectif sur la personne.

La place cruciale de la réalité psychique

La théorie psychanalytique du trauma connaît un premier tournant majeur lorsque Freud postule que la majorité de ses patients souffrant de névroses traumatiques n'ont pas réellement subi d'abus sexuels, mais les ont imaginés (Panaccio, 2002, p. 157) – une perspective qui sera par la suite contestée notamment par Ferenczi. Dans son *Introduction à la psychanalyse*, Freud (1916) soutient qu'il importe peu que les événements soient réels, ou qu'ils soient le fruit des fantasmes inconscients du sujet : ils ont tous le même effet pathogène. Il en déduit que la réalité psychique, principalement inconsciente, joue un rôle primordial dans l'expérience de l'événement traumatique³¹. Ce tournant implique la prise en compte de la dimension subjective de l'expérience, puisque c'est l'interprétation des circonstances par le sujet et sa réalité psychique qui déterminent la dimension traumatique d'un événement. La réalité extérieure est secondaire. Encore aujourd'hui, l'insistance sur la primauté de l'expérience du sujet constitue un apport majeur de l'approche psychanalytique.

³¹ Par ailleurs, Freud soutient à cette époque, comme Breuer l'avait avancé, que c'est précisément parce que la cause du trouble est inconsciente que les symptômes se manifestent, et que le malade est « fixé » à un événement du passé (Freud, 1916, p. 261). Les cures psychanalytiques proposées consisteront donc à rendre conscients les souvenirs inconscients et pathogènes, d'abord par la catharsis, puis par l'association libre (Laplanche et Pontalis, 2009).

Le modèle économique du trauma : l'excès et la déliaison

Dans *Au-delà du principe du plaisir*, à travers l'étude des névroses de guerre, Freud (1920) amorce une troisième avancée théorique en développant sa conception économique du trauma. Selon ce modèle, les processus psychiques sont marqués par la circulation et la transformation de l'énergie pulsionnelle. Le moi est habituellement protégé par une barrière pare-excitation, que le trauma rompt par son excès, de l'extérieur ou de l'intérieur, faisant effraction; les affects envahissent alors le psychisme sans que celui-ci ne parvienne à les contenir ou à les décharger. L'excès et la déliaison sont ainsi des éléments centraux du trauma psychique dans la conception freudienne. Le trauma provoque un dérangement d'ordre économique et une grande partie de l'énergie doit ensuite être dévouée à donner sens à cet excès qui a fait irruption (Freud, 1920).

Notons que l'impréparation du psychisme, ou l'effet de surprise du trauma, qui peut s'accompagner de terreur, contribue aussi à fragiliser le moi. Freud (1920) distingue à ce propos l'angoisse de la frayeur, soulignant le rôle protecteur de la première. En effet, l'angoisse survient dans l'anticipation, et permet à l'organisme de mettre en place des défenses, alors que la frayeur, par contraste, survient lorsqu'il n'y a pas eu de préparation. Dans un tel scénario, la fonction de pare-excitation peut être mise en échec, et le système psychique peut échouer à lier les quantités d'énergies qui ont submergé le moi. Selon Freud, l'angoisse constituerait ainsi un « signal d'alarme », ou la « dernière ligne de défense », qui permettrait à l'organisme de se préparer. Toutefois, la préparation au trauma ne peut tout régler : « à partir d'une certaine intensité du traumatisme, ce facteur cesse de jouer. » (1920, p. 29)³².

³² La charge économique peut être transmise d'un coup ou progressivement. Masud Khan (1963) développera plusieurs années plus tard son concept du *trauma cumulatif*, qui bien que moins spectaculaire, n'affecte pas moins le sujet. La section du chapitre sur les situations extrêmes en discute en lien avec le contexte d'adversité continu de Port-au-Prince.

Compulsion de répétition et pulsion de mort

Que peut donc le sujet devant le trauma, son excès, son effraction? Selon Freud, « il ne reste à l'organisme qu'une issue : s'efforcer de se rendre maître de ces excitations, d'obtenir leur immobilisation psychique d'abord, leur décharge progressive ensuite. » (1920, p. 28). C'est en analysant les névroses de guerre et les jeux d'enfant que Freud constate le rôle majeur que joue la compulsion de répétition³³ dans la réaction du sujet aux charges traumatiques. Pour Freud, les processus psychiques liés aux traumas ne sont pas gouvernés d'abord par le principe de plaisir, mais par cette compulsion, une répétition inlassable de la scène traumatique visant un processus de liaison. Submergé par le surplus d'excitation non symbolisée, le moi se trouve clivé et condamné à répéter la scène traumatique pour se l'approprier (Freud 1919, p. 209). La compulsion de répétition présente ainsi une tentative d'élaboration du trauma et de maîtrise sa charge énergétique. Manifeste notamment à travers les souvenirs intrusifs, les rêves récurrents, les jeux répétitifs, la répétition permettrait parfois au sujet de sortir de sa position passive, de dominer l'événement traumatique et de prendre contrôle de sa charge d'excitation³⁴. La libido s'affirmerait alors dans la jouissance d'un rôle de domination et dans la liaison de la charge énergétique du trauma.

Toutefois, Freud observe d'autres formes de répétition dans lesquelles la liaison fait défaut et demeure entièrement indépendante du principe du plaisir. Chez certains de ses patients en analyse, dont chez les névrosés de guerre, et dans certains rêves d'individus traumatisés, il remarque une tendance « démoniaque » à la répétition du trauma (Freud, 1920, p. 34). Mue par la pulsion de mort, la répétition replonge alors

³³ Cette idée de répétition s'apparente à celle de *fixation psychique* que Freud et Breuer (1995) avaient développée dans leurs *Études sur l'hystérie* lorsqu'ils affirmaient que les hystériques souffraient principalement de réminiscences.

³⁴ Dans le cas de l'enfant qui lance sa bobine par exemple, Freud (1920) décrit en quoi le jeu et la répétition permettent au sujet d'appriivoiser et de maîtriser les affects désagréables liés au départ de la mère. En lançant la bobine (symbole de la figure maternelle), l'enfant sort de sa position passive, et prend une position active; il s'identifie à la mère et redevient maître de la situation. La répétition pourrait ainsi permettre au sujet de dominer les affects traumatiques et d'entamer un processus de liaison.

inlassablement le sujet dans une surcharge d'affect et dans la sidération. À partir de ces observations, Freud déduit qu'un autre principe que celui du plaisir est à l'œuvre derrière la compulsion de répétition : la pulsion de mort, soit le désir d'un retour à un état antérieur, un « retour au repos absolu de l'inorganique » (Laplanche et Pontalis, 2009, p. 376). Dans le modèle économique du trauma, on s'éloigne d'une conception dans l'après-coup du retour du refoulé. En débordant le sujet de son afflux d'excitation, le trauma menace de façon plus radicale l'intégrité du sujet (Laplanche et Pontalis, 2009, p. 503).

Dans le cadre de notre étude, la dimension subjective de l'expérience traumatique, la conception économique du trauma ainsi que la théorie de la compulsion de répétition constituent des éléments contribuant à donner sens à la clinique post-catastrophe. En effet, bien que les circonstances du séisme puissent sembler massivement traumatiques, c'est le vécu et l'interprétation singuliers qu'en fera chaque survivant, incluant chaque clinicien, qui déterminera la portée des événements sur son expérience. La dimension économique permet de penser l'excès traumatique pour le patient et le clinicien, matériel susceptible de resurgir dans la rencontre clinique et de mener soit à une répétition mortifère soit à une élaboration psychique.

2.2.2.2 Winnicott, vers l'intersubjectivité

Les travaux de Winnicott (1949, 1960, 1965a, 1965b), bien plus que ceux de ses prédécesseurs, invitent à penser le trauma dans ses dimensions intersubjectives. En soignant de jeunes enfants et de patients considérés « difficiles », Winnicott reprend les théories freudiennes du trauma et développe une conception originale des phénomènes impliqués. Préoccupé par le nourrisson, qui n'existerait pas sans sa mère, le pédiatre s'est notamment penché sur le rôle protecteur de l'environnement (l'objet primaire) et du développement psychique du sujet face à l'expérience du trauma et de ses devenir.

Trauma et dépendance face à l'environnement

D'abord, pour Winnicott le trauma est intimement lié à la position de dépendance et de vulnérabilité dans laquelle se trouve le nourrisson face à son environnement. Ainsi, selon lui le trauma est d'abord une expérience de désespoir face à une dépendance absolue : « *Trauma in the most popular sense of the term refers to a breaking of faith.* » (1965b, p. 146).

Winnicott donne ainsi une place centrale à l'environnement et à l'intersubjectivité dans le trauma. Pour lui, la barrière pare-excitation se retrouve non seulement à l'intérieur mais aussi à *l'extérieur du moi*, comme dans le soutien de l'environnement offert par la mère à son nourrisson (1974). En effet, la mère et l'environnement « suffisamment bons » jouent ce rôle pare-excitation pour l'enfant, notamment à travers le « *holding* » (1965a). Lorsque l'environnement échoue, plusieurs « agonies primitives » peuvent être expérimentées : retour à un état de non-intégration; chute infinie; perte de collusion psychosomatique; perte du sentiment de réalité; perte de la capacité d'être en relation avec les objets, etc.

On constate donc que le rôle de l'objet primaire, la mère, est primordial. Non seulement remplit-il une fonction de pare-excitation, mais il facilite aussi l'intégration/l'appropriation et la symbolisation progressive du nourrisson, ceci menant vers une plus grande capacité à l'ambivalence et vers une plus grande indépendance. Autrement dit, c'est l'objet primaire qui permet le développement de la capacité de liaison, qui protège du trauma. Comme nous le verrons plus loin, le clinicien pourra par la suite jouer le rôle de cet environnement facilitant et soutenir l'élaboration et l'appropriation du vécu subjectif.

Trauma et développement, une dialectique

Winnicott (1965a) souligne l'impact du stade de développement du moi au moment du trauma dans le type d'expérience ressentie par le sujet et dans les défenses mises en

place pour y faire face. Selon le stade du développement atteint par l'enfant, il expérimentera un type de trauma différent : échec dans l'établissement d'une structure de personnalité cohérente; échec du principe de réalité; perte d'espoir et haine de l'objet; échec de la capacité d'ambivalence; destruction de la pureté de l'expérience de l'individu (1965b, p. 146-147). Plus l'enfant (ou l'adulte) aura progressé dans son développement psychique et dans sa capacité à intégrer différents affects, plus il sera en mesure d'être « heurté » et de « souffrir » - c'est-à-dire de faire l'expérience du trauma et de se l'approprier plutôt que de le subir, comme un corps étranger, sans pouvoir le vivre. L'organisation du psychisme au moment du trauma peut ainsi aussi être considérée comme une forme de préparation à des événements traumatiques (Roussillon, 2002; Winnicott, 1965a, 1965b, 1974).

Par ailleurs, Winnicott suggère que l'expérience traumatique est inévitable et source de développement, à condition que le trauma ne soit pas excessif et que l'environnement soutienne son intégration dans l'expérience psychique. Un processus de désillusionnement progressif est nécessaire et implique des micro-traumas que la mère fait vivre à l'enfant, dans la mesure des capacités de celui-ci à intégrer une vision « désidéalisée » et ambivalente de l'objet primaire. Ainsi, le trauma n'est pas en lui-même néfaste, mais fait partie du développement normal permettant l'intégration d'expériences plus vastes - s'il ne submerge pas le sujet et son environnement.

[T]here is a normal aspect of trauma. The mother is always "traumatising" within a framework of adaptation. In this way, the infant passed from absolute dependence to a relative dependence. But the result is not that of trauma, because of the mother's ability to sense the baby's capacity, moment by moment, to employ new mental mechanisms. (...) The more the child achieves integration the more severely the child can be hurt by being traumatised; hurt, or made to suffer, as opposed to being prevented from achieving integration". (1965b, p. 146-147)

Comme la capacité d'intégrer se développe chez le sujet en plusieurs étapes menant vers l'indépendance, il est crucial pour Winnicott d'inscrire la compréhension du trauma dans

une perspective historique et développementale d'un sujet. Winnicott poursuit ainsi le travail de Freud tout en proposant des pistes novatrices. L'étude des nourrissons et des enfants a sensibilisé Winnicott aux processus primaires dans l'expérience du trauma, un élément abordé mais peu développé par Freud. Si les traumatismes infantiles se distinguent des expériences traumatiques en contexte de catastrophe, les travaux de Winnicott ouvrent la voie à une perspective qui considère le rôle crucial de l'environnement ainsi que des possibilités de développement psychique par l'intégration de la souffrance dans la rencontre avec le monde.

2.2.2.3 Roussillon : Cliniques de l'extrêmes et survivance psychique

Sur les traces de Winnicott, René Roussillon (2002, 2005, 2007) développe une réflexion sur certaines dimensions intersubjectives et collectives de l'expérience traumatique. Psychologue et psychanalyste, Roussillon a travaillé pendant 20 ans en clinique de précarité et de vulnérabilité, à l'hôpital de jour des Minguettes, en contexte pluriethnique (Dérivois, 2013). Nourri par ses prédécesseurs ainsi que par sa pratique, ce clinicien a développé sa pensée autour des concepts de situation extrême de la subjectivité et des stratégies de survivance psychique, concepts fort pertinents pour penser le trauma dans le contexte de catastrophe massive. En effet, Roussillon accorde une grande importance à l'intersubjectivité, à la question de l'impuissance et aux stratégies de survivance et de soins. Ses idées présentées ici contribueront à alimenter la réflexion de cette thèse sur le travail des cliniciens à Port-au-Prince.

Situation extrême et conjoncture traumatique

Le concept de « situation extrême », d'abord proposé par Bettelheim suite à son expérience des camps concentrationnaire, a été élargi par Roussillon (2005, 2007) de manière à inclure une variété de situations limites pour le sujet, incluant l'expérience

des amputés au Sierra Leone, le sort des sujets en grande précarité, la souffrance des personnes âgées en fin de vie, la vie en milieu carcéral, etc. Roussillon (2005) définit les conditions extrêmes de la subjectivité comme ces « situations dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir “sujet”, de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d’une identité inscrite au sein de l’humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable » (p. 221). Roussillon précise que les causes de ces circonstances traumatogènes peuvent être collectives, politiques ou subjectives, mais que peu importe la « cause » de la situation extrême (elles sont d’ailleurs toujours multiples), la situation affecte un sujet dans son expérience singulière, le touche dans son histoire personnelle. Même si le trauma est collectif, il concerne un sujet singulier et ne peut être élaboré que par celui-ci, en fonction de son vécu particulier des événements (*ibid*, p. 223). La clinique de l’extrême se penche sur ces expériences radicales.

Si la conjoncture traumatique vécue par le sujet a une certaine charge, son intensité - le facteur quantitatif « objectif » de la situation extrême vécue - ne saurait être comprise en absolu, sans tenir compte de la réaction subjective de la personne (Roussillon, 2002). Plusieurs facteurs influencent effectivement l’expérience du trauma³⁵. Roussillon considère comme Winnicott qu’il est important de prendre en compte le développement psychique dans l’étude du trauma, ce qui est en jeu, ou « en crise » dans le développement identitaire de l’individu. Dans le processus de maturation de la psyché, on rencontre selon lui des « crises réorganisatrices », jalons des étapes fondatrices de la construction du sujet, qui vont « mettre au travail » des enjeux particuliers et rendre le sujet plus vulnérable aux traumas associés (Roussillon, 2002).

³⁵ Faute d’espace, nous ne pourrions développer, mais la prise en compte de ces différents facteurs a mené Roussillon à élaborer en détail différents modèles de traumas, selon leur nature : Ponctuel, cumulatif, du « non-advenu » (sur les traces de Winnicott, 1974), de nature sexuelle, ou narcissique, primaire ou secondaire (Roussillon, 2002). Roussillon postule que chaque type de trauma serait susceptible de provoquer une souffrance différente et la mise en place de mécanismes de défenses particuliers.

Ainsi, les traumatismes s'inscrivent toujours dans une histoire personnelle et ne peuvent être compris sans prendre en compte le passé du sujet. Nul n'est à l'abri d'un retour du refoulé ou du non-élaboré, si les traumatismes n'ont pas été jugulés. La capacité des traumatismes de raviver d'anciennes blessures explique entre autres la singularité des réactions de chaque sujet confronté à des traumatismes qui semblent similaires. Pour Roussillon (2002) : « tout traumatisme, dans la mesure même où il sidère le système secondaire et la temporalité qui le spécifie, ramène les traces des traumatismes antérieurs, réactive celles-ci, les réactualisent. » (p. 31). Il ajoute :

C'est aussi du fait de cette complexité des états traumatiques que la réaction et les capacités de rebond, ou de résilience, au traumatisme actuel seront spécifiques pour chaque sujet : elles dépendront étroitement de l'histoire traumatique antérieure et des défenses mises en place pour tenter de juguler ceux-ci, à l'époque ou après-coup. Inversement, les traumatismes antérieurs insuffisamment élaborés rendent potentiellement traumatiques les situations actuelles qui peuvent s'y associer, celles-ci "appellent" en quelque sorte le réveil des traumatismes antérieurs ainsi réactivés. (2002, p. 31)

Ces éléments sont d'autant plus importants à considérer en contexte post-catastrophe, où les traumatismes sont multiples, et parfois continus. Ces réflexions font écho aux travaux de Masud Khan (1963) sur le *trauma cumulatif*, qui permet de comprendre en quoi la charge économique du trauma peut accabler progressivement le sujet, quand celui-ci fait face de façon répétées à des carences ou événements difficiles. Ce concept permet de penser en quoi l'adversité *continue* expérimentée par exemple par certains citoyens à Port-au-Prince peut les fragiliser, comme le suggère l'anthropologue James (2010) dans son travail sur l'insécurité chronique.

Impuissance et déshumanisation

Pour Roussillon (2005), certaines composantes essentielles de la vie, avec lesquelles nous devons composer et nous construire, concernent des vécus difficiles : « Détresse et impuissance sont nécessaires à notre développement psychique, leur reconnaissance

en est même le prérequis. » (p. 223) Toutefois, les situations extrêmes mènent à des formes radicales de ces expériences et font basculer le sujet dans des vécus de déshumanisation. Quand la souffrance psychique est extrême, on parle également de « douleur aiguë » (Bion), d'horreur ou d'effroi (Freud), ou encore d'agonie (Winnicott). Le sujet peut alors se cliver - « se couper de soi pour survivre (...) se retirer de soi, de l'affectation de soi, se "tuer" pour survivre » (Roussillon 2005, p. 226). Roussillon (2005) accorde, sur les pas de Winnicott (1965b), une importance particulière au désespoir qu'il décrit comme menant à une impasse subjective, une perte de logique de choix et du principe du plaisir.

S'installe alors petit à petit un état de désespoir absolu, de perte de toute forme d'espoir lié à la rupture du « contrat narcissique » (P. Aulagnier) qui relie de manière implicite le sujet au reste de l'humanité, qui « l'inscrit » dans l'humaine condition. (...) La « mort » de l'humanité ne produit pas seulement une perte de dignité humaine, comme cela est souvent relevé, même si elle s'inscrit dans la même ligne des atteintes narcissiques, au-delà de la honte, elle produit une forme de déréliction qui boute le sujet qui y est confronté hors de l'humaine condition. Il est alors pris dans un sentiment de solitude inexorable, jeté hors de la communauté humaine, hors de l'ordre symbolique qui l'organise et la fonde. (...) La situation extrême produit ainsi une espèce « d'état d'exception » paradoxal, elle jette le sujet « hors la loi » de l'humaine condition. (Roussillon, 2005, p. 224-225)

Selon Roussillon (2005), l'expérience traumatique comporte ainsi une dimension déshumanisante, reliée à l'impuissance, et infligeant une blessure narcissique au survivant. Pour ce psychanalyste, le traumatisme procède d'une logique de violence et de contrainte, que la compulsion de répétition perpétue, soutirant au sujet son pouvoir face à une expérience traumatique qui revient le hanter et qui résisterait à l'élaboration.

De la solitude radicale à l'élaboration d'un sens partagé

L'expérience traumatique serait en effet d'autant plus troublante, d'après Roussillon (2005) que les capacités d'élaboration et d'appropriation subjective seraient justement

mises à mal: « l'une des caractéristiques fondamentales des situations extrêmes, l'une de celles qui produisent l'impact traumatique le plus important, est le fait qu'elles sont *irreprésentables*, voire insignifiants » (p. 224, mes italiques). Ainsi, la souffrance de la personne traumatisée est multiple. En plus d'avoir été soumis à la violence d'un événement traumatique, l'expérience de souffrance qui ne peut être articulée, intégrée, partagée, peut mener le sujet à se vivre comme inscrit hors de la collectivité humaine. La solitude extrême de l'expérience traumatique, incompréhensible, indicible, ajouterait ainsi à la douleur.

À cet effet, la réception des récits et le regard de l'autre face à l'expérience du sujet joue un rôle essentiel. Sur les pas de Ferenczi (1949), Roussillon (2002) suggère qu'une écoute qui nie le trauma ou qui victimise le sujet peut être plus nocive que le trauma lui-même, provoquant un sentiment de honte et de culpabilité, une seconde exclusion de l'humanité qui entrave l'élaboration psychique (2002, p. 11). En revanche, l'accueil des récits et le soutien aux capacités de liaison et d'appropriation subjective jouent un rôle essentiel dans la survivance psychique aux événements traumatogènes. On note donc, parmi les facteurs protecteurs, les stratégies ou mécanismes de défense que le moi met en place pour faire face au trauma et à ses conséquences psychiques (Roussillon, 2005) ainsi que les capacités d'élaboration qui peuvent notamment se déployer dans l'espace intersubjectif, collectif ou clinique – exploré dans les prochaines pages.

2.2.3 La clinique du trauma et le soignant

À partir des théories psychanalytiques précédemment résumées, cette section esquisse quelques repères sur la clinique du trauma et sur l'expérience soignante. Si pour Freud, le traitement du trauma se fonde initialement sur un processus d'abréaction et de perlaboration des expériences traumatiques (Laplanche et Pontalis, 2009, p. 2), plusieurs approches contemporaines explorent plutôt l'importance de la contenance

(Winnicott, 1960), de la validation (Boulanger, 2013, p. 40; Ferenczi, 1949; Levy, 2004), des processus d'élaboration et de symbolisation (Roussillon, 2002, 2005) ainsi que les enjeux transféro-contre-transférentiels (El Husseini *et al.*, 2016; Lachal, 2007), incluant les phénomènes de transmission (Dalenberg, 2000; Rousseau et Foxen, 2010; Wilson, 2004), présentés plus bas.

2.2.3.1 Situations extrêmes, survivance et adaptation « sur mesure » au sujet

Face au trauma et aux situations extrêmes, les sujets mettent en place des stratégies de survivance ou stratégies « d'auto-cure » décrites par Khan (1971) - des mécanismes de survie parfois couteux, choisis par le survivant pour des raisons spécifiques liées à son histoire. Ces « solutions » du sujet ont été nécessaires à sa survie, mais se fondent toujours sur une amputation, un clivage, le sacrifice de l'un ou l'autre des processus psychiques - sacrifice de la pulsion, de l'affectivité, de la temporalité (Roussillon, 2007, p. 220). Face à ces compromis, Roussillon (2005) souligne l'importance d'une « acceptation profonde » du sujet par le soignant, de manière à ce que l'aide offerte ne bouscule pas l'équilibre établi, et ne mène pas à une « soumission passive », une « nouvelle forme d'aliénation ». Le clinicien doit apprendre du patient, seul à savoir ce dont il a besoin (p. 231).

Ainsi, Roussillon (2005, 2007) suggère que la clinique de la survivance soit pensée réellement « sur mesure », afin que quelque chose de l'expérience de désubjection et d'aliénation puisse être transformé. Les dispositifs cliniques devraient ainsi parfois être « bricolés », sortir du cadre - aller dans les cuisines, les camps de réfugiés, les écoles - pour aller au-devant et partager la situation extrême. La posture du clinicien est donc conçue comme malléable, de proche en proche. Pour Roussillon (2005), « c'est dans une position en « côte à côte » que le clinicien devra d'abord commencer à se situer, en adossement psychique, ou encore « épauler contre épauler », à partager ensemble la même difficulté, voir la même détresse ou le même désespoir. » (p. 234).

2.2.3.2 Le rôle du holding³⁶

À partir de sa compréhension de l'environnement maternel primaire et du rôle de portage physique et psychique du nourrisson par la mère (Winnicott, 1960), Winnicott (1954b, 1963) développe le concept du « holding » en clinique comme impliquant la création d'un environnement sécuritaire, adapté aux besoins du moi du patient, dans lequel ce dernier puisse exister sans empiètement, et (re)vivre ce qui le traverse, incluant les expériences traumatiques passées, tout en facilitant de l'intégration et de l'appropriation subjective de ces expériences (voir aussi Roussillon, 2002). Le clinicien qui travaille avec des individus ayant vécu des traumatismes est ainsi appelé à fournir un soutien à l'élaboration au patient, lorsqu'il fait face à une quantité d'affect qui dépasse sa capacité de liaison (Brunet, 2005; Winnicott, 1974). Pour Brunet (2005) et Modell (1976), les fonctions contenantes du clinicien impliquent aussi un rôle pare-excitation liée au « holding », dans la mesure où la quantité pulsionnelle ne doit pas dépasser les capacités du sujet pour que celui-ci puisse s'approprier son expérience (2005). Le travail d'interprétation (non savant) et de restitution du vécu constitue une partie du travail de contenance (Khan, 1986; Winnicott, 1963). Winnicott suggère même que l'interprétation est au patient adulte ce que le « holding maternel » représente pour le nourrisson. Par ailleurs, cette fonction contenante ne pourrait être remplie par le clinicien qu'à condition qu'il « survive » psychiquement à la destructivité de la répétition traumatique, à l'excès pulsionnel, de manière à pouvoir contenir les affects « non-intégrés » et les restituer au patient, sans représailles. En effet, comme l'insécurité vécue par les survivants se manifeste dans la relation clinique (Lachal, 2006, p.49), l'établissement d'un sentiment de sécurité dans la rencontre constitue un élément central de l'espace « suffisamment bon ».

³⁶ Winnicott reconnaissait à Clare Britton Winnicott, sa conjointe travailleuse sociale, d'avoir été la première à introduire le terme de « holding » en discutant de son importance dans l'accompagnement des enfants (C. Winnicott 1955 cité dans Winnicott 1965a:55), mais c'est au pédiatre qu'on doit le développement détaillé de ce concept, tant au niveau des soins maternels primaires que de la pratique clinique.

2.2.3.3 Contenant, conteneurs et méta-conteneurs

Dans la lignée des travaux de Winnicott, Kaës (2007, 2012) distingue de façon peut-être plus explicite les deux fonctions contenantantes et symbolisantes que le pédiatre britannique attribue à l'environnement suffisamment bon de la mère ou du thérapeute. Kaës soutient que, bien que la fonction contenantante soit essentielle, elle ne peut à elle seule garantir le travail d'élaboration des pulsions, des affects et des conflits qui ébranlent le sujet. Cette fonction non-active offre simplement un lieu de dépôt, condition préalable au travail de transformation : « Ce temps et cet espace premiers de la contenance hébergeante sont indispensables : ils recueillent et accueillent ce qui n'a pas trouvé de lieu. Mais il est indispensable que soit instauré un dispositif qui soutiendra le travail de symbolisation. » (Kaës, 2012, p. 643). Le psychanalyste propose donc le concept de conteneur pour aborder les fonctions essentielles dans le travail psychique de transformation – fonctions qui se mettent en œuvre à la fois dans l'espace intrapsychique du thérapeute et dans l'espace intersubjectif de la rencontre³⁷.

Roussillon (2002) pour sa part décline ce travail de symbolisation et d'appropriation subjective de la souffrance – qui fait écho au travail de liaison chez Freud – à travers les fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique. Ces dernières sont concernées, respectivement par : 1) le travail de *holding* et de l'accueil du sujet; 2) la mise en signe, soit la reconnaissance de la souffrance et du fait que derrière certains « signes morts » s'amorce le début du récit de l'inénarrable; 3) la mise en sens, ou la contextualisation, la représentation et l'historisation de ce qui fut traumatique, notamment par la symbolisation verbale (Roussillon, 2002).

Par ailleurs, pour Kaës (2012), le clinicien est lui aussi toujours tributaire d'un ou de plusieurs méta-conteneurs – son groupe, son institution, sa culture, en d'autres mots : les cadres du cadre. Ces systèmes permettent avec plus ou moins de succès au

³⁷ Comme le souligne Ciccone (2013), Didier Anzieu a repris cette distinction dans certaines de ses publications.

conteneur d'exister et de déployer ses possibilités. Compte tenu de la difficulté de métaboliser les vécus traumatiques pour les sujets et les cliniciens – des vécus qui par leur nature risquent de déborder les capacités de liaisons des uns et des autres, on suppose que les cliniciens peuvent eux-aussi bénéficier des capacités de contenance et de transformation des méta-conteneurs, qu'ils se présentent dans les espaces de supervision, groupes de travail ou d'autres espaces institutionnels. Les « méta-conteneurs » offrent toutefois un soutien inégal à l'élaboration psychique pour les cliniciens, tant par leur capacité de recevoir leur vécu que par leur capacité à donner sens à la souffrance psychique; certaines approches et institutions échouent ainsi parfois à soutenir l'élaboration de la souffrance :

Lorsqu'une société développe des modèles de représentation du fonctionnement psychique fondés sur la seule prise en considération des comportements et/ou des structures neurologiques, lorsqu'elle impose des pratiques et des institutions correspondantes, elle élimine toute fonction conteneur dans le même mouvement qu'elle discrédite toute approche de la réalité psychique du sujet ou des sujets formant un ensemble. (Kaës, 2012, p. 645)

Les anthropologues se sont également intéressés aux façons dont les repères culturels peuvent structurer l'élaboration de l'expérience, notamment à travers le travail de la culture, des processus parfois mis à mal en contexte de traumatismes massifs sur lesquels je m'attarderai au chapitre IV.

2.2.3.4 Transfert, contre-transferts et transmissions dans la clinique du trauma

Si l'on approfondit le processus de symbolisation du trauma, il convient d'aborder plus en détail les enjeux transféro-contre-transférentiels et les transmissions qui sous-tendent la clinique. L'attention à ces processus, au cœur de l'approche psychodynamique, revêt une importance particulière dans la clinique du trauma. En effet, les questions de transmission ou de « contagion » du vécu traumatique entre patient et clinicien sont fréquemment abordées. Qu'on parle de transfert et contre-transfert face au trauma

(Dalenberg, 2000), de trauma transmis (Rousseau et Fox, 2010), de partage du traumatisme (Boulanger, 2013a, 2013b, 2018; Lachal, 2007), ou de partage d'affect (Parat, 2013), plusieurs se sont interrogés sur l'impact de ces mouvements psychiques et sur leur possibles devenir dans la rencontre et chez le clinicien.

Il convient de préciser qu'on aborde ici le contre-transfert dans sa définition la plus large, soit comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement du transfert de celui-ci » (Laplanche et Pontalis, 2009, p. 103)³⁸. Les réactions contre-transférentielles face au trauma peuvent inclure des réactions physiologiques (augmentation du rythme cardiaque, agitation, vigilance), affectives (impuissance, gêne, angoisse, honte ou culpabilité, ambivalence entre horreur et fascination), cognitives (difficultés de concentration, oublis), ainsi que divers mécanismes de défenses (Cavanagh *et al*, 2017; Lachal, 2006). Face au trauma, on pense notamment au détachement et à la dépersonnalisation, au clivage et à l'évitement, à l'intellectualisation, au surinvestissement (Adams et Riggs, 2008, Dalenberg, 2010) - des mécanismes pouvant nuire à la rencontre de manière variable, particulièrement s'ils sont adoptés de manière rigide (Rousseau et Foxen, 2010). Le contre-transfert implique également des mouvements d'identification primaires ou complémentaires aux survivants (identification à la victime ou à l'agresseur par exemple).

Le contre-transfert dans la clinique du trauma est intimement lié aux enjeux de *transmission*. En effet, les transmissions traumatiques peuvent être considérées comme des éléments du contre-transfert, caractérisés par leur dimension non-métabolisées, non-symbolisées, ce qui en expliquerait en partie l'intensité (Boulanger 2013; Lachal, 2006, 2007). Tel que décrit précédemment, travailler auprès de survivants peut mener à la reviviscence du vécu traumatique et à circulation d'affects non-métabolisés, à travers l'excès ou le négatif, empruntant les chemins de la parole, des silences, ou des registres

³⁸ Dans sa définition classique, plus étroite, le contre-transfert désigne les processus inconscients que le transfert du patient induit chez l'analyste (Laplanche & Pontalis, 2009).

infraverbaux (Lachal, 2007). Pour Christian Lachal (2006, 2007), psychiatre et psychanalyste consultant chez Médecin sans Frontières, un paradoxe du trauma tient justement dans la possibilité que le trauma se transmette, tout en étant irreprésentable. Roussillon (2004) observe également que le partage de l'expérience traumatique implique la transmission non seulement d'affects douloureux mais aussi d'expériences de désymbolisation, de quelque chose d'irreprésentable. On comprend ainsi que la transmission découle en quelque sorte des limites inhérentes du langage face à l'expérience radicale de l'événement traumatique³⁹.

Lachal (2006, 2007) identifie également les scénarii émergents comme élément contre-transférentiel important dans la clinique du trauma. Ces éléments du contre-transfert se développent à partir des réponses spontanées qui apparaissent dans l'imagination du clinicien à l'écoute du récit traumatique d'un sujet. Progressivement, une représentation mentale se forme, permettant au professionnel d'accéder à une compréhension de l'expérience de l'autre, à partir de ce qui a pu être transmis dans le rapport empathique. On peut s'interroger sur les façons dont la dimension collective d'une catastrophe peut affecter l'émergence de ces scénarii chez les cliniciens, mais également chez les soignés.

Concernant ces diverses facettes du contretransfert, sa nature et son utilité, les postures théoriques sont très variées en psychodynamique. Sans faire ici l'histoire de ce vaste concept, on rappelle que le contre-transfert a initialement été perçu comme un problème à maîtriser, une source d'erreurs. En effet, la première apparition du terme émerge dans une lettre de Freud à Jung, qui lui avait avoué par missive avoir eu une relation sexuelle avec sa patiente, Sabina Spielrein. Très tolérant envers son étudiant, Freud met ses écarts sur le compte de la séduction féminine, décrivant de telles expériences - auxquelles il aurait lui-même échappé de justesse - comme « douloureuses » mais « nécessaires et difficiles à éviter ». Ces expériences, ajoute-il dans sa réponse, « nous aident à

³⁹ L'exploration des transmissions intergénérationnelles serait également intéressante mais concerne des événements antérieurs et dépasse le cadre de cette thèse.

développer la peau épaisse dont nous avons besoin pour dominer “le contre-transfert”, lequel constitue, après tout, un problème permanent pour nous »⁴⁰. Dans une perspective similaire, les lacaniens considéreraient encore le contre-transfert comme un « obstacle épistémologique », et l’attention à ses manifestations comme « suspecte » (Denis, 2010, p2). Toutefois, les travaux de Winnicott (1949) et Racker (1953) sur la haine, de Paula Heimann (1951) et Margaret Little (1987) sur le contre-transfert comme instrument d’investigation ont largement contribué à la reconnaissance et à l’utilisation de ces dynamiques dans le travail clinique. Progressivement, on reconnaît ainsi le caractère inéluctable du contre-transfert, puis la possibilité qu’il nourrisse la compréhension clinique⁴¹. Les travaux de Devereux (1980) participeront également à la reconnaissance des processus contre-transférentiels dans d’autres domaines, comme dans la recherche en sciences sociales.

Dans la clinique contemporaine du trauma, des débats similaires sur la portée herméneutique ou toxique du contre-transfert traversent le champ psychanalytique. Tel que discuté dans l’introduction, des études ont documenté les façons dont le travail auprès de survivants d’événements traumatiques peut fragiliser et mener à une altération profonde des cliniciens, liés à leurs réactions contre-transférentielles, et les fragilisant. Pour certains, les phénomènes de transmission dans la clinique supposent pour le clinicien d’être habité par l’excès traumatique, menant parfois au vacillement des frontières du moi (Boulanger, 2018) – une expérience qui peut déstabiliser, voir submerger les capacités de métabolisation du clinicien. Selon Lachal (2007), le contre-transfert face au trauma constitue un outil de connaissance, permettant un « apprentissage par transmission » pour le clinicien (p. 41). Pour sa part, Dalenberg (2000) suggèrent que d’ignorer le contre-transfert inévitable avec des survivants de traumatismes peut être très dommageable pour les protagonistes, alors que son

⁴⁰ Cité dans Denis (2010, p. 3). D’autres comme Ferenczi et Rank considéreront que ce sont les caractéristiques du clinicien, dont ses fragilités narcissiques, qui mènent aux contre-transferts les plus problématiques (Denis, 2006, p.336).

⁴¹ Voir notamment les travaux de Denis (2006, 2010) pour une histoire détaillée du contre-transfert.

inclusion dans le processus thérapeutique peut contribuer à améliorer la compréhension et les changements positifs dans la dyade.

Certes, plusieurs dont Roussillon (2004) concèdent que la transmission implique des risques. Toutefois, dans ce retour du trauma réactualisé par le transfert, la rencontre ouvre selon lui une « potentialité » dont le devenir dépendra de la capacité du clinicien à donner sens à ce qui (re)vient hanter la rencontre, menant possiblement à une impasse et une répétition traumatique ou à une élaboration et une transformation du vécu. Le patient pourrait dès lors expérimenter dans la relation clinique un « transfert transformateur » (Roussillon, 2004). En bref, malgré les difficultés liées aux mouvements contre-transférentiels et aux transmissions, plusieurs soulignent les dimensions informatives du contre-transfert dans la clinique (incluant la haine) ainsi que son utilisation thérapeutique potentielle, à condition que les réactions du clinicien soient analysées (Dalenberg, 2000; Winnicott, 1960).

2.2.3.5 Mutualité et réciprocité – Vers une problématisation de la double expérience des soignants/survivants

La transmission ouvre la voie à la question de l'intersubjectivité et du partage d'affects entre soignants et soignés. Les approches intersubjectives de la psychothérapie, incluant certaines approches psychodynamiques (Dalenberg, 2000, 2014), ont souligné comment une considération de la réciprocité permet une meilleure compréhension de la dynamique qui sous-tend la rencontre psychothérapeutique, particulièrement important dans la clinique du trauma (Rasmussen, 2005).

Pour sa part, Parat (2013) suggère que les affects qui sont partagés en clinique font appel à des émotions plus profondes et inconscientes, infraverbales et plus difficiles à nommer que celles qui sont classiquement mises en jeu dans le transfert et le contre-transfert (p. 170). Ce partage d'affects, incluant la souffrance, offre un levier clinique, puisque même

s'il demeure toujours partiel, ce partage donne une texture à la compréhension du clinicien, un poids et une valeur mutative à ses interventions (p. 179). Roussillon (2005) de son côté soutient qu'en situations extrêmes particulièrement, le partage d'affect est essentiel bien que toujours partiel, limité et imparfait, et même s'il n'est pas toujours possible pour le clinicien de soutenir le sujet dans la transformation de l'expérience traumatique (p. 234). Selon lui, ce partage imparfait constituerait parfois le seul réconfort qui pourrait être offert aux sujets en souffrance. Toutefois, Parat (2013) rappelle que certains sujets sont également animés d'un désir de réserve face à certains pans de leur expérience profonde, incommunicable (p177), à respecter, faisant échos au désir de « rester caché », évoqué par Lachal (2006), que peuvent manifester certains survivants dans les échanges cliniques. Le partage pourrait ainsi demeurer partiel en raison de l'incommunicabilité de certaines expériences ainsi que du désir d'en préserver le secret.

De manière plus radicale, Rousseau et Foxen (2010) s'interrogent sur les limites des approches psychologiques dominantes sur le trauma vicariant, et ce à partir de leurs travaux sur les audiences déterminant le statut de réfugiés et sur leur expérience clinique. Elles questionnent notamment l'écart entre les travaux sur la transmission traumatique et sur l'empathie, qui s'entrecroisent rarement. D'une part, les chercheuses suggèrent que l'approche philosophique de l'empathie permet de penser aux façons dont la compassion pour l'Autre peut éliciter un sentiment et une action morale. Ces travaux font écho à une certaine littérature médicale et psychanalytique sur la relation soignant-soigné explorant l'empathie comme condition permettant la compréhension clinique, notamment par la co-expérience émotionnelle (Kohut, 1959) et par la capacité de partager tout en distinguant son expérience de celle de l'autre (Halpern, 2001). D'autre part, Rousseau et Foxen (2010) contrastent ces approches avec les études sur le trauma vicariant ou la transmission traumatique, qui se penchent principalement sur leurs dimensions psychopathologiques, leurs effets délétères sur le clinicien et sur la relation. Or, si l'on considère réellement la transmission traumatique dans une perspective intersubjective et réciproque, ces chercheuses soutiennent que les

approches dominantes en psychologie sont caractérisées par deux tâches aveugles, soit une compréhension unilatérale du « don » de la bienveillance du thérapeute, et de la transmission toxique du survivant. En d'autres mots, en construisant la transmission du récit de survivants comme uniquement ou principalement délétère pour le clinicien, on éclipse le don d'une histoire éclairant notre humanité partagée, avec ce qu'elle comporte de douleur et d'espoir. En effet, les approches dominantes construisent souvent le thérapeute comme offrant une écoute et des soins entièrement bienveillants, ignorant les blessures potentielles que ce dernier pourrait infliger au soigné (Rousseau, 2007; Rousseau et Foxen, 2010). Notamment, certains mouvements contre-transférentiels liés à la détresse de celui qui l'écoute peuvent mener à des formes de représailles, dont l'invalidation du récit, la culpabilisation de la victime, voire son rejet. Ces chercheuses invitent ainsi à repenser la rencontre avec les survivants d'événements traumatiques à partir d'une réciprocité véritable, d'empathie et de compassion, supposant une reconnaissance des inégalités, un effort pour rencontrer l'autre d'égal à égal, notamment en reconnaissant la mutualité du don et en faisant le deuil d'une posture entièrement bienveillante (Rousseau et Foxen, 2010, p.88-90).

Dans le travail en contexte post-catastrophe, où une certaine expérience concrète est partagée, il semble d'autant plus important d'examiner les multiples transmissions et les partages qui traversent la clinique⁴². En effet, on peut notamment s'interroger sur cette dichotomie entre les transmissions bienveillantes ou délétères attribuées au soignant et au soigné, respectivement, si tous ont vécu des événements traumatiques. Par exemple, compte tenu de la catastrophe collective et d'une proximité possible de l'expérience, comment les scénarii émergents se construisent-ils et circulent-ils dans la rencontre entre soignant et soigné? Le partage d'une expérience comme celle du

⁴² En ce qui concerne cette thèse sur le travail des cliniciens à Port-au-Prince, j'utiliserai, plutôt que le terme « trauma partagé », l'expression « contexte de trauma partagé ». Ce terme me semble plus approprié puisqu'il évoque une dimension intersubjective sans présumer des expériences précises qui sont partagées entre les cliniciens et ceux qu'ils accompagnent. L'ampleur historique du séisme permet toutefois de parler d'un contexte de trauma partagé, dans la mesure où, dans de telles catastrophes, tous les habitants sont touchés de près ou de loin (Bonanno et al., 2010).

tremblement de terre modifie-t-il les paramètres de la rencontre clinique? À la lumière des dernières pages, on peut s'interroger sur les façons dont ce partage peut simultanément étayer une compréhension mutuelle, par moment brouiller les frontières, et potentiellement constituer une source non seulement de répétition mais également de transformation féconde dans la rencontre entre soignants et soignés.

2.2.4 Apports et appels des approches psychodynamiques

La première section de ce chapitre a permis de situer et de présenter les repères psychanalytiques retenus pour problématiser l'expérience des cliniciens, à la fois survivants et soignants, dans le contexte post-séisme de Port-au-Prince. Il a notamment été question des mécanismes de répétition, d'excès et de déliaison, des dimensions subjectives du trauma, des enjeux de contenance et de symbolisation, de l'importance de l'environnement, ainsi que de l'impact potentiel des multiples transmissions. Puisque les approches psychodynamiques portent une écoute attentive à l'expérience inconsciente et subjective, la prise en compte de l'autre dans son altérité est déjà à l'œuvre. De plus, ces perspectives apparaissent propices à la considération des multiples significations d'un signe ou d'une souffrance, et sa tolérance à l'ambiguïté et à l'incertitude est particulièrement fertile en contexte transculturel (Rousseau, 2002).

Toutefois, les approches psychanalytiques se penchent principalement sur les processus intrapsychiques et intersubjectifs mais peu sur les dimensions collectives et sociales, éludant notamment le caractère qualitativement différent du trauma de masse (Bettelheim, 1943; Suarez-Orozco et Robben, 2000). Par ailleurs, tel que discuté, ces compréhensions de la souffrance humaine et des façons de la soulager tirent leurs racines de traditions épistémologiques européenne et nord-américaine, tout comme la psychiatrie occidentale, dont la pertinence dans d'autres contextes culturels suscite des interrogations. Ainsi, il a semblé important de pouvoir explorer les dimensions collectives et contextuelles sous-jacentes au sujet de cette thèse - incluant les enjeux

transculturels et politiques inhérents à toute situation humanitaire. Afin d'en saisir les implications, les horizons théoriques dont je m'étais dotée ont ainsi été élargis. La prochaine section du chapitre présente donc quelques repères issus principalement de la psychiatrie transculturelle et de l'anthropologie, afin d'enrichir la perspective psychodynamique de cette thèse.

2.3 Perspectives socio-écologique, transculturelles et politiques

Comme Drozdek (2007) le souligne, « le traumatisme ne se produit pas dans le vide ou seulement dans la tête ou le cerveau d'une victime » (p. 11) – il frappe un être social, inscrit dans un monde partagé, où la personne et son entourage font face et donnent sens (ou non) aux événements par le biais des ressources dont ils disposent. Dans le modèle écologique classique développé en psychologie communautaire par Bronfenbrenner (1977), on conçoit que le développement humain s'inscrit dans de multiples systèmes imbriqués et reliés. Selon cette perspective, l'impact des catastrophes collectives, sur les individus, incluant la détresse post-traumatique, ainsi que le processus de reconstruction ne peuvent être analysés sans tenir compte des différents systèmes auxquels les personnes appartiennent – famille, quartiers, groupes d'appartenances, institutions, société, etc. (Hobfoll et Watson, 2007; Miller et Rasmussen, 2017). Dès lors, la capacité de faire face à l'adversité constitue une qualité de l'environnement plus que d'un sujet isolé (Hobfoll *et al.*, 2016; Southwick *et al.*, 2014 ; Ungar, 2003, 2013). Ce type de « pensée contextuelle » permet d'élargir la compréhension de la souffrance traumatique et des dynamiques qui favorisent le rétablissement des survivants, de leurs familles et de leurs communautés, ainsi que des enjeux rencontrés par les cliniciens. Si l'approche écologique ou socio-écologique développée en psychologie communautaire permet de situer l'expérience des sujets au sein des multiples systèmes qu'ils habitent, les sciences sociales interrogent également les phénomènes sociaux, culturels et politiques qui les traversent.

Pour comprendre l'expérience des professionnels dans le contexte post-catastrophe de Port-au-Prince, il m'a progressivement semblé incontournable de penser non seulement les enjeux psychiques et intersubjectifs mais également transculturels et politiques qui caractérisent leur expérience professionnelle. Une approche pluridisciplinaire semble d'autant plus importante vue l'impact collectif de la catastrophe et la complexité des systèmes locaux et internationaux affectant le travail des cliniciens. Les prochaines pages puisent donc notamment dans la psychiatrie transculturelle, ainsi que dans divers courants de l'anthropologie médicale et de la sociologie pour problématiser les façons dont ces dimensions ont pu affecter le travail des cliniciens de Port-au-Prince.

2.3.1 Trauma et transculturalité

La psychiatrie transculturelle ainsi que l'anthropologie culturelle et médicale, tout en s'influçant mutuellement, se sont intéressées de manières distinctes aux façons dont les répertoires culturels peuvent affecter l'expérience de la souffrance et de la recherche d'aide. Sans résumer l'ensemble de cette riche littérature évoquée en introduction, j'aborde ici quelques notions clés fertiles pour cette thèse. Pour mieux comprendre l'impact des phénomènes culturels sur l'expérience traumatique et sur le travail de relance, cette section propose une définition de la « culture » avant d'aborder l'apport des travaux sur la conception de la personne en lien avec le traumatisme, puis les travaux en anthropologie interprétative et en psychiatrie transculturelle sur les systèmes de signes, de sens et d'action liés à la détresse traumatique. En conclusion de la section, les limites de ces concepts et l'apport des perspectives politiques pour la présente thèse sont présentés.

2.3.1.1 Définition de la « culture »

D'abord, il convient de présenter et de problématiser le concept de culture. En puisant dans les travaux de différents chercheurs en sciences sociales, on peut définir la « culture » ou les répertoires culturels comme des systèmes de sens et de pratiques hétérogènes, dynamiques, fluides, traversés de relations de pouvoir (Holland *et al.*, 1998; Kirmayer *et al.*, 2003), dans lesquels les sujets, comme des « bricoleurs », puisent pour donner sens à leur monde et à leur expérience (Levi-Strauss, 1962; Obeyesekere, 1985). Certains suggèrent que les cultures façonnent toutes les dimensions de la vie intérieure et du fonctionnement humain (Shweder et Bourne, 2003), tant conscientes qu'inconscientes (Obeyesekere 1985, 1990).

Afin d'éviter l'essentialisation de la culture comme un tout monolithique et fixe, j'utiliserai plutôt les termes de pratiques, signifiants, ou répertoires culturels - ou encore j'aborderai les enjeux transculturels, dans la mesure où les phénomènes examinés ici concernent souvent la rencontre entre protagonistes aux référents différents - dans la clinique et dans la recherche. En effet, les répertoires culturels des soignés, soignants, chercheurs, ainsi que des institutions et sociétés auxquelles ils sont associés, font partie prenante de ces échanges (Rousseau, 1998). Une approche réflexive et proprement transculturelle, évoquant ce qui traverse la rencontre, est donc également pertinente. Les prochaines pages présentent certains concepts nourrissant les recherches sur les enjeux culturels du trauma et de la recherche d'aide, dans divers contextes dont en Haïti. Tel que discuté à la fin de la section en plus de détail, la prise en compte des phénomènes « culturels » requiert également une prise en compte des dimensions politiques, afin d'éviter de « culturaliser » les enjeux de pouvoir.

2.3.1.2 Conceptions de la personne, santé et souffrance

Si l'on s'intéresse à la souffrance liée aux traumatismes en contexte transculturel, les conceptions de la personne offrent un point de départ intéressant permettant d'interroger par la suite les distinctions entre réactions jugées « normales » ou « pathologiques » par une communauté. Plusieurs recherches se sont penchées sur les façons dont les conceptions de la personne varient considérablement d'une collectivité à l'autre, notamment : les dimensions individualistes ou egocentriques/socio-centriques/cosmocentriques (Kirmayer, 2007; Somasundaram, 2007); la valorisation de la dépendance/indépendance (Spiro, 1993); les étapes du développement normal du sujet (Rousseau, 1998); la construction du soi comme circonscrit et cohérent (Ewing, 1990); ainsi que la porosité des frontières entre soi et l'autre (Boulanger, 2018).

Ainsi, plusieurs ont noté qu'un biais de la conception dominante du trauma en psychologie occidentale concerne la localisation de la souffrance principalement dans le corps ou la psyché du sujet, alors que le trauma, particulièrement lorsqu'il est collectif, peut être éprouvé comme une atteinte au tissu social et à la collectivité (Hoshmand, 2007; Somasundaram, 2007). À titre d'exemple, Somasundaram (2007) rapporte que suite au Tsunami, la souffrance principale ressentie par les Sri Lankais découlait de la rupture des liens sociaux et non des symptômes psychiatriques présentés par les survivants.

Selon certains chercheurs des Caraïbes, les conceptions haïtiennes de la personne et de la santé se distinguent des notions occidentales notamment par l'importance accordée à l'ancrage social, culturel et spirituel des sujets (Farmer, 1992; Pierre *et al.*, 2010; Raphaël, 2010). Selon le psychiatre haïtien Sterlin (2006), la personne serait perçue comme une forme particulière du grand « Tout Cosmique », visant à maintenir une harmonie avec celui-ci. L'individu serait ainsi plus qu'un soma et une psyché, mais constitué de plusieurs parties : le corps, un *gwo bon anj* (littéralement « gros bon ange », qui serait comme un double immatériel du corps) et un *ti bon anj* (« petit bon

ange », inséparable de la personnalité, source de conscience et d'affects) ou *nam* (âme) (Deren, 1983; Métraux, 1958; Sterlin, 2006). La vision « cosmocentrique » de la santé, de la maladie et des soins en Haïti se distinguerait ainsi de la vision « anthropocentrique » et dualiste de l'individu qui prévaut dans les approches dominantes de la psychologie occidentale, bien que l'attrait des recherches en neurosciences mènent également, selon certains, à une vision moniste et matérialiste de l'expérience psychique (Fernandez-Duque, 2017).

Des anthropologues soutiennent par ailleurs que les concepts de continuité et de réciprocité entre les vivants, entre les vivants et les ancêtres, ainsi qu'entre les vivants et le monde spirituel seraient particulièrement prégnants dans les cultures haïtiennes, vodouisantes ou non (Brodwin, 1996; Brown, 1991; Farmer, 1988). Bien que le nombre d'adeptes se réclamant du vodou soit en déclin, notamment en raison de la montée du protestantisme en Haïti comme dans les Caraïbes et en Amérique du Sud, sa force structurante demeure majeure. Ainsi, la crainte des *lwas* (dieux vodous) motiverait nombre de conversions au protestantisme, témoignant de l'importance de leur représentation dans le social, au-delà des confessions. Or, dans la philosophie vodou, plusieurs soulignent l'inscription profondément social de la personne dans le tissu social qui reliant les êtres vivants, esprits et ancêtres; ces rapports d'interdépendance confèreraient d'ailleurs au sujet son identité, sa force et sa protection pour faire face au monde dangereux et incertain (Brown, 1991). Ce système contraste avec l'approche biomédicale qui situe la pathologie dans un corps individuel, et le traite de façon isolée et séparée du monde social (Brodwin, 1996, p. 53). Conséquemment, la santé en Haïti serait conçue comme un état de bien-être et d'harmonie avec l'environnement (naturel, humain et spirituel) alors que la maladie serait comprise comme un état de mal-être qui résulte de la perte d'harmonie avec les différents éléments de l'environnement (Brown, 1991; Sterlin, 2006). Les catastrophes, problèmes de santé ou de santé mentale pourraient ainsi être expliqués par des difficultés spirituelles. À titre d'exemple, l'épidémie du Choléra a été interprétée dans certaines régions d'Haïti comme découlant

d'une malédiction divine, de la magie noire, ou de la malveillance des étrangers - menant certaines communautés rurales au lynchage de vodouisants, *houngans* et *mambos* (prêtres vodous) ainsi qu'à des manifestations violentes contre les cliniques mobiles de la Croix-Rouge haïtienne (Grimaud et Legagneur, 2011). Pour ces acteurs humanitaires, la prise en compte des interprétations spirituelles et politiques s'est avérée cruciale à l'adaptation des interventions.

2.3.1.3 Les systèmes de signes, de sens et d'action

En plus de s'intéresser aux façons dont les conceptions de la personne et de la santé varient, de nombreuses études dans les champs de la psychiatrie transculturelle, de l'ethnopsychiatrie, de l'anthropologie interprétative et médicale se sont également penchées sur différents domaines de l'expérience de la souffrance et des soins. À cet égard, Corin et ses collaborateurs (1992) ont développé des catégories conceptuelles, ou plus petits dénominateurs communs, facilitant les études transculturelles de la souffrance psychique. Ces domaines conceptuels comprennent : les *systèmes de signes* concernant les indices d'une souffrance, ou symptômes jugés inquiétants dans un groupe donné; les *systèmes de sens*, décrivant les modèles explicatifs ou les diagnostiques; et les *systèmes d'action*, correspondant aux stratégies de résistance et traitements mis en place pour faire face aux difficultés. Ce modèle trilogique permet de considérer la spécificité et l'irréductibilité des représentations et des pratiques locales, tout en facilitant la comparaison d'un milieu à l'autre.

En ce qui concerne les *systèmes de signes* et *systèmes de sens* spécifiquement liés à la souffrance traumatique, la psychiatrie transculturelle et l'anthropologie médicale ont notamment questionné l'universalité des symptômes retenus et du diagnostic de l'ESPT, dans la mesure où les répertoires locaux pourraient mieux décrire et expliquer la souffrance post-traumatique telle qu'elle se manifeste en contexte non-occidental (Kirmayer, Kienzler, Afana et Pedersen, 2010,). En effet, des symptômes non reliés à

un diagnostic psychiatrique peuvent être plus saillants et d'autres idiomes de détresse culturellement spécifiques peuvent être plus importants (Jenkins, 1996; Kleinman, 1987; Miller *et al.*, 2009; Nichter, 1981, 2010; Summerfield, 1999; Rousseau, 1998).

Dans une revue de littérature examinant la validité transculturelle de l'ESPT dans le DSM, les collaborateurs de la conception du manuel Hinton et Lewis-Fernandez (2011) reconnaissent une variabilité importante dans la manifestation de la détresse post-traumatique d'un contexte à l'autre - notamment la prépondérance des symptômes somatiques et d'évitement, ainsi que le sens attribué au trauma – mais concluent que ceci ne compromet pas la validité de l'ESPT. En revanche, suite à cette publication, une revue de la littérature *emic*, portant sur différents concepts culturels de détresse (CCD) liés au trauma a mené à des conclusions bien différentes (Rasmussen, Keatly et Joscelyne, 2014). Rasmussen et ses collaborateurs suggèrent que la grande variété de signes de détresse traumatiques dans le monde contredit l'idée que la catégorie nosologie de l'ESPT soit universelle. Leur synthèse révélait que l'évitement est un symptôme beaucoup moins présent qu'anticipé, alors que les symptômes somatiques dysphoriques sont fréquents. À ce propos, au-delà des sur-généralisations qui ont longtemps prévalu, opposant souvent Occidentaux et non-Occidentaux en termes de symptômes somatiques, de récentes études suggèrent que ces derniers seraient corrélés aux symptômes affectifs, variant en fonction de dimensions liées à l'interprétation de la souffrance, à la stigmatisation et aux ressources disponibles (Kirmayer et Ryder, 2016). Par ailleurs, Rasmussen, Keatly et Joscelyne (2014) n'ont pu trouver de différences significatives dans les CCD entre les construits liés au trauma et ceux liés aux stressors chroniques ou aux pertes massives, soutenant la pertinence de la catégorie nosologique du trauma complexe. Finalement, Rousseau et Measham (2007) ont également questionné la pathologisation de la colère dans l'ESPT sous le symptôme d'irritabilité, qui illustre le peu de place accordée au sentiment d'injustice qui peut habiter les survivants.

Dans le contexte haïtien plus précisément, des recherches en psychiatrie transculturelle dans diverses régions ont souligné la multiplicité des symptômes et modèles explicatifs

locaux en ce qui concerne le trauma (Kaiser *et al.*, 2014; Key *et al.*, 2012). Des idiomes de détresse locaux comme le *sezisman* (choc) ont été étudiées (Nicolas, DeSilva, Grey, et Gonzalez-Eastep, 2006), alors que certains chercheurs ont mis en lumière plus spécifiquement les manifestations symptomatiques du trauma lié à la violence dans le Nord d’Haïti (*chagren* /tristesse; *Yo kontinye soufrwil* la reviviscence du passé; *Cho’k nan te’t/* perte de contrôle; *Ke fe mall* souffrance profonde, etc.) (Bolton *et al.*, 2012). Certaines études ont également suggéré que le trouble post-traumatique et la dépression seraient plus souvent somatisés que dans la population générale en Amérique du Nord (Nicolas, 2007, 2015). Toutefois, ces résultats devaient être analysés à la lumière des modèles explicatifs et ressources disponibles selon les régions. Par ailleurs, la pertinence du symptôme d’évitement de l’ESPT dans le contexte post-séisme comme ailleurs suscite des questions, compte tenu du climat d’insécurité et de l’omniprésence des souvenirs traumatiques (James, 2015).

Chez les anthropologues, la conception du diagnostic de l’ESPT comme socialement construit et spécifique à l’Occident est largement acceptée et s’inscrit dans un mouvement critique de l’universalité de la psychiatrie occidentale et de sa globalisation (Good et Hinton, 2015). Les chercheurs soulignent que la négligence des particularités culturelles d’expression et d’explication de la souffrance peut mener à des erreurs de catégorisation importantes (« *category fallacy* ») – soit la confirmation de nos catégories « étrangères » en dépit de la présence d’autres catégories locales plus significatives (Kleinman, 1977; Obeyesekere, 1985). Finalement, on peut s’interroger sur l’utilité des modèles psychiatriques occidentaux centrés sur la détresse individuelle, dans des contextes d’adversité extrême, où la souffrance est aussi économique, sociale et politique.

En dernier lieu, les *systèmes d’action* ou les façons de faire face à la souffrance varient également d’une société à l’autre. En Amérique du Nord, certains cliniciens ont souligné que la psychothérapie en dyade est loin d’être universelle (Drozdek *et al.*,

2007), notamment puisque cette forme de pratique de guérison symbolique par la parole repose sur des conceptions implicites du soi et de la personne (Kirmayer, 2007). En ce qui concerne précisément la détresse post-traumatique, certains experts reconnus dans le traitement de l'ESPT aux États-Unis ont examiné les composantes communes aux modalités de pratiques basées sur les données probantes (CBT, EMDR, thérapies narratives, thérapie éclectique brève); ils ont ainsi identifié la psychoéducation, la régulation des affects, le soutien des mécanismes d'adaptation, l'exposition, la restructuration cognitive et les processus de mémoire comme points communs à ces modèles d'interventions (Schnyder *et al.*, 2015). Toutefois, ces modèles de soins ne sont pas universaux. Selon Rousseau et Measham (2007), ces thérapies occidentales, culturellement spécifiques, s'ancreraient dans des dichotomies qui ne reflètent pas la complexité des processus de remise en mouvement face à la détresse post-traumatique, telles que l'accent sur l'élaboration par la parole plutôt que le silence; la confiance plutôt que la méfiance protectrice; la mémoire plutôt que l'oubli; la quête de sens plutôt que l'acceptation de l'absurdité.

Les recherches menées en Haïti suggèrent que le pluralisme médical prévaut pour traiter la souffrance physique et psychique (Brodwin, 1996). En effet, la recherche d'aide varierait considérablement en fonction de facteurs tels que l'explication de la souffrance, la situation géographique, la religion et la classe sociale. Les familles utiliseraient les ressources de façon pragmatique, selon les besoins, les moyens financiers et la disponibilité (Pierre *et al.*, 2010). Selon certains observateurs, la famille étendue - incluant plusieurs générations, cousins, voisins et amis - constituerait l'une des premières sources de soutien, organisées notamment autour des *lakou* (la cour) en région rurale et dans des quartiers populaires de la ville (Stepick 1998, Nicolas *et al.*, 2009). Si l'opportunité leur est offerte, ils utiliseraient ainsi conjointement un système ethnomédical et biomédical, les médecines traditionnelles (*dokte fey, mambo, houngan*), un soutien spirituel, et des soins de l'approche biomédicale (Coreil, 1983; Desantis et Thomas, 1990). Une étude réalisée auprès de près de 400 adultes du Plateau Central en

Haïti (région rurale) documente également des pratiques pluralistes, suggérant néanmoins que lorsque confrontés à des difficultés liées à la tristesse ou au stress, environ le tiers des répondants se tourneraient vers Dieu, un autre tiers vers la clinique, et un quart vers un membre de la famille (Wagenaar, *et al.*, 2013). La perception d'efficacité et la proximité plutôt que le coût semblaient orienter leurs choix. Ces résultats contrastent avec ceux des études précédentes, possiblement en raison d'un plus grand accès à une clinique pour la population interrogée. Les auteurs concluent en soulignant l'importance de tenir compte des modèles explicatifs, des modèles de soins locaux, et des facteurs culturels, financiers et de perception de compétence affectant le choix d'une ressource. Explorant plus spécifiquement l'impact du vodou sur la recherche d'aide biomédicale, une autre étude réalisée dans le Plateau Central auprès de leaders communautaires et d'individus souffrants de problème santé mentale indique que les modèles explicatifs liés à cette religion ne constituent pas un obstacle à l'aide biomédicale, qui serait plutôt freinée par des facteurs structurels (Khoury *et al.*, 2012). Ces résultats déconstruisent le mythe des croyances religieuses comme premier obstacle aux soins de santé biomédicaux, illustrant du même coup les limites d'un cadre d'appréhension scientifique centré principalement sur les dimensions culturelles ou interprétatives des phénomènes liés à la souffrance et aux soins.

2.3.1.4 Problématisation de la “culture” – vers une considération des enjeux de pouvoir

Launched as the negation of race, culture also became the negation of class and history. Launched as a shield against some of the manifestations of racial power, culture eventually protected anthropology from all conceptual fields and apparatuses that spoke of power and inequality. Culture became what class was not, what evaded power, and what could deny history. (Trouillot, 2003, p. 100-101)

Pour certains anthropologues, le concept de culture et l'insistance sur les phénomènes culturels pose des risques importants de réification et d'exotisation, ainsi que de

négarion d'enjeux de pouvoirs sous-jacent (Corin, 1997; Trouillot, 2003). Dans le champ de la psychiatrie transculturelle, Kleinman a noté le danger de « culturaliser » excessivement des enjeux cliniques, négligeant une souffrance psychique ou biologiques, éclipsant les dimensions sociopolitiques de la souffrance et « les structures locales de pouvoir » qui les sous-tendent (1995). Selon l'historien d'origine haïtienne Michel-Rolph Trouillot (2003), si le projet de l'anthropologie américaine inspirée par Frantz Boas a été de problématiser le concept de race, son effet dans la société américaine a été paradoxal : « *At best, the racism that evokes biological determinism simply made room for a parallel racism rooted in cultural essentialism. At times the two forms of racism contradict one another. More often they reinforce each other inside and outside of academe* » (p. 113). Pour le dire autrement, en construisant sa légitimité et spécificité disciplinaire autour du concept de culture, l'anthropologie a trop souvent éclipsé le passé et les rapports de pouvoir de son champ de vision.

En dépit des limites du mot « culture », Trouillot (2003) défend la pertinence du concept sous-jacent, qu'il définit comme l'ensemble d'idées et de pratiques structurées et structurantes propres à des populations historiquement spécifiques, qui sont transmis par les interactions sociales (p. 99). Toutefois, il propose de se pencher sur des pratiques et conceptions plus spécifiques que la « culture », en tenant compte des rapports de pouvoir et de l'histoire, introduits au premier chapitre. Les prochaines pages décrivent certains des outils conceptuels permettant d'en considérer l'influence sur l'expérience des cliniciens à Port-au-Prince.

2.3.2 Trauma, violence et pouvoir

Alors que certains travaux en anthropologie interprétative ont permis d'éclairer l'importance des répertoires culturels dans l'élaboration des signes et du sens attribués à la détresse, l'anthropologie critique et la sociologie de la pratique notamment se sont penchées de façon plus radicale sur les rapports de pouvoir qui structurent la souffrance

et qui opèrent dans les rencontres transculturelles, notamment en contexte humanitaire. Cette section puise donc dans ces disciplines pour nourrir la réflexion du présent projet de thèse, en considérant les enjeux socio-politiques qui le traversent et qui peuvent affecter le travail et la relance des cliniciens dans un contexte post-catastrophe, marqué par des adversités multiples et continues. Les prochaines lignes abordent donc : la violence structurelle et la souffrance sociale; l'apport de l'anthropologie critique de l'aide humanitaire; les définitions du pouvoir et de la résistance retenues pour cette thèse.

2.3.2.1 Violence structurelle et souffrance sociale

Dans le contexte haïtien, plusieurs observateurs ont souligné l'importance de tenir compte non seulement des traumatismes et de la souffrance individuelle, mais également de la violence structurelle et de la souffrance sociale (Farmer, 2004, 2005; James, 2010, 2015). En effet, la question du pouvoir, de la violence et de leurs modes de fonctionnement, y compris par l'institutionnalisation d'iniquités, constituent des questions particulièrement importantes en Haïti, façonnée par la colonisation, le racisme et l'oppression politique. Les inégalités criantes au pays, largement étudiées par les anthropologues, sont décrites dans leurs formes les plus systémiques, comme une « violence structurelle » (Farmer, 2004, 2005; Rylko-Bauer et Farmer, 2016). Développé par Galtung (1969), ce concept décrit cette forme de souffrance « structurée » par des processus et des forces historiquement construites (et souvent liées à des considérations économiques) qui limitent de façon systémique les capacités d'agir des sujets par diverses formes d'exclusions - racisme, violence politique, sexisme, pauvreté, etc. (Farmer, 2004; Galtung, 1969). Reproduite à travers des processus économiques et sociaux structurels, cette forme de violence (comme la misère économique et la prolifération de maladies) semble ainsi n'avoir aucun responsable (Farmer, 2004, p. 307). Certains ont à cet égard souligné les limites du concept de violence structurelle dans la mesure où il est déterministe, sans agent, et qu'il ne laisse pas ou peu de place à la résistance des sujets (James, 2010), ce dont je discuterai plus loin.

Le concept de violence structurelle est intimement lié à celui de la souffrance sociale. Ce terme est fréquemment employé en anthropologie médicale pour appréhender l'expérience humaine de la souffrance au-delà du biologique, en tenant compte des dimensions sociales, politiques et économiques qui touchent les individus et collectivités frappées par les conflits armés, les catastrophes, les inégalités criantes (Kleinman, 1997; Kleimnan, Das et Lock, 1997). Pour l'anthropologue James (2010, 2015), la souffrance en Haïti découle en outre d'un climat de vulnérabilité chronique généré par la violence politique et criminelle en apparence arbitraire, l'instabilité sociale, les crises économiques et écologiques – l'*insekirite* – touchant particulièrement les citoyens du pays les plus vulnérables.

Dans son ethnographie auprès des survivants des violations des droits de l'homme depuis les années 1990, James (2010) analyse l'impact des interventions occidentales en santé mentale et de « l'économie politique du trauma » qu'elles engendrent. Ses travaux documentent les façons dont les discours et interventions internationaux ont progressivement effacé les dimensions politiques de la souffrance des activistes, les poussant à se décrire non plus comme des *militan* mais comme des *viktim* – un terme médicalisant leur détresse, éclipsant leur capacité d'agir et leur rôle clé dans leur société (p. 24). James met ainsi en garde contre la marchandisation de la souffrance et contre les dérives de la psychologisation de l'adversité sociale, économique et politique en Haïti, qu'elle décrit comme l'économie politique du trauma. Dans le contexte haïtien, on ne peut ainsi aborder ces questions sans se pencher sur le rôle des organisations humanitaires face à cette souffrance.

2.3.2.2 Humanitaire et pouvoir

“Intervention” could be defined as a laboratory of a new form of domination overriding all preexisting forms of governance in the name of humanitarian action. This supracolonialism produces a constant erosion of democracy, collective participation, and political negotiation. (Pandolfi, 2008, p. 178)

S'inscrivant dans le courant de l'anthropologie critique, plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'appareil humanitaire, offrant une contribution théorique importante permettant de considérer les enjeux de pouvoir traversant les interventions post-catastrophe (Benthall, 2018; Fassin et Rechtman, 2007; Pandolfi, 2011; Schuller, 2012). Les travaux en anthropologie humanitaire explorent les façons dont les interventions d'urgences ou de développement s'inscrivent dans des rapports de pouvoir historiques, structurant les relations sur les plans local et global. L'anthropologue politique Pandolfi (2008) soutient que les situations d'urgence complexes constitueraient pour la communauté internationale des « états d'exception » justifiant l'ingérence étrangère à travers des missions humanitaires qui exacerberaient les asymétries dans les relations de pouvoir. Dans la même lignée, Pupuvac (2001) suggère que l'insistance sur le trauma dans les interventions humanitaires contribue à pathologiser des sociétés entières, menant à une « gouvernance thérapeutique internationale » (p. 358). Pour leur part, Fassin et Rechtman (2007) se sont intéressés aux façons dont la réalité sociale du traumatisme et la condition de victime sont historiquement et politiquement construites, notamment dans la psychiatrie humanitaire. Parmi les critiques de l'humanitaire, le psychiatre Derek Summerfield (1999) qualifie l'ESPT de « pseudocondition » qui recadre la souffrance sociale comme celle découlant des conflits armés, proposant des solutions techniques et à court-terme dont il questionne la pertinence (p. 1449). Pour lui, en imposant un modèle occidental ethnocentrique qui se prétend universel, la globalisation de l'ESPT et le mouvement pour la santé mentale globale, qui sous-tendent plusieurs interventions humanitaires dans des pays non-occidentaux, constitue une forme d'impérialisme qui risque de perpétuer malencontreusement le statut colonial de ces nations, causant plus de mal que de bien (Summerfield, 2013).

Dans le contexte haïtien plus spécifiquement, Schuller (2012, 2016, 2017) a exploré l'impact de l'afflux massif des ONGI en Haïti suite au séisme. Pour sa part, Wagner (2015) s'est penché sur les relations complexes entre médecins haïtiens et bénévoles expatriés alors que Minn (2011, 2016) a examiné les collaborations et tension de l'aide

médicale dans le Nord d'Haïti à travers le prisme de l'économie morale, explorant les contradictions et ambivalence des échanges de biens, de valeurs et d'émotions entre résidents en médecine du Cap Haïtien et professionnels. Hussein, Mouchenik et Moro (2015) ont pour leur part documenté comment l'épidémie du choléra et l'aide humanitaire ont pu malencontreusement raviver le souvenir traumatique de la domination coloniale.

2.3.2.3 Relations de pouvoir et résistance

Si plusieurs chercheurs en sciences sociales ont cherché à conceptualiser l'impact de la souffrance sociale et des dispositifs humanitaires hégémoniques, d'autres ont tenu à mettre en lumière les possibilités de résistance. Car face à l'adversité, à la violence structurelle et à l'ingérence étrangère, les sujets ne sont pas sans recours. S'il est essentiel de tenir compte des forces accablantes des inégalités politiques, économiques et sociales, il importe tout autant de penser les espaces de contre-pouvoir, même si limités. La théorie foucauldienne du pouvoir permet de réfléchir aux façons dont ce dernier circule et est renégocié par les sujets. La conception du pouvoir adoptée dans cette thèse s'inspire donc des travaux de Foucault (1975, 1997). Pour ce penseur, le pouvoir (les relations de pouvoir devrait-on dire) ne se possède pas mais s'exerce : « le pouvoir ce n'est pas une propriété, ce n'est pas une puissance; le pouvoir, ce n'est jamais qu'une relation que l'on peut, et ne doit, étudier qu'en fonction des termes entre lesquels cette relation joue » (1997, p. 150). Ainsi, le pouvoir circule de manière fluide dans les relations et s'observe le mieux dans ses capillarités, dans ses manifestations les plus concrètes et pratiques. Pour Foucault (1997), les relations de pouvoir sont indissociables de la production des savoirs :

Il n'y a pas d'exercice du pouvoir sans une certaine économie des discours de vérité fonctionnant dans, à partir de et à travers ce pouvoir. Nous sommes soumis par le pouvoir à la production de la vérité et nous ne pouvons exercer le pouvoir que par la production de la vérité. (p. 22)

En bref, la théorie foucaldienne du pouvoir permet de tenir compte de ses dimensions fluides et relationnelles, mais également de ses liens indissociables avec la résistance.

En effet, pour Foucault, la résistance est consubstantielle au pouvoir (p. 254). Les sujets ne subissent pas passivement les relations de pouvoir mais au contraire les reproduisent, les renégocient et y résistent. Dans cette perspective, le pouvoir en lui-même n'est ni positif, ni négatif chez Foucault. Il conduit des conduites; il est ainsi essentiel à l'existence du sujet, dans la mesure où sa perte signifie assujettissement (Blais, 2006). Toutefois, une limite de l'approche foucaldienne du pouvoir, selon Hacking (2004), vient du peu d'importance qu'elle accorde concrètement au sujet:

There is something missing in those approaches—an understanding of how the formation of discourse become part of the lives of ordinary people, or even how they become institutionalized and made part of the structure of institutions at work. (p. 278)

Le cadre conceptuel de cette thèse puise donc également dans l'anthropologie et la sociologie de la pratique pour penser les formes de résistances possibles chez les sujets (Bourdieu, 1977, Ortner, 2006, 2016). Ces théories permettent d'articuler la relation dialectique entre les forces structurelles et la capacité d'agir (*agency*) des acteurs, même si elle demeure limitée. Par exemple, dans son ethnographie *Weapons of the weak*, James Scott (1985) s'est penché sur les formes de résistances quotidiennes des paysans malaisiens face aux classes favorisées, incluant la contestation verbale, l'humour, le sabotage, l'opposition silencieuse. Pour sa part, l'anthropologue Sherry Ortner (2006) adopte une définition ouvertement ambiguë de la résistance, qu'elle soit intentionnelle ou non, comme pratique illustrant les jeux du pouvoir dans les relations et menant à un processus de transformation (p. 175). L'ambivalence du sujet face au pouvoir et l'hétérogénéité des groupes subalternes (selon le genre, le statut, l'âge par exemple) sont à considérer. En effet, la violence et les inégalités structurelles sont rarement absolues, et comme le rappelle Ortner (2006), le déni ou la négligence des forces de résistance dans les contextes d'oppression massive risque

malencontreusement de revictimiser les sujets. Dans une telle perspective, faire le récit d'Haïti en mettant l'accent uniquement sur la violence structurelle qui y prévaut, ou se centrer exclusivement sur les méfaits de l'oppression étrangère équivaldrait à enlever tout pouvoir aux acteurs locaux. Un des enjeux de cette thèse consiste donc à tenir compte des dynamiques de pouvoir tout en considérant les mouvements de contraintes et de résistance qui s'entrecroisent.

Ainsi, ces questions nous ramènent au travail des professionnels de Port-au-Prince, comme lieu à partir duquel examiner les mouvements de reprise de pouvoir face à de multiples adversités. Les perspectives sur la violence structurelle et la résistance rappellent, dans le contexte particulier de la présente étude, l'importance de considérer les multiples façons dont les rapports de force traversent et structurent, sans complètement déterminer, les relations entre soignante et soignés, entre classes sociales nationales, ou entre locaux et expatriés. Les approches critiques examinées dans ces dernières pages soulignent également les enjeux éthiques, politiques et épistémologiques qui sous-tendent les relations asymétriques, incluant dans la relation de recherche - des questions sur lesquelles je m'attarderai dans le prochain chapitre méthodologique.

2.4 Vers une approche kaléidoscopique

[I]l s'agit de faire sentir la dimension de l'absence et de l'énigmatique dans le mouvement de la pensée, à partir d'un point de fuite qu'il est difficile de percevoir tant que l'on demeure au-dedans. (Corin, 2010, p. 13)

Les dernières pages ont présenté les principaux jalons théoriques rassemblés pour nourrir la réflexion de la présente recherche. Une compréhension de l'expérience des cliniciens dans le contexte de Port-au-Prince semble bénéficier d'une vision socio-écologique et kaléidoscopique, tenant compte de la complexité du sujet d'étude (Bala, 2005; Granek, 2017). En effet, le contexte post-catastrophe à Port-au-Prince, décrit

dans les pages précédentes, s'est progressivement imposé durant le processus de recherche comme bien plus qu'une simple toile de fond pour comprendre le travail des cliniciens. Dans le cadre de cette étude, les théories psychanalytiques permettent d'aborder les processus intrapsychiques et intersubjectifs relatifs au traumatisme et à la clinique, à partir de la parole des sujets, en portant attention à ce qui échappe, aux forces qui se meuvent à notre insu. L'anthropologie interprétative et médicale ouvre la réflexion sur les enjeux transculturels et la relativité des catégories préétablies dans un contexte de trauma massif et d'altérité culturelle. Finalement, les questions de pouvoir et de résistance peuvent être abordées par l'anthropologie critique et la sociologie, en considérant le contexte de violence structurelle et de souffrance sociale, des enjeux soulevés par l'aide humanitaire, ainsi que des mouvements de relance des sujets.

2.5 Questions de recherche et objectifs de la thèse

C'est dans une perspective psychodynamique, mais également en tenant compte des contingences historiques, de la complexité des répertoires culturels et des dynamiques de pouvoir que la présente étude a été menée pour mieux comprendre l'expérience de cliniciens dans le contexte post-séisme de Port-au-Prince. À partir de leurs récits, à la fois exceptionnels et faisant échos aux vécus de cliniciens d'ailleurs, le projet de cette thèse s'est nourri des questions suivantes :

D'abord, qu'implique le fait d'être simultanément survivants et soignants dans un contexte de catastrophe collective? La littérature insiste sur le fait que les cliniciens seraient fragilisés par leur double exposition - à travers leur expérience directe ou indirecte du traumatisme ainsi qu'à travers la possible transmission traumatique dans leur pratique - un risque qui pourrait cohabiter avec des processus de croissance post-traumatique ou de transformations positives. Qu'en est-il pour les professionnels travaillant en contexte de trauma massif, comme à Port-au-Prince?

En second lieu, comment les cliniciens ont-ils pu composer avec les risques et potentialités de leur engagement? La compréhension psychodynamiques et économique du trauma suppose qu'au-delà d'un certain niveau d'expérience ou de transmission traumatique, les capacités de métabolisation individuelle et collective peuvent être mises à mal, tant pour le soigné que pour le soignant. Quels mouvements peuvent soutenir ou fragiliser les professionnels dans de telles situations?

Finalement, considérant que les catastrophes massives, comme le tremblement de terre en Haïti, impliquent des expériences d'impuissance individuelle et collective importantes, tout comme des occasions de mobilisation et de transformation du social, comment les dynamiques de perte/reprise de pouvoir ont-elles pu affecter les cliniciens? Comment la multiplication des interventions étrangères a-t-elle pu affecter l'expérience des cliniciens?

Face à ces vastes questions, les objectifs de la présente thèse ont élaboré, se précisant au fil de la recherche, dans l'aller-retour entre le matériel recueilli et la littérature scientifique. À la lumière du contexte sociopolitique, des travaux et repères théoriques précédemment discutés, les objectifs de cette recherche peuvent être formulés ainsi :

- 1) Sonder l'expérience professionnelle de cliniciens de Port-au-Prince dans le contexte de catastrophe massive du séisme, en accordant une attention particulière à la possible articulation entre souffrance et force mobilisatrice, ainsi qu'aux multiples transmissions traversant la clinique.
- 2) Mettre en évidence les mouvements ayant déstabilisé ou soutenu les cliniciens dans leur pratique. Il s'agit de dégager les efforts déployés par les professionnels pour composer avec les risques et potentialités de leur position particulière de soignants et survivants.
- 3) Examiner les perceptions des cliniciens concernant l'impact de l'aide internationale sur leur expérience professionnelle, sur les plans organisationnel

et macrosocial. Il s'agit de mieux comprendre les processus pouvant soutenir ou entraver leur travail, en tenant compte des enjeux de pouvoir entre acteurs internationaux et locaux, selon la perspective de ces derniers.

Avant de décrire, dans le prochain chapitre, les méthodes de recherche privilégiées pour atteindre ces objectifs, il convient de préciser que les différents repères théoriques précédemment exposés ne sont pas considérés comme des passages obligés de l'analyse, mais plutôt comme des invitations à la réflexion. Ainsi, cette recherche ne vise pas à examiner chaque objectif de recherche sous tous les angles conceptuels abordés, mais plutôt à les faire jouer de façon dynamique et à les mettre en dialogue, afin de nourrir l'analyse et la compréhension de l'objet de cette recherche.

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

3.1 Introduction

Ce chapitre se penche sur les assises méthodologiques à partir desquelles cette étude a été menée. J'y décrirai pour commencer la posture épistémologique qui sous-tend la démarche de cette thèse, puis les moyens adoptés pour préparer la recherche. Ensuite, je présenterai les critères de sélection, méthodes de recrutement, caractéristiques des participants, puis les outils de cueillette privilégiés. Je poursuivrai en exposant le processus d'analyse du matériel recueilli, ainsi que les paramètres de la rencontre de recherche, afin d'en situer les résultats. Finalement, je conclurai en considérant les balises éthiques de cette étude.

3.2 Orientations générales

Cette recherche exploratoire s'appuie sur une méthode de recherche qualitative permettant d'examiner de manière inductive des phénomènes complexes et encore peu étudiés, en tenant compte du contexte (Denzin & Lincoln, 2000). Cette approche offre la possibilité de comprendre en profondeur des phénomènes humains complexes, permettant une description riche et en profondeur (*thick description*) selon l'anthropologue Geertz (1973). Une telle perspective est d'autant plus pertinente dans le cadre de cette recherche transculturelle, compte tenu de la grande diversité des syndromes traumatiques et modèles de soins (Rasmussen, Keatley et Joscelyne, 2014),

des risques d'erreur catégorielle (Kleinman, 1977), ainsi que la multitude des facteurs de protections et de résilience et face à l'adversité (Ungar, 2003). Finalement, la démarche qualitative favorise l'exploration de l'expérience singulière et parfois contradictoire des sujets dans une perspective *emic*, ce qui permet de réduire l'asymétrie de la relation entre chercheur et participant (Pistrang et Barker, 2012). Pour toutes ces raisons, une perspective méthodologique qualitative, permettant une démarche inductive a été privilégiée.

Compte tenu de l'approche socio-écologique de cette thèse, et de l'importance accordée aux conditions dans lesquelles s'inscrit le travail des cliniciens de Port-au-Prince, il convient de définir le terme de contexte. Cette notion est ici conçue dans la sobre définition qu'en font Glaser et Strauss (1964): « Par "contexte" nous nous référons à une unité structurelle d'un ordre englobant plus vaste que l'autre unité sous la focale »⁴³ (p. 670). Comme le suggèrent Lahire (1996), la notion de contexte en sciences sociales, bien qu'elle soit floue, est l'une des plus utiles, puisqu'on a généralement recours à ce concept pour situer et rendre intelligibles les phénomènes étudiés au-delà du cas singulier (p.390). Les façons de délimiter le contexte ainsi que la définition de son statut (décoratif, explicatif ou autre) demeurent à préciser selon les études. Dans le cas du présent projet, l'examen du matériel est informé par les conjonctures sociohistoriques, économiques et politiques présentées au premier chapitre, donc principalement compris à partir de la littérature scientifique sur la situation post-séisme en Haïti. Les données empiriques permettent d'examiner plus précisément comment ce contexte affecte le travail des cliniciens, puisque l'objet d'étude, la focale de cette thèse, demeure l'expérience des professionnels locaux. Les prochaines pages décrivent plus précisément la posture qui sous-tend la démarche de cette thèse et les étapes méthodologiques ayant permis d'explorer le sujet de cette thèse.

⁴³ Traduction libre

3.2.1 Une posture interprétative et co-constructiviste

Le cadre kaléidoscope de cette thèse s'inscrit dans la reconnaissance de la multiplicité des interprétations, de la positionnalité et de la relativité de chaque regard complémentaire posé sur l'objet de cette recherche. En effet, si chaque angle capte une facette du monde observé, la confrontation des perspectives questionne du même coup ce qui se donne à voir (ou non). Selon Ellen Corin (2010), la psychanalyse et l'anthropologie jouent ainsi l'une pour l'autre ce rôle d'interrogation perpétuelle à partir des taches aveugles propres à chacune, déplaçant le regard et questionnant le champ de l'autre. En plus de l'inconscient et de l'altérité culturelle, on pourrait ajouter que la question du pouvoir est tout aussi déstabilisante. Par ailleurs, chaque discipline est toujours menacée par la quête de cohérence, la tentation « d'absorber l'étrangeté de l'Autre dans du déjà connu, de l'intégrer à un système qui participe dès lors à la mise en forme des perceptions, en élimine ce qui fait « bruit » par rapport aux modes de pensée dominants ». (Corin, 2010, p. 11). Loin de viser à décrire toutes les dimensions de l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince dans une compréhension « totalisante », cette recherche, à la manière d'un « bricolage » (Levi-Strauss, 1962), cherche plutôt à éclairer certains éléments de leur conjoncture particulière⁴⁴.

En continuité avec le cadre kaléidoscopique présenté, cette étude adopte une position paradigmatique interprétative et co-constructiviste (Savoir-Zajc, 2013), impliquant une vision relativiste des phénomènes sociaux plutôt qu'une approche positiviste traditionnelle. Dans une perspective herméneutique, je considère que l'expérience n'est qu'accessible (partiellement) qu'à travers les récits et le sens qui se co-construit, notamment dans la rencontre de recherche (Schwandt, 2000). Plutôt que de viser un

⁴⁴ La perspective kaléidoscopique de cette thèse implique donc une posture d'humilité. Bien que les matériaux soient les mêmes dans l'œil du kaléidoscope, il suffit de le secouer pour que les morceaux d'images créent de nouvelles combinaisons. L'image de cet appareil « transfigurateur » invite à penser aux façons dont une autre personne, différemment située, aurait perçu et construit, au fil des rencontres et des interactions avec les sujets, un tout autre portrait de la situation. La métaphore est toutefois limitée dans la mesure où elle ne tient pas compte du caractère profondément mouvant et intersubjectifs à l'œuvre dans toute recherche sur les phénomènes sociaux.

savoir « objectif », cette recherche s'inscrit également dans un paradigme co-constructiviste, concevant la compréhension comme découlant du processus dialogique entre protagonistes. En d'autres mots, les résultats de ce projet, tributaires de rencontre et de contextes particuliers, sont considérés comme menant à des « vérités partielles et positionnées » (Abu-Lughod, 2008) sur l'expérience de cliniciens locaux à Port-au-Prince. Dans un tel paradigme, « la question ne consiste donc pas à recourir à une série de procédures pour valider le savoir produit mais bien de clarifier les conditions à l'intérieur desquelles la négociation et la compréhension émergente de sens se sont développées. » (Savoie-Zajc, 2013, p. 11), tel que discuté dans les prochaines pages. Par ailleurs, sans viser de généralisation, l'attention à la singularité du contexte de recherche n'empêche pas la contribution à « la densité conceptuelle des phénomènes étudiés en proposant des interprétations riches, crédibles, transférables et dont l'envergure explicative peut dépasser le local et le situé » (Savoie-Zajc, 2013, p. 21). L'approche retenue permet donc d'offrir différentes perspectives, alliant psychodynamique et anthropologie interprétative et critique.

Dans l'analyse du matériel de cette thèse, plus concrètement, l'écoute psychanalytique permet de tenir compte des processus (inter)subjectifs à l'œuvre dans les récits, ainsi qu'aux contenus explicites et implicites qui les traversent. Une telle attention permet d'être sensible aux conflits, aux angoisses, aux dynamiques transférentielles et contre-transférentielles en jeu dans les rencontres, ainsi qu'aux mouvements inconscients ayant pu orienter l'entretien, à partir de ce qu'on peut en comprendre, dans l'après-coup. Il ne s'agit pas ici de tenter d'« analyse sauvage » des participants mais plutôt d'être à l'écoute de ce qui se déploie dans l'espace intermédiaire entre soi et l'autre, ce qui se transmet, fait écho, déstabilise (Midgley, 2006). Dans le cas de récits d'événements traumatiques, l'attention aux silences, aux mouvements d'évitement ou à l'irruption de matériel non-élaboré, à partir de ce que j'ai pu en comprendre, me semble important pour tracer les contours de ce qui a pu (ou non) être partagé dans les rencontres de recherche. Les transmissions constituent ainsi des modes d'apprentissages précieux en recherche comme en clinique (Lachal, 2007). Toutefois,

si le vécu contre-transférentiel du chercheur/clinicien constitue une source inestimable d'information (Devereux, 1980), la distinction entre ce qui relève du transfert et du contre-transfert demeure complexe et imparfaite, puisque des parts de nous-même et de l'Autre résistent toujours au désir de compréhension (Lachal, 2007). Dans ce processus de réflexion, les notes de terrain, mémos, discussions avec mes directrices, collègues cliniciens et chercheurs travaillant sur des sujets connexes ont été fort utiles.

Tout comme la psychanalyse, l'anthropologie suppose d'être à l'écoute de l'Altérité. Cette discipline tient compte des façons dont les repères collectifs, centraux ou en marge (Corin, 1995), affectent et sont affectés par l'expérience subjective des participants – dans leur quotidien ainsi que dans la rencontre de recherche. Par exemple, l'attention dans les récits aux symboles, aux rumeurs, aux métaphores significatives et aux scénarios possibles permet de mieux comprendre les répertoires collectifs dans lesquels les cliniciens peuvent puiser pour faire sens et agir – soit le « travail de la culture » qui peut s'opérer (Obeyesekere, 1990). Par ailleurs, la circulation des signes et des sens durant l'entrevue (et les réactions suscitées de part et d'autre) informent également sur les dynamiques structurant la rencontre.

À cet égard, tel que discuté plus loin, les observations durant mes séjours en Haïti, les entretiens informels, visites d'ONG et d'ONGI, m'ont aidée à ancrer les récits des soignants dans un réseau de signification liées à la situation post-catastrophe et post-coloniale, m'outillant dans la réflexion des enjeux de pouvoir de la clinique et de la recherche. Notamment, les couvertures médiatiques nord-américaines et haïtiennes de la catastrophe et de l'aide internationales, ainsi que les perceptions et rumeurs circulant sur la présence étrangère m'ont permis de mieux comprendre certains enjeux traversant les entretiens. En effet, la prise en compte des enjeux politiques se nourrit non seulement des récits des cliniciens mais également de ces observations. Le travail d'analyse du matériel a tenu compte de ces différentes dimensions en considérant leur place dans le récit des participants, nourrissant ma compréhension de leur adresse.

3.3 Préambules à la recherche

Avant d'entamer le doctorat, quelques expériences m'avaient permis de me familiariser avec des questions liées à la psychologie transculturelle en Haïti et à Montréal auprès de la diaspora⁴⁵. Dans le processus d'élaboration du présent projet, j'ai également rencontré plusieurs professionnels en SMSP (Haïtiens et expatriés) ayant travaillé en Haïti, pris des cours de créole, travaillé comme bénévole dans une ONGI Canadienne, et réalisé trois séjours de quelques semaines en Haïti⁴⁶. Ces expériences m'ont permis d'entrevoir la complexité du travail des cliniciens en Port-au-Prince et de dégager quelques pistes de réflexion qui ont nourri la présente recherche.

3.3.1 Introduction au terrain

Le projet de cette thèse, modifié en cours de route, devait initialement porter sur les enjeux du deuil (post)traumatique, et être développé avec *Partners in Health/Zanmi Lasanté* (PIH/ZL), ONG établie au pays depuis plus de 25 ans⁴⁷. Dans le cadre de cette collaboration et de mon implication auprès de la fondation KANPE⁴⁸, je me suis rendue quelques semaines en Haïti à l'été 2010 et 2011. J'ai notamment visité plusieurs points de services de santé de PIH/ZL (à Port-au-Prince, St-Marc, Mirebalais, Cange), et échangé avec plusieurs professionnels locaux et internationaux en santé et en SMSP de diverses organisations, notamment lors de la première conférence de l'Association

⁴⁵ J'ai notamment collaboré à l'organisation d'un colloque sur la santé mentale en Haïti (2008), où j'ai pu rencontrer plusieurs professionnels haïtiens venus présenter à Montréal leurs recherches les enjeux cliniques rencontrés. Auparavant, dans le cadre de ma maîtrise en anthropologie (2005), je me suis penchée sur les trajectoires identitaires de jeunes Haïtiens issus de quartiers marginalisés à Montréal, explorant les façons dont ils composaient avec leurs multiples héritages culturels et religieux en contexte de discrimination.

⁴⁶ Trois semaines en 2010, deux semaines en 2011 et un mois et demi en 2012, en majorité à Port-au-Prince, mais également dans les environs.

⁴⁷ PIH est une ONGI fondée par le médecin et anthropologue Dr Paul Farmer. Cette ONG s'inscrit dans une démarche résolument participative, impliquant un partenaire international (PIH) et local (ZL).

⁴⁸ La fondation canadienne KANPE vise à offrir des services de santé de base et des possibilités de micro-financement dans des villages isolés d'Haïti, en facilitant la collaboration entre PIH/ZL et Fonkoze, une banque de microcrédit. J'ai démarré le comité programme de KANPE lorsque l'organisation a été fondée (3 ans). <http://kanpe.org/>

haïtienne de psychologie (AHPsy). J'ai également été généreusement accueillie par une amie Montréalaise et sa famille de Port-au-Prince, impliquées dans les efforts d'assistance médicale. Toutefois, en raison de tensions politiques touchant PIH/ZL, mes séjours au sein de l'organisation ont été écourtés et l'élaboration d'un projet en collaboration s'est avérée plus difficile que prévu⁴⁹.

J'ai donc décidé de modifier mon projet de recherche. À partir de mes observations, des échanges avec des acteurs sur le terrain et recherches bibliographiques, je constatais que les cliniciens locaux, bien que jouant un rôle primordial, n'étaient que peu mentionnés dans la littérature scientifique, tout comme ils étaient souvent ignorés par les médias, ou dans les publicités des ONGI visant à lever des fonds. Je décidai donc de réorienter le projet de cette thèse afin d'explorer leur expérience. Par ailleurs, comme clinicienne en formation, j'étais également intéressée de manière personnelle et professionnelle à mieux comprendre les façons dont ils avaient composé avec leur expérience complexe.

Bien que mes séjours en Haïti et à Port-au-Prince aient été trop courts, j'ai eu la chance de visiter plusieurs sites, de rencontrer plusieurs professionnels de la santé locaux et expatriés. J'ai été introduite au fonctionnement de différents ONG et ONGI, et de mécanismes de collaboration inter-organisationnelle (*clusters*), tout en reprenant mes cours de créole. Durant ces quelques semaines, principalement dans la capitale, j'ai ainsi pu me familiariser avec certains enjeux importants pour comprendre le travail des cliniciens, apprécier certains éléments de la « texture » du quotidien à Port-au-Prince, et établir des contacts avec diverses organisations et professionnels. Ce type d'immersion sur le terrain en recherche qualitative permet de contextualiser les données colligées en entrevues (Maxwell, 2005).

⁴⁹ En raison d'un incendie criminel ayant touché une des cliniques de l'ONG en 2011, menant au décès de plusieurs membres du personnel médical, les visites internationales ont été suspendues. Au printemps 2012, mon séjour avec PIH/ZL était à nouveau compromis en raison de nouvelles difficultés au sein de l'organisation, lié à la diminution de l'aide financière, aux mises à pieds et à l'insatisfaction populaire.

3.3.2 Quelques notes et observations

Durant ces brefs séjours, j'ai tenu un cahier me permettant de colliger certaines impressions et questions émergeant des rencontres et de mes observations. Comme ces réflexions ont alimenté le projet de cette thèse, j'en expose ici quelques éléments, notamment pour situer les rencontres de recherche, pour préciser mes impressions subjectives et situer l'adresse de mes interlocuteurs. Dans une perspective épistémologique co-constructiviste, cette réflexion vise ainsi à clarifier certains des paramètres subjectifs et intersubjectifs qui sous-tendent la présente thèse (Savoie-Zajc, 2013).

Les premières impressions de mon séjour en 2010 en Haïti concernent notamment la force du social et des débats politiques chez plusieurs citoyens haïtiens. Lors de ce premier voyage, j'accompagnais une amie Montréalaise qui allait retrouver ses parents, et notre escale à Miami s'avérait plus longue que prévue en raison d'un énième retard d'un vol vers Port-au-Prince. Alors que les zones d'attente des aéroports Nord-Américains ou Européens que j'ai fréquentés m'ont toujours semblés plutôt anonymes, avec leurs voyageurs engourdis par une lasse indifférence, à Miami, j'étais frappée par la vive animation du groupe (principalement créolophone) avec lequel nous voyagions. Tout sujet semblait propice aux débats, souvent passionnés et ponctués de plaisanteries. Qu'il s'agisse du gouvernement Préval, des meilleures façons de reconstruire le pays ou du traitement des Haïtiens par les Américains, tous les voyageurs semblaient vouloir débattre. J'étais frappée par la fougue politique et le degré d'échange entre voyageurs a priori étrangers les uns pour les autres, qui se réunissaient dans ces échanges portant notamment sur les enjeux collectifs et les façons de les affronter.

Arrivées à la capitale, j'ai été simultanément happée par la désolation des ruines de la ville, et par la vie bouillonnante qui s'imposait parmi les amas de béton et les débris. La dévastation du palais national, de la cathédrale Notre-Dame d'Haïti et des multiples bâtiments gouvernementaux était accablante, les fissures qui parcouraient plusieurs

bâtiments encore debout, inquiétantes. Je regrettais de ne pas avoir mis les pieds à Port-au-Prince avant ce séisme. Si les courtes visites réalisées dans quelques camps me laissaient entrevoir la précarité de l'existence des citoyens y résidant, les activités des marchandes de fruits dans les rues, les étalages des peintres sur les murs de la ville, les autobus colorées affichant leurs prières m'ont également marquée par la force manifeste dont ils témoignaient.

Par la suite, la cohabitation distante entre locaux et expatriée et la complexité de ces relations m'ont interrogée. Durant mes séjours, j'ai notamment été surprise de ne croiser aucun « blanc » dans les rues ou transports en commun de la ville, alors que les véhicules blindés des ONGI étaient bien visibles. Quelques lieux comme les organisations et restaurants de la capitale ouvraient des espaces de cohabitation entre expatriés et locaux de la classe favorisée, mais les relations étaient décrites comme fort complexes, de part et d'autre. Par ailleurs, la visibilité presque ostentatoire des acteurs étrangers concernait non seulement les ONGI mais aussi les multiples groupes religieux étrangers. Lors d'un vol de retour vers Montréal, je croisai un groupe d'adolescentes américaines, dans leur T-Shirt multicolore arborant le slogan: « *Let's save Haïti* », souriant avec satisfaction. L'une d'elle, rougie par le soleil et portant son ourson sous le bras, m'expliquait être venue une semaine avec son église protestante pour « aider les orphelins » en les amenant à la plage, je m'interrogeais sur l'impact symbolique de telles représentations paternalistes sous-jacentes aux projets prosélytes, présents dans les discours des missions religieuses et des organisations humanitaires, sans parler de l'impact de ce déferlement étranger, dont je faisais partie, sur les ressources matérielles locales.

La forte présence étrangère à Port-au-Prince suscitait les questionnements de plusieurs personnes rencontrées lors de mon séjour en 2012, bien que plusieurs soulignent l'apport important des secours internationaux et de l'aide apportée. Une intervenante avec qui je discutais autour d'un repas me suggérait ainsi de faire une recherche sur les

motivations des travailleurs humanitaires en Haïti. De manière directe ou détournée, les personnes soulignaient l'attitude parfois paternaliste des travailleurs étrangers, et les multiples motivations douteuses, voir malveillantes, qu'ils leur attribuaient. Par exemple, ce même été, un chauffeur de taxi que j'interrogeais sur l'organisation PIH/ZL se fâchait de voir l'organisation ralentir ses activités – l'organisme ne pouvait selon lui se retirer alors que les Haïtiens n'avaient pas vu la couleur de tout l'argent amassé. Étant interpellée à titre d'étrangère dans certains échanges portant notamment sur la responsabilité des Casques Bleus dans l'épidémie du Choléra, ou sur les agressions sexuelles commises (et diffusées sur le web) par ces étrangers, je prenais la mesure de la colère et du ressentiment face à ceux venus supposément « aider » ou « sauver Haïti ». La méfiance face aux motivations des expatriés était également manifeste. Les observations sur le terrain m'ont ainsi permis de prendre conscience de plusieurs enjeux concernant la rencontre entre locaux et expatriés à Port-au-Prince, me menant également à m'interroger sur les façons dont mon projet de recherche pouvait être perçu, ainsi que sur les questions de représentation sous-jacentes à cette thèse.

Au moment de la cueillette de donnée, à l'été 2012, la question de l'insécurité de Port-au-Prince semblait également préoccupante pour les citoyens, incluant les travailleurs humanitaires locaux et les participants, bien que les risques aient semblés difficiles à évaluer, notamment en raison de l'attitude très variée des personnes face à ce sujet. Quelques informateurs nommaient un sentiment d'insécurité collective, attribuée aux séquelles du séisme. Cette tension se manifestait par l'inquiétude palpable (et les élans de solidarité) dont j'ai été témoin par exemple lors d'orages violents qui secouaient la ville. En ce qui concerne la criminalité, quelques personnes affirmaient que Port-au-Prince était beaucoup plus sécuritaire que ce qu'on pouvait en dire, et minimisaient les risques, alors que pour d'autres, la violence de la ville caractérisait le quotidien. De multiples nouvelles et rumeurs circulaient d'ailleurs quotidiennement - assassinats, enlèvements, lapidation, voisin retrouvé découpé en morceau – des incidents décrits tout à tour avec réserve, détachement ou inquiétude. La normalisation du sentiment

d'insécurité à Port-au-Prince apparaissait plus clairement dans le récit des certains informateurs, qui rapportaient avoir pris conscience, en quittant le pays, du niveau de tension permanent sous lequel ils avaient appris à fonctionner, et du soulagement de pouvoir « baisser sa garde ».

Finalement, au moment des entrevues, les ONGI se retiraient progressivement malgré les difficultés persistantes, ce qui suscitait la grogne populaire. Les premiers 24 mois après le séisme avaient été marqués par l'urgence d'une crise aigüe, et par un afflux massif de solidarité nationale et internationale. Un certain temps s'était écoulé depuis le tremblement de terre, sans qu'une distance ne se soit nécessairement installée face aux événements - les amas de bétons jonchant les rues de Port-au-Prince constituaient en effet des rappels quotidiens et inévitables du 12 janvier 2010. Malgré le temps écoulé depuis la tragédie, l'ampleur du trauma collectif ainsi que ses traces manifestes dans la ville en faisait un événement encore présent, actuel. Comme plusieurs personnes me l'ont souligné, deux ans après le séisme, les Haïtiens commençaient seulement à parler d'autre chose que de la catastrophe et à saluer des connaissances sans commencer par : « Et toi, où étais-tu ce jour-là? ». Les rencontres de recherche doivent donc être situées dans la temporalité de la métabolisation des événements et des efforts de reconstruction post-séisme.

Ces observations ont ainsi nourri mes interrogations sur les façons dont le contexte pouvait affecter le travail des cliniciens et la recherche, tenant compte des relations ambivalentes entre locaux et expatriés, de l'insécurité persistante, du contexte possiblement traumatique (plutôt que post-traumatique) pour certains, également marqué par la reprise du mouvement de vie. Tel que discuté plus loin, ces éléments m'ont permis de réfléchir à certaines dynamiques collectives ayant sous-tendu les entretiens.

3.4 Recrutement et échantillon

3.4.1 Critères de sélection et échantillon

Les critères de sélection des participants à la recherche étaient relativement souples, puisque ce projet se situait dans une démarche exploratoire. Pour participer à l'étude, les sujets devaient être résidents de la grande agglomération de Port-au-Prince, avoir reçu une formation universitaire dans un domaine clinique et avoir offert des services en santé mentale ou de soutien psychosocial pendant au moins six mois après le séisme⁵⁰.

Il s'agit d'un échantillonnage de cas multiples par homogénéisation (Pires, 1997) (un groupe de cliniciens en SMSP), plutôt que par contraste (comparant par exemple l'expérience de psychologues et celles de médecins). Dans un tel type de devis, la diversification interne (plutôt que la représentativité statistique) constitue le critère de sélection de l'échantillon (Pires, 1997 :64-71). J'ai favorisé autant que possible une variété de profils des professionnels en fonction de coordonnées sociodémographiques dites classiques (genre et âge), professionnelles (psychologue, travailleur social, médecin) et organisationnelles (offrant un soutien clinique ou psychosocial dans des contextes variés : établissements de santé haïtiens ou internationaux, ONG locales ou internationales, secteur communautaire ou privé). L'échantillon vise à rassembler des professionnels aux expériences et profils diversifiés plutôt que d'assurer une représentativité empirique des professionnels locaux.

Le recrutement de cliniciens de professions et d'organisations variés a été choisi pour permettre aux participants de s'exprimer plus ouvertement sur les enjeux organisationnels de leur milieu respectif. Pour ma part, cette approche permettait également une plus grande marge de manœuvre au moment de la publication des résultats, sans compromettre la

⁵⁰ Aucun critère de sélection ne portait sur l'expérience directe du séisme, toutefois comme dans le cas d'autres catastrophes collectives (Bonano et al., 2010), on peut assumer que tous les habitants de Port-au-Prince ont été touchés de façon proximale ou distale.

confidentialité des sujets ou des organisations – un enjeu à considérer étant donné le nombre relativement restreint de cliniciens à Port-au-Prince.

Le nombre d'entrevues a été déterminé sur le terrain en fonction du « pouvoir informatif » (*informative power*) des données recueillies (Malterud, Siersma et Guassora, 2016), plutôt qu'en fonction d'une quête de saturation des données (Glaser and Strauss, 1999). L'ambition d'obtenir un ensemble total et « saturé » de faits et les principes épistémologiques qui sous-tendent de tels projets contrastent en effet avec les fondements de la majorité des méthodes qualitatives (Malterud, 2012) - particulièrement les recherches, comme la présente thèse, se situant dans une approche constructiviste et postulant que le savoir demeure partiel, positionné (Haraway, 1988)⁵¹. Le concept de « pouvoir informatif » (*informative power*) des données peut être considéré comme un aspect de la validité interne, qui se reflète notamment dans la capacité du matériel à produire de nouveaux savoirs à travers l'analyse et les interprétations théoriques – un pouvoir qui dépend de la pertinence de l'échantillon, de la qualité des données et du phénomène étudié, bien plus que du nombre de participants (Malterud, Siersma et Guassora, 2016). Variant selon divers critères (objectifs de l'étude; spécificité de l'échantillon; utilisation de théories établies; qualité du dialogue; stratégie d'analyse), la taille de l'échantillon doit être évaluée de manière continue durant le processus de recherche. J'avais initialement estimé qu'il faudrait entre 15-20 entrevues; 22 entrevues ont finalement été réalisées en fonction des critères susmentionnés, dépassant le nombre d'entrevue planifiées, notamment parce que plusieurs opportunités d'entrevues se sont présentées simultanément à la fin de la cueillette de données. En bref, la constitution de l'échantillon et sa taille reflètent un impératif de diversification des sources afin de recueillir une diversité d'expérience,

⁵¹ Le terme « saturation de la signification » plutôt que « saturation des données » proposé par Hennink, Kaiser & Marconi (2017) - « *heard it all* » plutôt que « *understand it all* » - nous semble aussi problématique dans le cas de cette recherche exploratoire.

tout en permettant une portée heuristique des données et une protection de la confidentialité des participants.

3.4.2 Stratégies de recrutement

La méthode boule-de-neige a été employée en raison du devis exploratoire et parce qu'il avait été envisagé qu'il pourrait être difficile de recruter des professionnels aux horaires chargés. Cette technique suppose d'identifier des informateurs clés qui peuvent ensuite référer d'autres individus en faisant diverger les sources autant que possible (Patton, 2002). Diverses stratégies ont ainsi permis d'identifier des participants potentiels. Le recrutement a été entrepris à partir du réseau informel établi avec certaines organisations et professionnels lors de congrès et de séjours précédents en Haïti. J'ai également envoyé des invitations par courrier électronique à diverses organisations et présenté la recherche dans des contextes professionnels ou informels (conférence, rencontres professionnelles, rencontres d'équipe sur le lieu de travail), invitant les candidats potentiels à me contacter s'ils souhaitaient participer. Mes coordonnées et une brève description du projet étaient diffusées. Par la suite, ces personnes ont parlé de l'étude à d'autres candidats potentiels dans leurs réseaux professionnels ou personnels. Parmi les personnes contactées, presque toutes ont accepté de participer mais certaines n'ont pu être rencontrées faute de temps⁵². Avec l'aide des informateurs clés, j'ai également tenté de faciliter la diversification des profils des participants en termes de genre et d'âge, ainsi que de profession et lieu de travail.

⁵² Une ou deux personnes ont finalement décliné en raison d'incompatibilité d'horaire avant la fin de mon séjour en Haïti. Une personne ayant partagé une opinion critique à propos du projet de recherche, par l'entremise d'un de nos participants, a aussi été sollicitée mais n'a finalement pas pu être rencontrée.

3.4.3 Profil des participants à la recherche⁵³

Les participants regroupent 22 professionnels en SMSP, dont 15 psychologues, 3 travailleurs sociaux, 2 médecins offrant de la psychothérapie, 1 psychiatre. Les participants incluaient 16 femmes et 6 hommes, âgés entre 28 et 64 ($x=43.7$; $SD = 12.5$). En moyenne, les cliniciens avaient 14.7 ans d'expérience clinique (entre 2.5 et 40 ans). Tous les participants étaient nés en Haïti, sauf une personne originaire d'un pays francophone des Caraïbes, installé à Port-au-Prince⁵⁴. Les cliniciens rapportaient avoir travaillé dans diverses organisations depuis le séisme, combinant fréquemment des postes dans des ONGI ($n = 16$), dans des ONG locales ($n = 14$), dans le secteur privé ($n=10$) et dans le système public haïtien ($n = 7$). La vaste majorité des participants ont mentionné avoir travaillé à un certain moment de leur carrière comme employé ou consultant pour une ONGI, dont la Croix-Rouge (diverses branches), Médecins sans Frontière, Médecins du Monde, l'OMS, OXFAM, *Partners in Health/Zanmi Lasanté*, UNICEF, USAID, etc. Le travail des participants était varié et impliquait les responsabilités variées, telles que : psychoéducation individuelle ou en groupe; thérapie de groupe; psychothérapie individuelle; counseling; défense des droits; supervision; enseignement; gestion.

En ce qui concerne la formation, 17 des 22 participants avaient obtenu un diplôme de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle, principalement à l'étranger (Amérique du Nord ou Europe). La majorité avait également suivi de multiples cours de formation continue offerts en Haïti par des organisations internationales en Haïti ou encore à l'international (Israël, Allemagne, Italie, Canada, États-Unis, etc.). La plupart des cliniciens ayant décrit leur approche clinique s'appuyait sur la combinaison de multiples répertoires de pratique

⁵³ Voir l'Annexe A.

⁵⁴ J'ai pris conscience de l'origine de cette personne seulement en fin d'entrevue. Puisque les critères n'excluaient pas de personnes nées ailleurs, tant qu'elles résidaient à Port-au-Prince, et puisque le récit de cet individu faisait écho à celui des résidents de Port-au-Prince natifs d'Haïti, j'ai choisi de garder cette entrevue dans le corpus de données. Toutefois, afin de protéger la confidentialité des sujets, je ne distinguerai pas les propos selon l'origine des participants.

(thérapie cognitive et comportementale, psychodynamique, art thérapie, thérapie centrée sur le trauma, EMDR, approche humaniste, etc.).

La représentativité de l'échantillon en termes des variables classique et spécifiques à la recherche pour les cliniciens à Port-au-Prince n'a pas été évaluée, puisque je ne visais pas à établir une représentativité empirique. Toutefois, le profil disciplinaire des participants se rapproche de celui des professionnels en santé mentale en Haïti, tel que documenté dans un rapport de l'OMS (2011)⁵⁵.

3.5 Cueillette de données

3.5.1 Entrevues semi-dirigées

L'entrevue semi-dirigée se prête bien aux objectifs de cette recherche, en ce qu'elle est versatile et permet à la fois d'explorer en profondeur les expériences vécues tout en s'assurant d'aborder les questions de recherche avec souplesse (Bernard, 2002, p. 206). Par sa structure, ce type d'entretien favorise en effet une certaine homogénéité des thèmes abordés, permettant la comparaison entre récits tout en demeurant ouvert au désir du participant d'orienter l'échange et à l'émergence de thématiques imprévues. Cette flexibilité de la modulation de l'entretien s'avère fertile pour le sujet de cette thèse, encore peu exploré (Savoie-Zajc, 1997).

L'entretien semi-structuré auprès de professionnels aux horaires chargés s'avère aussi très pertinent lorsqu'on n'a qu'une seule occasion de rencontrer nos informateurs, accoutumés à faire un usage efficace de leur temps (Bernard, 2002, p. 205). Les participants de cette étude ont été rencontrés une seule fois, à l'exception des deux premiers participants à la recherche, rencontrés à deux reprises. Il avait été jugé plus réaliste de mener un seul entretien avec nos informateurs, tant pour ne pas les

⁵⁵ Ces professionnels travaillaient tant dans des structures de soins publiques que privées. Voir rapporte de IESM-OMS (2011, p.24) ou le premier chapitre de cette thèse pour les chiffres exacts.

surcharger que pour faciliter la participation à la recherche. Certains ont d'ailleurs verbalisé une certaine lassitude face aux sollicitations des ONGI et des expatriés.

Les thèmes abordés durant l'entretien comprenaient : le travail avant le tremblement de terre; l'expérience pendant et après le séisme; le travail clinique; les facteurs facilitant ou entravant le travail; les changements rencontrés suites aux événements (voir l'Annexe B). La grille d'entrevue progressait graduellement vers les thèmes jugés plus sensibles. Des questions ouvertes ont été retenues pour permettaient aux participants de partager leurs expériences personnelles ou de se concentrer principalement sur leur expérience professionnelle s'ils le souhaitaient. Ainsi, tout en invitant les sujets à parler de leur vécu, j'ai évité de forcer le dévoilement d'expériences privées difficiles. Les questions ont été abordées de façon fluide, en suivant le cours de la conversation que les participants souhaitaient lui donner (Bernard, 2002, p206).

Compte tenu du matériel potentiellement traumatique évoqué par la recherche, l'entretien semi-structuré avait l'avantage d'offrir la liberté au participant d'évoquer ou non certains événements, de taire certaines expériences, d'en souligner d'autres. La flexibilité de ce type d'entretien, jumelée à l'écoute de la résistance des participants, m'a semblé essentielle au respect de la volonté de dévoilement ou de silence des sujets (voir la section sur l'éthique pour plus de précisions). Il m'est ainsi arrivé de proposer des pistes permettant de nous éloigner d'un contenu difficile, si cela semblait submerger mon interlocuteur. Par ailleurs, j'ai parfois adapté des questions de façon à les rendre plus génériques - une stratégie suggérée pour faciliter l'entrevue avec des participants réticents (Adler et Adler, 2005, p. 529) - par exemple en interrogeant quelques professionnels sur les enjeux rencontrés de façon générale, ou par leurs collègues.

3.5.2 Déroutement des entrevues

Les entrevues ont eu lieu durant l'été 2012, soit deux ans et demi après le séisme. Les entretiens ont duré entre 50 et 150 minutes. Les cliniciens qui ont accepté de participer à la recherche ont été rencontrés à un moment et à un endroit de leur choix, généralement sur leur lieu de travail, parfois dans des lieux publics permettant une certaine intimité (coin tranquille dans un restaurant ou dans un parc), à leur domicile ou chez l'intervieweuse. Autant que possible, j'ai privilégié des lieux calmes, neutres et confortables (Patton, 1987, p. 142). Toutefois, certains des participants ont choisi des lieux impliquant un certain va-et-vient, ce qui semblait les perturber moins que moi. Les questions ont été posées en français, la première ou deuxième langue des participants. Ceux-ci pouvaient aussi s'exprimer en Créole haïtien, que je maîtrisais suffisamment pour le comprendre⁵⁶.

3.5.3 Enregistrements, transcriptions et notes

Avec l'accord de chaque participant, les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un appareil numérique, puis entièrement transcrites dans leur langue originale, soit en français et en créole (quelques segments). Les éléments non-verbaux (rires, hésitations, silence, etc.) ont été inclus dans la transcription, ce qui a contribué à donner une texture au matériel, une impression de la qualité émotionnelle des propos (Patton, 1987), soutenant l'interprétation des données. Suite aux entrevues, j'ai également pris en note mes impressions et réflexions préliminaires sur le matériel, ainsi que les interventions partagées avant le début de l'enregistrement, ou après. En effet, il n'est pas rare que certains sujets partagent des informations très importantes en tout début d'une rencontre, ou une fois l'enregistrement terminé – des informations souvent sensibles et pertinentes pour la recherche (Warren, 2002, p.92). Ces éléments ont été ajoutés au corpus et leur provenance est précisée, lorsqu'utilisés dans les résultats.

⁵⁶ J'ai pris des cours de créole en 2004, puis en 2010.

3.5.4 Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique sommaire a été rempli par les sujets afin d'obtenir des données de base portant sur l'âge, l'état civil, l'occupation, la formation professionnelle, le nombre d'année d'expérience clinique. Le questionnaire a été complété en fin d'entretien. Ces données ont été colligées principalement pour décrire et situer les participants, tel que rapporté à l'Annexe A.

3.6 Analyse du matériel

La démarche de cette thèse s'inscrit dans un processus itératif, alternant entre processus inductif et déductif, tel que privilégié dans les approches qualitatives (Fereday et Muir-Cochrane, 2006), misant principalement sur l'analyse thématique ainsi que sur l'analyse par catégories conceptualisantes. Bien que les conventions concernant la présentation de la thèse favorisent habituellement une distinction très claire entre le cadre théorique et les différents moments de la démarche méthodologique, on reconnaît que ces sphères se développent souvent conjointement, se nourrissant l'une l'autre durant le processus de la recherche (Paillé et Mucchielli, 2008). Ce processus continu prend ainsi forme dans un aller-retour entre théorie et pratique. Pour la présente recherche par exemple, si le projet a été initialement nourri par certains éléments de la littérature et par les observations sur le terrain, l'analyse du matériel m'a par la suite menée à modifier le cadre conceptuel de manière à inclure la prise en compte des enjeux politiques, présents dans le matériel recueilli. De multiples allers-retours entre les données brutes, les mémos, les lectures ont nourri le processus. Par ailleurs, l'analyse des données ne s'est véritablement achevée que dans la rédaction des articles, utilisant de manières distinctes les approches méthodologiques présentées ici⁵⁷. Les sections qui suivent synthétisent donc différents moments de l'analyse qui se sont souvent chevauchés et entrecroisés.

⁵⁷ L'utilisation de l'analyse par théorie conceptualisante a été réalisée à des degrés différents selon les articles, tel que décrit dans chacun des manuscrits.

3.6.1 Mémos et résumés

Tout au long du processus de la recherche, j'ai rédigé des mémos concernant les observations sur le terrain, mes impressions suite aux entrevues, des enjeux méthodologiques et analytiques, des notes qui ont nourri par la suite tout le processus de recherche. Ce travail d'annotation a facilité l'analyse en soutenant l'élaboration de la pensée et la réflexion analytique (Maxwell, 2005). Chaque entretien a également été résumé, en identifiant les thèmes majeurs abordés par chaque sujet, les liens entre les différentes catégories d'intérêt au sein de chaque récit, ainsi que mes impressions. Ce résumé constituait un repère pour l'analyse des données, une synthèse dynamique revisitée et enrichie au fil de l'analyse (Ayres, Kavanaugh et Knafl, 2003).

3.6.2 Préparation à l'analyse et lecture phénoménologique

Avant d'entamer l'analyse, à partir d'une lecture flottante, je me suis (re)plongée dans les données en relisant les entretiens, ainsi que les notes de terrains et mémos colligés. L'examen phénoménologique du matériel et l'immersion du chercheur dans les récits recueillis constitue une des premières étapes du processus d'analyse d'une recherche qualitative comme celle-ci, qui vise à mieux comprendre l'expérience des sujets telle qu'elle s'exprime dans leurs récits (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 85). Cette approche suppose une écoute attentive de l'altérité, un retour constant aux témoignages, aux observations et à ce qui se dit de l'expérience des sujets, afin de « donner la parole avant de la prendre soi-même » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 86). Pour ce faire, il faut donc tenter de « faire silence en soi » et de mettre entre parenthèse les idées préconçues (après les avoir identifiées), afin de mieux comprendre la logique intérieure du récit, en tenant compte du sujet et son intention de communication (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 86-87).

Dans le cadre de cette étude, j'ai ainsi lu et relus les transcriptions de multiples fois, de manière à m'y plonger, me laissant décentrer et surprendre par le matériel recueilli. Cette approche s'est avérée particulièrement utile pour le sujet de cette thèse

concernant des expériences traumatiques. Par exemple, il m'est arrivé de prendre conscience seulement à la deuxième lecture de l'irruption de matériel traumatique dans un entretien spécifique, ensuite recouvert par mon interlocuteur, me permettant de saisir les façons dont certains matériaux peuvent être évités tant par le narrateur que par celui qui l'écoute. Par ailleurs, cette lecture m'a permis d'être à l'écoute des thèmes émergents des entretiens, dont les enjeux politiques, ou encore l'importance des dimensions structurantes du travail clinique pour les soignants, tel que discuté dans les prochains chapitres. Une première lecture flottante des entretiens m'a ainsi servi de caisse de résonance et d'espace d'appropriation du matériel.

3.6.3 Analyse thématique

L'analyse thématique a été privilégiée dans un premier temps puisqu'elle permet à la fois de décrire le matériel en finesse et de formuler des pistes interprétatives (Braun et Clarke, 2006, 2012). Ce type d'analyse consiste d'abord à « procéder systématiquement au repérage, au regroupement, et subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 162). Repérer et documenter les thèmes constitue ainsi une des premières étapes, avant de procéder à une analyse pour faire « parler » les données, et d'alterner entre processus inductif et déductif de l'analyse (Fereday et Muir-Cochrane, 2006).

Après m'être familiarisée avec le matériel, j'ai entamé une première analyse en continu impliquant d'abord la description du matériel par les thèmes émergents (Fereday et Muir-Cochrane, 2006). De façon plus concrète, sur les documents word ou papiers, j'ai identifié au fil de la lecture des thèmes émergents (ex : retourner travailler par devoir; audace de faire de nouveaux projets) et certains méta-thèmes émergents (ex : alternance entre proximité/distance). Cette thématisation « en continue » caractérise également l'analyse par théorisation ancrée (Charmaz, 2006). Les thèmes descriptifs découlant des questions d'entrevue (ex : les défis du travail clinique, les éléments soutenant) ont

également été notés pour faciliter la navigation (Maxwell, 2005). Les marges des documents ont ainsi servi à recueillir les impressions de thèmes, de méta-thèmes, de possibles liens entre eux.

À partir des thèmes générés lors de cette première phase, un premier arbre thématique a été élaboré, regroupant les thèmes en méta-thèmes (et non l'inverse), en les définissant et les précisant. Un arbre thématique provisoire a été élaboré à partir des thèmes descriptifs et interprétatifs (Maxwell 2005, p. 96)⁵⁸, en discussion avec les directrices de recherche. Les thèmes ont été choisis en fonction de l'importance de leur investissement et de leur récurrence (Paillé et Mucchielli, 2008, p.174). Afin de valider cette grille d'analyse préliminaire, trois entrevues ont été lues et analysés par une des directrices de recherche (GH). Nous avons ainsi pu comparer nos impressions, clarifier les thèmes et sous-thèmes, leur définition et dénomination dans l'arbre thématique, qui s'en est trouvé amélioré.

Comme le précisent Paillé et Mucchielli, dans ce type de thématisation, l'arbre « se construit progressivement, tout au long de la recherche, et n'est véritablement parachevé qu'à la toute fin de l'analyse du corpus » (2008, p.166). Une telle approche peut générer des centaines de thèmes, aucun corpus n'échappe aux contradictions; l'arbre thématique ne vise pas à absorber les tensions et incohérences mais à soutenir l'élaboration du sens et des relations entre les thèmes (Braun et Clarke, 2006, p. 89). Certains thèmes ont ainsi été laissés de côté en raison de leur pouvoir explicatif moindre en comparaison à d'autres, et cela pour les questions de recherche retenues.

⁵⁸ Les premiers, qu'on pourrait qualifier d'« emic », sont substantifs, plus près du discours des participants (impact du séisme sur le milieu de travail). Les seconds, plus théoriques, « etic », représentent les concepts du chercheur et peuvent émerger d'un processus d'abstraction, d'interprétation ou de théorie pré-existantes (tension entre le désir de partir/rester; place du silence/dévoilement). Selon Maxwell (2005), l'organisation formelle d'une grille de codification devrait comprendre ces deux types de thèmes afin de rendre compte des énoncés qui ne peuvent être initialement casé dans des catégories, d'entamer le processus d'interprétation, tout en permettant la récupération d'extraits d'entretien et la réflexion sur les liens entre ces thèmes (p.98).

Le logiciel d'analyse qualitative NVivo a été employé pour organiser et analyser le matériel, dans un processus de déconstruction et de reconstruction du corpus (Miles et Huberman, 1994). Les verbatims transférés dans le logiciel ont été traités dans la même démarche décrite plus haut (Fereday et Muir-Cochrane, 2006). Bien qu'elle soit chronophage, l'approche de codification/thématisation itérative et continue adoptée ici assure une plus grande validité de l'analyse (Paré et Mucchielli 2008, p.174). Si le logiciel NVivo facilite le retrait d'extraits d'entrevues par thèmes et la comparaison entre sujets, il peut toutefois mener à un morcellement des récits. Je suis donc régulièrement revenue à mes documents papiers annotés afin de préserver le flot narratif des verbatim, la tension entre les éléments explicites et implicites, utiles à l'analyse. D'ailleurs, la démarche de cette étude implique de se pencher sur ce qui est dévoilé, mais aussi sur ce qui est gardé sous silence; esquivé, laissé en suspens – des éléments difficiles à coder dans un logiciel.

3.6.4 Analyse par catégories conceptualisantes

L'analyse du corpus ne s'est pas réduite à découper le discours en fragments, ou à un ensemble de thèmes préétablis, par exemple en décrivant les éléments qui soutiennent ou qui entravent le travail des cliniciens. Elle a impliqué un travail de mise en relation des différentes dimensions qui sous-tendent l'expérience des soignants, de manière dynamique. Plusieurs conçoivent l'analyse thématique comme impliquant une telle forme de conceptualisation et d'élaboration des relations explicatives entre les thèmes (Braun et Charmaz, 2012). Toutefois, l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes est reconnue pour avoir établi les bases de l'élaboration de pistes explicatives concernant les phénomènes, au-delà de leur description. Ce type de démarche, issu de la tradition de la théorisation ancrée, soutient l'élaboration des logiques sous-jacentes ou des processus traversant les récits, de manière à en faire sens (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 234-236, 250-251). Tel que présenté plus loin, ces catégories visent à donner sens aux phénomènes sociaux dans leur dimensions dynamiques, mouvantes (Charmaz, 2006).

À partir de la mise en relation des thèmes, entamé dans le travail de thématisation, j'ai ainsi établi des catégories (ou méta-thèmes) choisies pour leur force explicative (Patton, 2002). Cette démarche vise à éclairer les façons dont les acteurs donnent sens à leurs expériences, les liens entre thèmes et phénomènes, tels qu'ils sont narrés (Maxwell, 2005, p. 96), de manière à inscrire les récits des soignants en contexte. L'élaboration de ces catégories, souvent conceptualisées à partir de termes dynamiques ou de pôles, ont été élaborées en dialogue avec les directrices de recherche, nourries par la rédaction de mémos et les lectures.

La méthode d'analyse retenue pour cette recherche suppose donc un travail itératif de description, d'analyse inductive (visant l'élaboration de catégories explicatives) et de travail de déduction interprétative, visant la mise à l'épreuve du schéma interprétatif généré. Le mode d'éllicitation cède éventuellement le pas à un mode de déduction permettant de mettre à l'épreuve les concepts élaborés pour nommer les phénomènes étudiés (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 249). Ce travail d'analyse s'est d'ailleurs poursuivi tout au long de la rédaction des articles et de la thèse.

3.6.5 Retour auprès d'informateurs clés

En fin de parcours, un sommaire des résultats a été présenté et discuté verbalement avec deux participants, permettant à la fois de valider l'analyse et de souligner l'importance de certaines données en particulier selon leur perspective. De nouveaux informateurs ont été sollicités afin de recueillir leurs impressions pour les publications à venir.

3.6.6 Notes sur la rencontre et sur les enjeux transféro-contretransférentiels

Chaque entrevue suppose un récit adressé à une personne particulière, dans un contexte précis. Tel que discuté plus tôt, les entretiens de cette étude se sont inscrits dans un contexte marqué une présence humanitaire importante, suscitant des réactions

ambivalentes dans la population face aux étrangers, oscillant entre espoirs et reconnaissance, colère et déception. Dans une perspective historique, la présence des étrangers a été décrite comme ravivant les souvenirs douloureux de la colonisation (Husseini, Mouchenik et Moro, 2015). Dès lors, mon statut d'étrangère m'assignait potentiellement à une position hautement chargée. En effet, au moment où un chercheur s'insère dans un groupe, selon Devereux, il se voit assigné une place et un rôle, établi à partir de paramètres préexistants, auxquels il se conformera plus ou moins. Ce « rôle complémentaire » - terme que Devereux emprunte à Helene Deutsch pour parler du contre-transfert – vient d'une « constante structurelle » :

Toute société propose des définitions et un apprentissage pour les interactions de type courant, afin de préciser ce qu'il convient de faire pour entrer dans une réciprocité convenable, aussi bien pour que l'individu sache jouer le rôle qui lui est alloué, mais aussi ce qu'il doit attendre d'un autre individu, quitte à déclencher chez lui quelques marques de consentement et le comportement complémentaire du type qu'il est en droit d'espérer. (Devereux 1980 :328)

Ces rôles complémentaires doivent toutefois être négociés selon plusieurs marqueurs identitaires des interlocuteurs. Les récits des cliniciens étaient sollicités par une femme blanche, dans la trentaine, d'origine canadienne plurielle, doctorante en psychologie, n'ayant pas vécu le séisme. L'invitation à me partager leur expérience pouvait être reçue différemment par les participants notamment selon leur âge, leur genre, leur statut professionnel et social, en plus de leurs expériences personnelles (ainsi que l'interaction entre ces différents éléments). La définition de la « réciprocité convenable » et des « rôles complémentaires » s'est indubitablement trouvée affectée par le croisement des différents types de relations. On peut notamment s'interroger sur la possibilité que l'échange entre une chercheuse blanche et des participants haïtiens ait évoqué en filigrane des rapports d'exploitations historiques entre descendants de décolonisés et d'anciens colonisateurs (Delanoë et Moro, 2016). En revanche, il est possible que mon statut de jeune femme étudiante m'ait assigné à un rôle symboliquement moins menaçant. L'expression de l'insatisfaction par exemple face

aux interventions humanitaires a pu être décuplée ou au contraire minimisée selon les perceptions que mes interlocuteurs avaient de mon statut. Par ailleurs, le fait que je n'ai pas vécu le séisme et que je m'intéresse à leur expérience comme (futurs) collègues, étant moi-même en formation, pouvait également évoquer différents rôles complémentaires du type clinicien d'expérience/étudiant, survivant/voyeur, ou de potentiels collègues. À travers les échanges avec mes directrices, jouant le rôle de Tiers, les réflexions sur les dynamiques transféro-contre-transférentielle et sur les diverses assignations communautaire ont permis de contextualiser certaines paroles, nourrissant l'analyse des entretiens.

Dans la recherche et dans l'après-coup, durant le processus d'analyse et d'écriture, l'attention aux mouvements transféro-contre-transférentiels s'est avérée importante pour faire sens de certains nœuds rencontrés dans l'analyse, dans l'écriture, ainsi que pour mieux comprendre ce a pu se transmettre (ou non) dans les entretiens. Bien entendu, la ligne de « démarcation » entre ce qui appartient à soi ou à l'autre est mobile, flexible, et la distinction entre ce qui provient de chacun peut s'avérer fort complexe (Lachal, 2006, p.39). Néanmoins, l'adresse des participants doit être entendue en tenant compte des paramètres de la rencontre. Le processus d'analyse se trouve enrichi par l'attention aux dynamiques culturelles et psychiques sous-jacentes, bien qu'elles demeurent toujours en partie insaisissables.

Les blancs et le séisme

*« Encore une blanche qui fait une recherche sur le séisme!
S'il n'avait pas existé, ils l'auraient inventé. »*

C'est avec un certain amusement, le sourire en coin, que Dominique me rapportait les propos d'une amie qui s'insurgeait à l'idée qu'on puisse « perdre son temps avec la blanche » en faisant une entrevue. Ce faisant, mon interlocutrice m'invitait à considérer l'ambivalence de certains, et possiblement la sienne, face aux recherches menées par des « blancs » sur le séisme. Le commentaire suggérait également que les malheurs d'Haïti faisaient le bonheur des « blancs », tout en insinuant qu'ils avaient le pouvoir de déclencher des catastrophes comme le séisme. Au-delà de la présente étude, les paroles rapportées par Dominique reflétaient la colère face aux pratiques prédatrices des étrangers, face au drame inouï et à l'aide insuffisante, peut-on imaginer. En filigrane, ces paroles attribuaient un pouvoir de destruction immense aux blancs dont je faisais partie. Je me sentais assignée dans la position de l'agresseur - une posture que je trouvais fort inconfortable. Ces propos m'ont interrogée sur les dimensions potentiellement nocives de la recherche dans le contexte post-séisme. Également, l'attention à ce que ce transfert culturel provoquait en moi, tout comme l'écoute d'autres mouvements transférentiels et contre-transférentiels sur le terrain, me permettrait de façon plus large, d'expérimenter de l'intérieur certaines des dynamiques traumatiques et des enjeux transculturels inhérents au contexte post-séisme.

3.7 Balises éthiques

Les prochaines pages présentent les repères éthiques qui ont circonscrit cette thèse, dont le respect de la personne, la considération des risques et bénéfices, ainsi que les enjeux liés à la confidentialité et à la représentation. Ces enjeux étaient présentés aux

participants dans le formulaire de consentement (en Annexe C). Tel que discuté, plusieurs mesures ont été mises en place afin de s'assurer que cette étude respecte les normes éthiques de la recherche en sciences sociales.

3.7.1 Risques et bénéfices

De façon générale, cette recherche s'inscrit dans un souci de respect de la personne et des droits fondamentaux. Afin de s'assurer de la participation libre et éclairée, les participants ont été informés des objectifs et procédures de la recherche, des risques et bénéfices impliqués, ainsi que de la dimension volontaire de la recherche.

Dans le cas de cette étude, un enjeu important à considérer demeurerait la nécessité de minimiser les risques pour les participants. Cette recherche pouvait réactiver chez les soignants des souvenirs pénibles, il apparaissait donc important de prêter attention à l'impact des entretiens sur le bien-être des participants à la recherche. En effet, dans certains cas, il est apparu que le vécu traumatique de certains cliniciens revêtait un caractère actuel, notamment en raison de la force de la reviviscence du séisme et/ou des enjeux de sécurité persistant dans leur quotidien (milieu de travail dangereux; instabilité du lieu de résidence; vécu de violence dans le quotidien). Afin de minimiser les risques, aucune question ne concernait directement l'expérience du tremblement de terre ou d'autres vécus traumatiques; des questions larges laissaient les participants libres d'en parler ou non. Le respect de la possibilité de « se cacher », de ne pas dire, est en effet un enjeu crucial lorsqu'il s'agit de récits d'événements traumatiques (Lachal, 2006). Par ailleurs, mon expérience antérieure en recherche et en clinique m'avaient préparée dans une certaine mesure à mener des entretiens qui favorisent la parole sans la brusquer, en respectant les silences et les évitements, et en offrant un cadre qui puisse être contenant. Il s'agissait d'être à l'écoute des silences et des associations, de soutenir le récit sans l'entraver ni le brusquer. Les entrevues ont également été menées de manière à moduler l'évocation du contenu traumatique, si

celui-ci me semblait déborder le sujet ou figer la parole. Par exemple, il m'est arrivé de rompre certains silences ou de réorienter le cours de l'échange vers des contenus qui me semblaient moins chargés, s'il me semblait que le matériel évoqué débordait le sujet. Les participants étaient également informés de leur droit de ne pas répondre à toutes les questions et de se retirer de l'étude à tout moment.

La participation à la recherche pouvait toutefois comporter quelques bénéfices directs ou indirects potentiels. D'abord, il est probable que les personnes qui ont décidé de participer aient souhaité raconter leur histoire et que l'espace de parole offert par l'entretien ait pu leur être bénéfique, ce qui a d'ailleurs été souligné par certains cliniciens. Certains soignants, particulièrement ceux rapportant un sentiment d'isolement professionnel, ont en effet nommé avoir apprécié le fait de parler de leur expérience. Par ailleurs, le souhait de faire entendre une certaine insatisfaction a également pu être bénéfique pour certains participants. En effet, plusieurs ont souligné l'importance de faire entendre aux organisations humanitaires et à la « communauté internationale » que certaines interventions pouvaient malencontreusement nuire plutôt qu'aider.

De façon plus générale, le sujet de recherche de cette thèse a notamment été choisi dans un souci de mettre en lumière l'expérience d'acteurs clés insuffisamment considérés dans la littérature scientifique, ainsi que dans les couvertures médiatiques des efforts humanitaires et dans les campagnes de financement des ONGI, qui mettent habituellement en scène des travailleurs expatriés. Ainsi les entretiens ont également pu offrir aux participants un espace où partager les enjeux de leur travail, leur contribution à la relance de leur pays, et leur colère face à certaines interventions. Dans cette optique, cette recherche vise à répondre à une lacune de la littérature et à fournir offrir des pistes permettant de mieux comprendre et de soutenir le travail crucial des cliniciens locaux, en Haïti et ailleurs.

3.7.2 Confidentialité

La question de la confidentialité des participants est également été considérée avec sérieux, notamment parce que le milieu des professionnels de la SMSP à Port-au-Prince constitue une communauté aux liens étroits, dans laquelle plusieurs membres pourraient facilement se reconnaître. Afin de protéger les données brutes, les transcriptions ont été dénominalisées, un code d'identification a été attribué à chaque sujet et les données ont été conservées sous clefs et/ou dans des fichiers protégés par codes d'accès. Seules la chercheuse, les codirectrices et la transcriptrice (liée par un contrat de confidentialité) ont eu accès à la totalité des entrevues. En ce qui concerne la diffusion des résultats, les données de la recherche (incluant des extraits d'entrevues), sont/seront diffusées à travers des articles et conférences en protégeant l'anonymat des participants. D'abord, c'est dans le souci de protéger la confidentialité que l'analyse a été orientée vers les questions traversant les récits plutôt que vers l'exploration des histoires singulière (des études de cas par exemple). Dans les publications, j'ai omis d'identifier les extraits ou utilisé un prénom fictif et éliminé/transformé les éléments narratifs qui permettrait d'identifier les participants. Certains éléments des récits ont également été mis de côté, en dépit de leur richesse, afin de m'assurer de protéger la confidentialité.

3.7.3 Enjeux de représentation

Finalement, un des enjeux éthiques qui m'a interrogée sur le terrain, et plus particulièrement durant l'analyse et la rédaction de cette thèse, concerne la question de la représentation – ce qui peut se dire, en fonction de celui ou celle qui raconte. Tel que discuté dans le premier chapitre, plusieurs chercheurs des Caraïbes ont dénoncé une tradition de récits stéréotypés, essentialisant ou victimisant d'Haïti, aggravant les difficultés du pays (Farmer 1994; James 2010; Trouillot, 2004; Ulysses, 2015). Les discours polarisés sur Haïti s'élaborent sur le thème non seulement la misère mais

également la résilience quasi surhumaine attribuée aux Haïtiens. Six mois après le séisme, la journaliste Ansel Herz (2010) relevait ainsi les stéréotypes employés dans les médias :

For starters, always use the phrase 'The poorest country in the Western hemisphere.' Your audience must be reminded again of Haiti's exceptional poverty... You are struck by the resilience of the Haitian people. They will survive no matter how poor they are. They are stoic, they rarely complain, and so they are admirable. The best poor person is one who suffers quietly.

Pour Clitandre (2011), spécialiste de la littérature caribéenne, le *buzzword* que constitue le terme de résilience s'impose justement comme nouveau signe problématique de l'exceptionnalisme haïtien :

[T]his positive language of Haitian exceptionalism, which recognizes Haiti's history of resistance, has been co-opted by the media in problematic ways.... We now talk of the resilience of Haitians living in exceptional circumstances, so much so that they can live in a state of degradation for some time, and are able to do so because of a never ending history of struggle and resistance that now gets foregrounded to recognize their exceptional ability to suffer. (p. 150-151)

Un enjeu consiste donc à représenter la clinique post-séisme en tenant compte de la complexité de la situation, des difficultés et des capacités de résistances locales, sans tomber dans les excès dramatiques ou romantiques de la représentation de la souffrance (James, 2010) – un travail soutenu par les visites de terrain, une compréhension des enjeux historiques et politiques, ainsi qu'une écoute attentive des acteurs clés. Toutefois, la question de la légitimité à traiter du sujet de cette thèse, en raison de ma positionnalité et de mon identité, m'a interrogée tout au long du processus. N'ayant pas vécu le tremblement de terre et n'étant pas d'origine haïtienne, m'était-il possible de comprendre ne serait-ce qu'une part de l'expérience des professionnels? Avais-je la légitimité nécessaire pour faire part de ma compréhension? Au fil de l'analyse, des échanges et de l'écriture, réfléchissant à la générosité des cliniciens ayant participé à cette recherche, il m'est progressivement apparu essentiel de reconnaître et d'honorer la confiance qu'ils m'avaient octroyée en me partageant une part de leur expérience.

C'est en étant portée par leurs témoignages et les questions suscitées par nos rencontres que j'ai poursuivi l'écriture, tout en demeurant consciente de la positionalité et de la partialité de cette recherche.

3.8 Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai présenté les repères méthodologiques et éthiques qui ont soutenu la démarche de cette recherche. Les quatre prochains chapitres concernent des publications, une première théorique et les trois autres empiriques. Une thèse par article implique le recours à des stratégies discursives variant selon les arènes publiques ciblées pour la diffusion, rappelant la métaphore du kaléidoscope. En effet, le choix de journaux scientifiques francophones et anglophones en a structuré cette thèse de manière bien pragmatique, en orientant la forme, le vocabulaire et les répertoires théoriques sollicités dans le dialogue. Le passage d'une langue à l'autre suppose également des postures épistémologiques parfois légèrement différentes, inscrivant ce travail dans des univers sémantiques, politiques et poétiques multiples. Les prochains chapitres présentent certains des multiples angles qui peuvent être adoptés afin de mieux comprendre l'expérience complexe de cliniciens suite au séisme du 12 janvier à Port-au-Prince.

PONT

Le prochain chapitre présente un acte de colloque, intitulé « Deuil Traumatique suite au séisme: Regards psychodynamiques et anthropologiques », présenté dans le cadre du 1^{er} Congrès de l'Association haïtienne de psychologie, à Port-au-Prince, en juin 2011. L'objectif de cette communication était de proposer quelques repères théoriques démontrant la pertinence d'une perspective complémentariste, alliant psychanalyse et anthropologie, pour penser l'interaction entre les traumatismes et deuils collectifs. Bien que suite à cette conférence les enjeux du terrain m'aient menée à explorer plus précisément l'expérience des professionnels, la présente réflexion sur le deuil a nourri ma compréhension du travail des cliniciens de Port-au-Prince. Cet acte de colloque permettait également de contextualiser leur expérience professionnelle, une des visées du présent projet.

CHAPITRE IV

LE DEUIL POST-TRAUMATIQUE DANS LE CONTEXTE DES ÉVÉNEMENTS DU 12 JANVIER : REGARDS PSYCHODYNAMIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES SUR LA GESTION DE LA RUPTURE ET DU LIEN

Acte de colloque publié

Annie Jaimes, Ph.D.(c)
Département de psychologie, UQAM
Équipe de Recherche et d'Intervention transculturelles, CSSS de la Montagne

Jaimes, A. (2013) « Le deuil post-traumatique dans le contexte des événements du 12 janvier : regards psychodynamiques et anthropologiques du la question de la rupture et du lien », dans *La santé mentale en Haïti après le 12 janvier 2010 : Traumatisme, approches et traitements. Actes de colloque*. Revue haïtienne de santé mentale. Sous la direction de R. Jean-Jacques et M. Clermont-Mathieu. Pps 125-137.

4.1 Avant-propos

Cette communication exploratoire propose quelques pistes de réflexion que je développerai dans ma recherche doctorale, portant sur les stratégies singulières et collectives des familles dans le processus de deuil suite au séisme. Trouver les mots justes pour parler de deuil ou de trauma n'est pas aisé. De plus, n'étant pas Haïtienne, et n'ayant pas vécu le séisme, je pose ici un regard en extériorité sur ces questions. J'ai écrit ce texte habitée par un certain malaise, émergeant de cette distance, de la conscience des limites de mon regard, de mes mots, des théories auxquelles je me réfère, ainsi que de la nécessité de préserver des espaces de silence pour ce qui échappe, et pour ce qui demeure innommable. La distance et mon malaise demeurent, mais peut-être font-ils partie prenante de ce questionnement et de ces explorations entre voix intérieures et extérieures ?

4.2 Introduction

Lorsque la mort survient de façon abrupte et massive, le travail de deuil peut s'avérer plus difficile tant sur les plans intrapsychique que collectif. Bien que la grande majorité des individus qui vivent des deuils post-traumatiques se remettent de ces pertes, la combinaison synergique du deuil et du trauma peut s'avérer particulièrement pathogène pour certaines personnes (Neria et Litz, 2004). Le travail du deuil en contexte post-traumatique comporte en effet des processus et des risques psychiques particuliers, qui demeurent encore relativement peu explorés dans la littérature (Raphael *et al.*, 2004; Romano *et al.*, 2006).

Dans cette communication j'explorerai quelques pistes psychodynamiques et anthropologiques pour aborder certains enjeux du deuil dans des contextes de catastrophes naturelles, tels que celui des événements du 12 janvier. Il ne s'agit pas d'un tour d'horizon complet, mais d'une réflexion à partir de quelques textes choisis.

Comme plusieurs conférences du congrès ont déjà abordé la question du trauma, je m'attarderai plus spécifiquement à celle du deuil. J'examinerai comment l'interaction entre le deuil et le trauma peut complexifier le travail d'élaboration sur le plan psychique, puis je discuterai du deuil en tant que rite de passage, pour les défunts et pour leurs proches. J'avancerai que le travail intrapsychique et les rites sociaux qui entourent le deuil ont un objectif commun, soit de séparer les vivants des morts tout en réinventant le lien qui les unit, et que ces mécanismes sont mis à l'épreuve dans le deuil post-traumatique, sans pour autant être invalidés.

4.3 Le travail de deuil : entre rupture et continuité

Le travail de deuil est classiquement défini en psychodynamique comme le long processus intrapsychique, suite à la perte d'une personne ou d'un objet d'attachement, qui suppose la rupture des multiples liens conscients et inconscients avec la personne ou l'objet perdu. Cette notion est intimement liée à celle de l'élaboration psychique, la nécessité de lier les expériences traumatisantes (Laplanche et Pontalis, 2009). Freud décrit le travail de deuil comme une tâche « extraordinairement douloureuse » qui demande une quantité importante d'énergie, et qui se butte à une « rébellion compréhensible » contre le principe de réalité et contre l'acceptation de la disparition (Freud, 1915). Le détachement doit s'accomplir sur chacun des souvenirs et chacun des espoirs, conscients et inconscients, et la réalisation du travail de deuil implique ultimement de se séparer du défunt en choisissant un sort différent : celui de la vie (Freud, 1915).

Mélanie Klein complète cette définition du travail du deuil, axée sur la rupture, en introduisant plus explicitement les notions d'incorporation et d'introjection comme processus cruciaux transformant le lien avec l'objet perdu dans le deuil (1934, 1939). En explorant les parallèles entre la position dépressive du nourrisson face au sevrage et le processus de deuil normal, Klein remarque que dans les deux cas, le sujet se trouve

non seulement devant la douleur d'avoir perdu un bon objet, mais aussi devant la crainte d'avoir perdu tout bon objet, et devant le besoin de « reconstruire anxieusement le monde intérieur qu'on sent menacé de déchéance et d'effondrement » (1939 :97)⁵⁹. Pour Klein, le deuil confronte le sujet adulte à une expérience déjà vécue dans l'enfance, et son travail consiste à réinstaller l'objet aimé à l'intérieur de soi, comme tous les objets internes que le sujet a l'impression d'avoir perdu (Klein, 1939 :117). Klein souligne que la mise à l'abri du disparu dans la mémoire du survivant, de façon permanente et vivante, est cruciale au travail du deuil. Cette possibilité qu'un proche, même après son décès, continue à vivre dans notre souvenir apaise ainsi la douleur du deuil et rend tolérable l'acceptation de l'inévitable rupture (Rubin, 1996).

4.4 Deuil normal, compliqué, traumatogène ou post-traumatique?

Les cliniciens et chercheurs s'intéressent depuis longtemps aux processus d'adaptation au deuil et au trauma, mais ces sujets ont traditionnellement été étudiés séparément outre quelques exceptions (Neria et Litz, 2004). Depuis les 15 dernières années cependant, les interactions complexes entre le deuil et le trauma suscitent un intérêt croissant. Le processus de deuil variant beaucoup d'un individu et d'une culture à l'autre, il est difficile de tracer une ligne définitive entre un deuil anormal et pathologique (Neria et Litz, 2004). On reconnaît toutefois qu'une faible proportion d'individus éprouve des difficultés à long terme à se rétablir et à reprendre ses activités (Parkes et Weiss, 1983). Dans certains cas, la nature de la relation à la personne perdue, les circonstances de la mort, ou un trauma accompagnant le décès peuvent complexifier, voir bloquer le processus d'élaboration psychique de la perte.

⁵⁹ Cet état rappelle la perte d'espoir (« breaking of faith ») décrite par Winnicott en lien avec les expériences traumatisantes, comme si le sujet perdait la foi dans sa capacité de retrouver des objets d'amour, ou dans sa capacité d'aimer (Winnicott, 1965 :146).

Il n'existe actuellement pas de consensus dans la littérature concernant la nosologie des complications du deuil. Certains ont proposé les termes de deuil traumatique (Neria et Litz, 2004; Prigerson *et al.*, 1997; Prigerson *et al.*, 2001; Raphael et Martinek, 1997, 2004) ou de deuil post-traumatique (Bacqué, 2006, 2003a, 2003b), et le terme de « deuil compliqué », proposé pour le DSM-V (Horowitz *et al.*, 1997; Shear, 2008; Shear *et al.*, 2005). Nous nous penchons ici sur une expérience que certains auteurs ont nommée « deuil post-traumatique », qu'on peut définir comme une forme spécifique de deuil compliqué, provoqué par l'expérience combinée de la perte d'un proche et d'un événement traumatique (Bacqué, 2003a, 2006)⁶⁰. Le deuil traumatogène, ou deuil traumatique seraient conçus comme des deuils dans lesquels la perte est elle-même ressentie comme traumatique (Neria et Litz, 2004). Bien que ces notions deuil compliqué et de deuil post-traumatique offrent certains points de repères, il faut prendre en considération le fait qu'elles émergent de traditions épistémologiques spécifiques et qu'elles ne reflètent pas nécessairement ces processus dans toutes les sociétés. Après avoir examiné les dimensions intra-psychiques du deuil post-traumatique, nous aborderons donc quelques repères anthropologiques et contextuels afin de s'interroger sur leur pertinence et leurs limites dans le contexte haïtien suite au tremblement de terre du 12 janvier.

4.5 Les dimensions intrapsychiques du deuil post-traumatique

Dans le deuil post-traumatique, le trauma est double : celui d'avoir échappé à la mort, et celui de perdre l'autre dans des conditions difficiles, voir catastrophiques.

⁶⁰ Le deuil compliqué se retrouverait souvent en comorbidité avec la dépression majeure, le TSPT, ou les deux (75%), mais s'en distinguerait par son profil spécifique (Shear, 2008). Il n'y a pas encore de consensus clair sur les critères de ce syndrome, cependant les recherches suggèrent que la personne souffrant de deuil compliqué manifesterait des signes de deuil aigu plus de 6 mois après le décès, et présenterait certains signes comme des ruminations excessives autour du disparu, des sentiments de culpabilité, un évitement excessif, de la colère, et une difficulté à reprendre ses activités avec plaisir (voir Shear, 2008).

L'expérience traumatique nécessite un temps et un travail d'élaboration, qui pourraient entrer en compétition avec le travail du deuil, voir le bloquer.

La sidération face au trauma constitue sans doute le premier obstacle potentiel à l'élaboration psychique de la perte et à l'épreuve de la réalité. Dans un premier temps, le trauma peut provoquer un prolongement de la phase de sidération et bloquer le processus d'élaboration psychique du trauma et du deuil (Bacqué, 2003a), notamment à travers les dissociations péri-traumatique (Marmar *et al.*, 1994). L'angoisse de la mort et la terreur constituent des souffrances majeures pour tout sujet, et à ces affects s'ajoute la douleur de la perte. Le sujet peut être submergé, sidéré, et les processus de liaison bloqués, ce qui contribue au sentiment d'irréalité et à la difficulté d'appropriation subjective de l'expérience de la perte. Bien que le deuil et l'état de stress post-traumatique suscitent tous deux des états de sidération, celui-ci est plus important et plus long dans le trauma. Le travail du deuil est alors bloqué par la quantité d'affect et de la déliaison découlant de la menace de mort (Bacqué, 2006 :360).

Deuxièmement, la mémoire est durement mise à l'épreuve dans l'expérience du deuil post-traumatique, et soumise à des mouvements contraires. Lors d'un deuil « normal », l'endeuillé recherche avec nostalgie à retourner dans le passé, à retrouver symboliquement la personne disparue, à travers des souvenirs revisités (Bacqué, 2006; Bacqué et Hanus, 2000). Le travail du deuil « normal » se fait entre autres grâce à la remémoration et au dénouement progressif des multiples liens qui attachent l'endeuillé au défunt (Freud, 1915). Dans le deuil post-traumatique cependant, ce mouvement de retour progressif dans le passé est troublé par la violence des souvenirs. D'une part, on assiste à l'évitement des souvenirs traumatiques, la remémoration étant douloureuse, voire dangereuse; de l'autre, les souvenirs rattachés à au trauma sont revécus de façon intrusive, comme s'ils étaient revécus tels quels, dans le présent, sans avoir été métabolisés par le psychisme (Bacqué, 2006). L'évitement et la répétition du vécu traumatique peuvent rendre difficile le détachement progressif qui se fait habituellement

dans le travail du deuil, ainsi que la réincorporation non-conflictuelle de la personne disparue dans le souvenir de ses proches.

Par ailleurs, dans le trauma et dans le deuil, séparément, l'expérience de l'impuissance est déjà importante (Roussillon, 2005), mais dans l'expérience du deuil traumatique, elle est magnifiée et fragilise le sujet. D'un point de vue psychodynamique, l'expérience de l'impuissance dans le deuil traumatique se joue à plusieurs niveaux : 1) le fait d'avoir échappé souvent par chance ou par hasard à sa propre mort; 2) le fait d'avoir été impuissant devant la mort des autres; 3) le fait d'être par la suite contraint à la logique de répétition, submergé par l'excès, incapable d'agir ou de donner sens ; 4) dans certains cas, si les rites funéraires ne peuvent être réalisés, une impuissance et une déshumanisation liées au sort des morts peuvent aussi être expérimentées.

L'ambivalence et la culpabilité constituent aussi des défis à l'élaboration psychique d'un deuil post-traumatique. Sur le plan intrapsychique, Freud notait que le deuil peut être compliqué par l'ambivalence à l'égard de l'objet, puisque l'agressivité et les désirs inconscients envers l'objet perdu se retourneraient contre l'endeuillé (1915). Dans le cas d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit armé, la question de la culpabilité, déjà présente dans le deuil, est magnifiée par la dimension aléatoire des événements, par le fait que le survivant puisse simultanément être en peine devant la perte et ressentir le soulagement d'avoir survécu. Ce sentiment de « triomphe contre la mort » peut se retourner contre l'endeuillé. La culpabilité du survivant empêcherait d'ailleurs parfois la verbalisation (Bacqué, 2003a), et accentuerait le sentiment d'être exclu d'une solidarité humaine (Roussillon, 2002, 2005).

Finalement, le deuil post-traumatique marque potentiellement une crise au niveau du sens. Il implique en effet un événement d'une intensité si grande que le sujet se trouve incapable d'y répondre adéquatement, ce bouleversement pouvant mener à des effets pathogènes psychiques durables (Laplanche et Pontalis, 2009). Selon Roussillon, le trauma est d'autant plus troublant que la capacité de liaison, d'élaboration, ou

« d'appropriation subjective » est mise à mal. L'une des caractéristiques fondamentales des situations extrêmes, selon Roussillon, est d'ailleurs le fait qu'elles sont innommables, irreprésentables, voire insignifiants (Roussillon, 2005 :224). Cette incommunicabilité de l'expérience traumatique d'une personne et de sa famille peut contribuer à la dimension solitaire de leur expérience.

Mais le travail du deuil et l'élaboration psychique doivent-ils nécessairement passer par la parole? La question du sens peut, nous semble-t-il, être abordée de multiples façons. L'approche psychodynamique, et la majorité des approches en psychologie insistent sur la verbalisation et sur l'expression des sentiments pour réaliser le travail du deuil. L'accent mis sur l'élaboration verbale et la dyade patient-clinicien n'est pas la norme ailleurs qu'en Occident (Drozdek *et al.*, 2007). Plusieurs études démontreraient d'ailleurs que, contrairement à la croyance populaire, les personnes qui évitent de parler des émotions négatives liées au deuil se remettraient bien (Bonanno et Field, 2001; Bonanno, Keltner, Holen, et Horowitz, 1995)⁶¹.

Quoiqu'il en soit, lorsque l'élaboration par la parole est mise en échec par la dimension innommable de l'expérience, les rituels peuvent être particulièrement riches pour la contenir, la structurer. Un détour anthropologique permettra ainsi d'explorer certains des dispositifs collectifs disponibles pour faire sens de deuils traumatiques.

4.6 Repères anthropologiques

Pour aborder la question du deuil sur le plan collectif, la notion de « travail de la culture », élaborée par Obeyesekere, peut s'avérer fort utile (1985, 1990). Selon l'anthropologue, chaque culture dispose de son répertoire de signifiants culturels (rites,

⁶¹ Les thérapies de « debriefing psychologique » offert de façon globale suite à un trauma sont de leur côté reconnues comme inefficace, au mieux (Rose, Brewin, Andrews, & Kirk, 1999) ou comme potentiellement nocives (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000).

symboles, mythes, pratiques) dans lequel puisent les individus pour donner sens à leur expérience, individuelle ou collective. Dans ses écrits sur le rapport entre la culture et la souffrance psychique, Obeyesekere définit le travail de la culture comme le processus par lequel des émotions ou des expériences de souffrance peuvent être organisées et exprimées en symboles et significations culturels publiquement acceptables. Ces symboles sont simultanément privés et publics, personnels et culturels, et constituent une forme d'espace transitionnel entre l'expérience subjective et collective.

Dans ces répertoires culturels, on trouve notamment les rituels de deuil – ultimes rites de passage. La majorité, sinon toutes les sociétés, se sont dotées de rites pour marquer les transitions importantes dans la vie sociale d'un individu; après la naissance, la puberté et le mariage, le décès constitue le dernier et universel voyage (Van Gennep, 1909). Les rites funéraires assurent la transition du défunt vers le statut d'ancien, d'esprit, ou d'ancêtre, selon la tradition, séparant clairement les vivants des morts et permettant ainsi de maintenir des relations entre ceux-ci.

Les trois phases des rites de passage, tels que décrites par Van Gennep, font écho aux processus intrapsychiques du travail du deuil. La première étape est la séparation de l'individu par rapport à son groupe. Dans les rituels d'initiation, on associe cette étape à la mort, car pour qu'il y ait une nouvelle identité, il faut d'abord que l'individu « meurt » socialement pour revivre sous une nouvelle forme. La seconde est la phase liminale, soit la période du rite durant laquelle l'individu n'appartient à aucune catégorie, et n'a aucun statut social. Les individus qui sont dans cet entre-deux sont des créatures hybrides, dangereuses, qui flottent entre deux mondes. Si, pour Turner (1964), la période liminale du passage comportait certains dangers, elle n'en demeure pas moins la plus importante et la plus fertile. Elle donne lieu à une remise en question des catégories et des points de repères habituels, ainsi qu'à l'ouverture de nouveaux champs de possibilités, de nouvelles configurations et de nouvelles relations. Malgré

les dangers et l'incertitude, c'est une période de grande solidarité et de grande créativité. Finalement, la troisième étape est celle de la réincorporation, c'est-à-dire du retour de l'individu parmi les siens avec un nouveau statut, une nouvelle identité, comme celle d'adulte après le rite d'initiation à l'adolescence, ou celle d'ancêtre, après les funérailles. Cette réincorporation permet un retour à l'ordre et la renégociation d'une nouvelle relation (Turner, 1964). Les rituels funéraires (la préparation du corps, l'exposition, les pleurs, l'enterrement) contribuent par ailleurs à structurer et contenir l'expérience du deuil (Rubin, 1996). Les manifestations codifiées de peine et de douleur réaffirment par exemple les liens entre la personne décédée et les siens, et contribuent à protéger les vivants d'une éventuelle vengeance du mort (Thomas, 1995).

Lors du séisme, plusieurs familles n'ont pu se préparer aux décès ou aux rituels de deuil, et n'ont pu, dans plusieurs cas, les compléter adéquatement. La disparition de milliers de dépouilles et la difficulté à trouver des espaces adéquats ont laissé plusieurs familles d'abord dans l'incertitude, puis dans l'impossibilité de saluer le corps des défunts une dernière fois. On suppose alors que la phase liminale, durant laquelle le statut des défunts demeure indéterminée, aura été prolongée pour plusieurs. Ceci peut complexifier le travail du deuil sur le plan personnel mais constitue aussi une forme de profanation de la sacralité de ce passage, sur le plan collectif. De plus, dans le cas de situations inégalées de deuil collectif, les rites de passage peuvent être complexifiés par le fait que la collectivité, qui assure habituellement la structure des rites et leur bon déroulement, est elle-même touchée et déstabilisée. Les qualités structurantes et contenant des rites de deuil reposent sur la reproduction d'un ordre social établi. Que ce passe-t-il alors lorsque la collectivité est elle-même ébranlée, en transition, comme dans le cas du séisme? Comment une société rétablit-elle une continuité sociale et culturelle après une telle rupture?

4.7 Le deuil dans le contexte du 12 janvier

Dans le contexte des événements du 12 janvier, plusieurs éléments importants sont à prendre en compte pour comprendre l'expérience du deuil des familles. D'abord, on est frappé par le caractère massif et collectif du drame. « *Tout moun jwen* »; tout le monde a été touché (Saint-Éloi, 2010). On estime que lors du tremblement de terre, plus de 230 000 personnes ont perdu la vie, 300 000 blessées et que 1,2 million se sont retrouvées sans abri. Dans une catastrophe naturelle où des centaines de personnes périssent simultanément, la massification de la mort confère un caractère déshumanisant à l'événement (Roussillon, 2002, 2005); l'entassement des corps dans les fosses communes, sans famille et sans sépulture, contribue au sentiment d'annihilation décrit en phénoménologie du trauma (Bacqué, 2003a, p. 117). De plus, la disparition des corps nuit à la reconnaissance de la réalité et au travail du deuil; le déni peut plus facilement s'installer.

Dans le cas du séisme, comme dans d'autres catastrophes collectives, les pertes collectives ont été humaines, structurelles et symboliques. Si les pertes matérielles se comparent difficilement aux morts, elles fragilisent cependant les rescapés. Deux cent cinquante milles immeubles se sont effondrés, et plus d'un million d'habitants se sont retrouvés sans toit. L'infrastructure du pays a connu des pertes considérables lorsque le palais national, les ministères, les écoles et universités, les banques se sont effondrées. Les institutions qui organisaient habituellement la vie sociale ont été ébranlées; les repères sociaux et culturels mis à l'épreuve.

De son côté, le caractère incontrôlable et cataclysmique d'événements comme le séisme, excessivement destructeur et imprévisible, aggrave le traumatisme. L'impossibilité de se préparer confère une dimension aléatoire, absurde à l'événement, et exacerbe le sentiment d'impuissance et l'angoisse (Romano *et al.*, 2006). L'absence d'explication au drame et à sa survie augmente possiblement l'expérience d'impuissance et le sentiment de dépression (Bacqué, 2003a :118).

Par ailleurs, les deuils et trauma précédents jouent aussi un rôle. Le tremblement de terre a été décrit comme une crise aigüe sur fond de problématique chronique (« acute on chronic ») (Farmer, 2011). Le pays a traversé de multiples difficultés dans les dernières années, incluant des violences liées à la situation socioéconomique et politique, l'insécurité et les kidnappings, des catastrophes naturelles et phénomènes climatiques (dont les ouragans dans le Sud-Est en mai 2004, les inondations aux Gonaïves en 2004 et 2008), la famine, etc. Le fait d'avoir vécu des traumatismes dans le passé, et d'être toujours dans une situation de précarité fragilise, ou renforce possiblement les familles qui font face à de nouvelles difficultés. Le rappel d'un trauma précédent peut aussi raviver le souvenir d'avoir déjà survécu. Certains ont dit qu'Haïti avait déjà surmonté trop de difficultés pour se laisser abattre par celle-ci.

Finalement, le prolongement de la situation traumatique constitue aussi un facteur fragilisant. Pendant des mois suivant le séisme, la survie de plusieurs n'était pas assurée. Dans les premiers temps, les blessures, le manque de nourriture et d'eau potable, les conditions de vie insalubres et dangereuses dans les camps de déplacés ont contribué à perpétuer la situation traumatique. Dans les mois suivants, la saison des ouragans, l'épidémie de choléra et la situation politique instable ont contribué à l'insécurité générale. Dans le cas du séisme, le sentiment d'impuissance a pu être renforcé par l'absence initiale de réponse de l'état haïtien et par des initiatives insuffisantes et parfois inadéquates de l'aide internationale. Encore aujourd'hui, la situation continue d'être difficile pour beaucoup de familles qui vivent sous les tentes. Or, le travail de deuil peut difficilement être entamé lorsque la situation traumatique perdure, ce qui interroge les possibilités de la clinique dans un tel contexte.

4.8 Conclusion

Soudain un chant monte. On l'entend au loin. Un gardien nous dit qu'il y a dehors (on est assez loin de la route) une grande foule en train de chanter. Les voix sont harmonieuses. C'est là que j'ai compris que tout le monde était touché. Et qu'il s'était passé quelque chose d'une ampleur inimaginable. Les gens sont dans les rues. Ils chantent pour calmer leur douleur. Ils avancent lentement. Une forêt de gens remarquables. (Laferrière, 2010, p. 41)

Malgré le choc, les forces vives d'Haïti se sont mises en branle quelques jours seulement après le séisme. Durant ce congrès, nous avons eu l'occasion d'entendre parler de plusieurs pratiques, solidarités et initiatives ayant contribué à poursuivre la marche de la vie, et à entamer un passage difficile. On pense aux cérémonies commémoratives, officielles ou familiales, aux histoires de cric-crac et la transmission de la sagesse intergénérationnelle; au rituel du thé chaud à Carrefour, à l'envol des ballons de la place Ti-Moun; et aux multiples rites spirituels, et aux rencontres de l'Association haïtienne de psychologie (AHpsy).

Cette communication a présenté certains des enjeux intrapsychiques et collectifs soulevés par l'expérience du deuil post-traumatique, dans le cas du séisme, et le défi de donner sens à la rupture tout en assurant une certaine continuité, notamment en soutenant d'une part la séparation entre les vivants des défunts, et le développement d'un nouveau lien.

Plusieurs questions demeurent cependant. D'abord, à quel moment peut-on véritablement entamer le travail de deuil, et est-ce la priorité? Lorsque les conditions de survie ne sont pas assurées, il semble difficile de réaliser ce travail de séparation. Par ailleurs, dans le contexte d'une situation extrême comme celle du 12 janvier, est-ce possible de donner sens aux événements, tant sur le plan psychique et collectif? Et si le travail n'était pas de donner sens, mais au contraire, de contenir le fait qu'il n'y en a pas? Comme le souligne l'anthropologue Veena Das (1996), certains drames humains nous confrontent à l'échec de l'élaboration psychique, ainsi que de

l'élaboration de la culture. Toutefois, de ce sentiment d'échec et d'absurdité peut parfois émerger une reconnaissance de la souffrance et de nouvelles solidarités. Pour ceux, comme moi, qui se trouvent à distance, l'acceptation des limites et de l'échec possible de notre compréhension, avec ce malaise lancinant, font possiblement partie intégrale d'une reconnaissance de la singularité de chacun, et constitue peut-être un point de départ au dialogue.

4.9 Références

- Bacqué, M.-F. (2003a). Deuil Post-Traumatiques et catastrophes naturelles. *L'Esprit du temps/ Études sur la mort*, 123(1), 111-130.
- Bacqué, M.-F. (2003b). Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique. *L'Esprit du temps / Études sur la mort*, 123(1), 131-141.
- Bacqué, M. F. (2006). Deuils et traumatismes. *Annales médico-psychologiques*, 164(4), 357-363. doi: 10.1016/j.amp.2006.02.006
- Bacqué, M.-F., et Hanus, M. (2000). *Le deuil* (7 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., et Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British Journal of Psychiatry*, 171(1), 78-81.
- Bonanno, G. A., et Field, N. P. (2001). Examining the Delayed Grief Hypothesis Across 5 Years of Bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 798-816. doi: 10.1177/0002764201044005007
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., et Horowitz, M. J. (1995). When Avoiding Unpleasant Emotions Might Not Be Such a Bad Thing: Verbal-Autonomic Response Dissociation and Midlife Conjugal Bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 975-989. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.975
- Das, V. (1997). Language and body: transactions in the construction of pain. In A. Kleinman, Das, Veena, et Lock, Margaret M. (Ed.), *Social Suffering* (pp. 67-92). Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2011). *Haiti after the earthquake*. New York: Public Affairs.
- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie. Extrait de Métapsychologie. *Republié dans Sociétés*, 2004, 86(4), 7-19. doi: 10.3917/soc.086.0007
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., et Bonanno, G. A. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.

- Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In M. Klein (Ed.), *Deuil et Dépression* (pp. 169-177). Paris: Dunod.
- Klein, M. (1939). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In M. Klein (Ed.), *Deuil et Dépression*. Paris: Dunod.
- Laferrière, D. (2010). *Tout bouge autour de moi*. Montréal: Mémoire d'encrier.
- Laplanche, J., et Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse*: Paris: Presses Universitaires de France.
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., et Fairbank, J. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907. doi: 10.1176/ajp.151.6.902
- Mayou, R. A., Ehlers, A., et Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176(6), 589-593. doi: 10.1192/bjp.176.6.589
- Neria, Y., et Litz, B. T. (2004). Bereavement By Traumatic Means: The Complex Synergy of Trauma and Grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15325020490890660>
- Obeyesekere, G. (1985). Depression, Buddhism and the Work of Culture in Sri Lanka. In A. Kleinman et B. Good (Eds.), *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder* (pp. 134-152). Berkeley: University of California Press.
- Obeyesekere, G. (1990). *The work of culture : symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Parkes, C. M., et Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Prigerson, H. G., Shear, M., Frank, E., et Beery, L. C. (1997). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
- Prigerson, H. O., et Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.
- Raphael, B., et Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York, NY: Guilford Press.
- Raphael, B., Martinek, N., et Wooding, S. (2004). Assessing Traumatic Bereavement *Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed)* (pp. 492-510). New York, NY: Guilford Press; US.
- Romano, H., Baubet, T., Rezzoug, D., et Roy, I. (2006). Psychotherapy of children with post-traumatic grief following a natural disaster. *Annales Medico-Psychologiques*, 164(3), 208-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2006.01.010>

- Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., et Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29(4), 793-799. doi: 10.1017/S0033291799008624
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue Belge de Psychanalyse*, 40, 25-42.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In J. Furtos et C. Laval (Eds.), *La santé mentale en actes: de la clinique au politique* (pp. 221-238). Ramonville St-Agne: Érès.
- Rubin, G. (1996). Fonctions structurantes et contenantes des rituels de deuil. *Revue française de psychanalyse*, 60(1), 211-218. doi: 10.3917/rfp.g1996.60n1.0211
- Saint-Éloi, R. (2010). *Haïti, Kenbe la*. Neuilly-du-Seine: Michel Lafon Éditeur.
- Shear, K., Shair, H., Shear, K., et Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Shear, M., et Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 38(10), 662-670. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00485713-20081001-10>
- Thomas, L. V. (1995). Leçon pour l'Occident: ritualité du chagrin et du deuil en Afrique noire. In T. Nathan (Ed.), *Rituel de deuil, travail de deuil*. Paris: La Pensée sauvage.
- Turner, V. (1964). Betwixt and Between: The Liminal period in Rites of Passage. In W. A. Lessa et E. Z. Vogt (Eds.), *Reader in Comparative Religion: An Anthropological Approach* (4 ed., pp. 234-243). New York: Harper and Row Publishers.
- Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage; étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.* Paris Éditions Nourry.
- Wilson, J. P., et Droždek, B. (2007). Wrestling with the Ghosts from the Past in Exile: Assessing Trauma in Asylum Seekers. In J. P. Wilson et C. S.-k. Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 113-131). Boston, MA: Springer US.
- Winnicott, D. W. (1965c). The Psychology of Madness: A contribution form Psychoanalysis *Psychoanalytic Explorations* (pp. 119-129). Cambridge MA: Harvard UP.

PONT

Le texte précédent visait à développer une perspective complémentariste, alliant psychanalyse et anthropologie, pour penser l'interaction entre les traumas et deuils collectifs. Cette réflexion sur le deuil a notamment contribué à nourrir ma compréhension des multiples dimensions de la catastrophe ayant pu affecter les professionnels. Le prochain article, accepté par la revue *Journal of Traumatic Stress*, plonge dans les données empiriques de la recherche réalisée. Ce texte traite du double vécu des cliniciens de Port-au-Prince, comme survivants et soignants. Inspiré par les théories psychodynamiques, ce texte s'inscrit en dialogue avec les perspectives dominantes en psychologie afin d'en interroger certains paradigmes sous-jacents, notamment en ce qui concerne les multiples transmissions qui traversent la clinique du trauma.

CHAPITRE V

HURTFUL GIFTS? TRAUMA AND GROWTH TRANSMISSION AMONG LOCAL CLINICIANS IN POST-EARTHQUAKE HAITI

Article publié

Jaimes, A.^{1,2}, Hassan, G.^{1,2} and Rousseau, C.^{2,3} (2019), Hurtful Gifts? Trauma and Growth Transmission among Local Clinicians in Postearthquake Haiti. *Journal of Traumatic Stress*, 32: 186-195. doi:[10.1002/jts.22400](https://doi.org/10.1002/jts.22400)

¹ Psychology Department, Université du Québec à Montréal (UQAM), Montreal, Canada

² Sherpa Research Centre, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Montreal, Canada

³ Social and Transcultural Division of Psychiatry, McGill University, Montreal, Canada

5.1 Abstract

While working with trauma survivors can be a source of deleterious and positive transformation in mental health professionals, still little is known about the experience of clinicians in shared traumatic contexts, particularly in the Global South, where most humanitarian crises occur. In collective disasters or armed conflicts, personal and professional experiences of mental health staff inform each other, situating the clinical space at the intersection between singular and collective spheres. Drawing on an intersubjective and socioecological perspective, this qualitative study explored the ways in which working in a shared traumatic context affected mental health and psychosocial (MHPSS) staff in post-earthquake Haiti. We interviewed 22 local mental health workers 2.5 years after the disaster, in the capital Port-au-Prince. We coded and thematically analyzed interviews using an iterative process, based on grounded theory. Thematic analysis uncovered 4 dynamic poles in clinicians' narratives: balancing duty and desire to help; experiencing fragility and strength; negotiating separation and connection; sharing hurt and hope. Findings suggest clinicians considered their work mainly as a source of strength in the face of adversity, while experiences of trauma and growth transmissions were mutual, and intimately intertwined. We discuss the complexities of clinical work in shared traumatic settings as well as the dynamic interplay between professionals' experience of suffering and growth. We conclude with recommendations for organizations to involve local mental health clinicians in post-disaster contexts, while addressing the special needs that they may have to process their own trauma.

Keywords: Vicarious Trauma; Psychological resilience; Mental Health Personnel; Natural Disasters; Haiti.

5.2 Introduction

In disasters or humanitarian crises, local mental health and psychosocial support (MHPSS) staff experience dual exposure to trauma: primarily as survivors, and secondarily as key actors offering clinical support to fellow citizens. While most victims of single traumatic events recover spontaneously, and while trauma transmission can be counterbalanced by growth processes, research suggests that clinicians working in post-disaster settings face considerable risks (Stohmeier and Schotle, 2015; UNHCR, 2016). This double experience of mental health professionals, sometimes conceptualized as “shared trauma” or “shared traumatic reality”, has recently gained more attention in the scientific literature (Boulanger, 2013; Dekel, Nuttman-Shwartz & Lavi, 2016; Tosone, McTighe & Bauwens, 2015). However, still little is known about clinicians’ experience in such context, particularly in the “Global South”, where the majority of disasters and humanitarian crisis occur (Guha-Sapir, 2016). Indeed, apart from a few exploratory studies (Akinsulure-Smith, 2014; Iyamuremye, 2010, 2012; James, Noel & Pierre, 2014; Satkunanayagam 2010), research on the experience of local clinicians in non-Western humanitarian context is scarce—a surprising fact considering their pivotal role in post-disaster reconstruction efforts.

This article explores the ways in which the context of shared trauma in post-earthquake Haiti transformed the experience and work of professionals offering mental health and psychosocial support. To situate this research, we reviewed the literature on trauma and growth in clinical work with trauma survivors. We adopted an intersubjective and socioecological approach to examine the dynamics that characterize the dual experience of clinicians in Haiti as survivors and key actors, looking at the transmission of trauma and growth. Our results suggest that these processes are intimately intertwined for local clinicians in post-earthquake Haiti.

5.3 Research Context: Massive Trauma and Continuous Adversity in Port-au-Prince

Haiti's 2010 disaster sadly constitutes one of the most dramatic catastrophes and humanitarian challenges of our century, for which local clinicians massively mobilized. On the 12th of January 2010, within seconds, citizens of Port-au-Prince saw the capital collapse under a devastating earthquake, registering a 7.0 on the Richter scale. The shock and its consequences caused the death of 225,570 people, while 39.1% of Haiti's population was amputated, displaced, or otherwise affected, for a total of 3.9 million victims (Guha-Sapir, 2011). A few months after the earthquake, storm Thomas and the Cholera outbreak further burdened the population. Described as an "acute on chronic" crisis, the earthquake was inscribed in a history of enduring adversity including slavery, dictatorships, international interference, ecological disasters, and poverty—as well as a history of resilience and resistance (Dubois, 2012).

In such collective disasters, everyone is affected in a proximal or distal way (Bonanno, Brewin, Kaniasty, & La Greca, 2010), through the experience of traumatic events, losses of loved ones or property, and increased insecurity. Although western psychiatric diagnoses provide an imperfect understanding of suffering in Haiti as in other non-western settings (Pierre *et al.*, 2010; Rasmussen, Keatley, & Joscelyne, 2014), high rates of depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) in survivors of the earthquake offer a general picture of the mental health difficulties they faced (Cénat & Derivois, 2014). In this challenging context, local clinicians quickly mobilized to support their fellow citizens, facing the double challenge of engaging with patients suffering from trauma and loss, while simultaneously working through similar adversity.

5.4 Clinical Work with Trauma Survivors

Most research on professionals working with trauma survivors explores risks and rewards separately, generally focusing on the deleterious impacts. Recently, in the DSM-5, the stressor criterion for PTSD was modified to include indirect exposure to traumatic material in workers such as mental health clinicians, recognizing the potential traumatic impact of their practice (Friedman, 2013). Before this revision, several concepts (often used interchangeably) have been used to describe occupational stress and negative transformations amongst clinicians. The most generic term, burnout, emerged in the context of human resources development to describe a state of mental and physical exhaustion of employees following prolonged exposure to a stressful and demanding working environment (Leiter et Maslach 1988). Compassion fatigue, also called the "cost of caring", defines the physical and emotional exhaustion that can progressively affect professionals caring for others in pain (Figley, 1995). In contrast, secondary traumatic stress is understood as occurring suddenly, in response to a specific client's story (Gil, 2015). Unlike secondary traumatic stress, vicarious trauma or vicarious traumatization is not considered a pathological process, but a theoretical term designating the negative inner transformations of a therapist following emotional engagement with survivor(s) of traumatic events (McCann & Pearlman, 1990). This concept, developed around the work with survivors of childhood sexual abuse, concerns transformations with regard to emotions, cognitions, spirituality, as well as conceptions of the self and the world.

These concepts refer in one way or another to the transmission of trauma, often metaphorically understood as a form of contagion (Rousseau & Foxen, 2010), in which the patients' suffering affects the clinician, unable to keep clear boundaries, and to protect him/herself from harm. This transmission is described as flowing from patient to the benevolent clinician, while hope and growth are usually expected to flow the opposite way.

More recently, trauma research has started to consider positive outcomes following adversity, including by examining posttraumatic growth in survivors as well as in helpers (Newell, Nelson-Gardell & MacNeil, 2015). The concept was developed to describe the ways in which, following traumatic events, individuals modify core beliefs and redefine their identities and assumptive worlds (Calhoun & Tedeschi 2006). By reexamining their inner strengths, relationships, spirituality, appreciation of life and other possibilities, many people who struggle with trauma manage to find meaning in their suffering, leading to increased life satisfaction and growth (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun & Reeves 2012). Concepts of vicarious resilience (Edelkott, Engstrom, Hernandez & Gansgei, 2016) and professional posttraumatic growth (Bauwens & Tosone, 2010) were also developed to describe positive alterations of clinicians' self and world conception following their empathetic engagements with survivors.

These theoretical perspectives have brought rich contributions to our understanding of clinical work with trauma survivors, yet they don't entirely capture the dynamic interplay between the deleterious and positive dimensions of transmissions in the trauma clinic. The dual experience of clinicians in post-disaster contexts also raises questions on the conceptual divisions between traumatic and growth processes, addressed by recent research in massive disaster settings, such as 9/11, the Sri Lankan Tsunami as well as Storm Katrina in New Orleans. Concepts such as shared trauma (Boulanger, 2013; Tosone, McTighe & Bauwens, 2015) and shared traumatic reality (Baum, 2010; Dekel, Nuttman-Shwartz & Lavi, 2016) have been coined to describe the multimodal response of therapists exposed to massive disaster, both through their professional engagement and in their personal lives. Like secondary traumatic stress, shared trauma can involve manifestations in the intimate and professional spheres, and can lead to transformations (positive and negative) of clinicians' self and world views. Such experiences often lead to a blurring of boundaries between personal/professional realms (Baum, 2010; Boulanger, 2013).

While the theoretical development brought by these concepts enrich our perspective of collective trauma, still little is known about the ways in which experiences are “shared”, and what about them is transmitted in the process. Moreover, although the deleterious and positive dimensions of trauma work are increasingly studied together (see Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph, 2011; Cohen & Collens, 2013), they do not necessarily easily transpose in a post-disaster context such as the Haitian earthquake, where trauma is collective, multiple, and continuous, and where cultural understanding of well-being, trauma, and ways to face adversity might differ (Keys *et al.*, 2012).

This study borrows from an intersubjective and social ecological perspective to foster a greater understanding of clinicians’ experience working in a shared traumatic context. Trauma work is most often analyzed from an individual/intrapsychic standpoint (looking at individual risk or protective factors related to vicarious trauma or posttraumatic growth). However, research on clinical processes following large-scale disasters also benefits from an intersubjective perspective (Rasmussen, 2005; Rousseau & Foxen, 2010), situated within a systemic and social ecological frame (Bronfenbrenner, 1977; Hobfoll *et al.*, 2007, 2016). In this perspective, the capacity to face adversity is a collective rather than individual characteristic, as people mobilize their social and cultural resources to recover (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014; Ungar, 2013).

The present article seeks to understand the ways in which local clinicians working in the post-disaster setting of Port-au-Prince made sense of their dual experience as survivors and key actors. We explore how they experienced potential transmission of trauma and growth within their professional involvement, and how they (re) negotiated their double experience.

5.5 Method

We privileged a qualitative method to provide a “thick description” (Geertz, 1973) of clinicians’ experience, from an emic perspective. This exploratory approach allows the consideration of contextual factors affecting suffering and resilience (Ungar, 2003).

5.5.1 Participants

Participants were 22 local MHPSS professionals who worked in Port-au-Prince at the time of the interview. Sample size was determined by information power (Malterud, Siersma, Guassora, 2016). Participants included 16 women and six men, who ranged in age from 28 to 64 years old ($M = 43.8$; $SD = 12.2$), and who worked as psychologists ($n = 16$) social workers ($n = 3$), medical doctors ($n = 2$) and psychiatrist ($n = 1$). At the time of the interview, participants had between 2.5 and 40 years of clinical experience ($M = 14.8$ years; $SD = 11.2$). At the time of the earthquake, 20 out of 22 clinicians were already working as MHPSS professionals, while the remaining two, who were completing an undergraduate degree, started working right after the event. In terms of training, the majority received an undergraduate degree in Haiti, while more than half held a postgraduate degrees from a European country ($n = 8$), or from North America ($n = 5$). Clinicians worked in various organizations, often combining positions in international non-governmental organizations (INGOs) ($n = 16$), local non-governmental organizations (NGOs) ($n = 14$), private sector ($n = 10$), Haitian health care system ($n = 3$).

5.5.2 Procedure

This research was approved by the University X’s Review Board. Participants were recruited through email invitations to INGOs and NGOs, research presentation in organizations, and snowball referrals. Invitations to participate included the main

researcher's contact information as well as inclusion criteria: (a) be a local MHPSS professionals working in Port-au-Prince or surroundings; (b) have at least 6 months of clinical experience after the earthquake. To obtain a wide range of perspectives, we sought individuals from various professions (psychologist, social worker, doctor), offering various types of MHPSS. Recruiting professionals from different organizations allowed a greater protection of confidentiality and thus increased participants' freedom in voicing sensitive information. Written consent was obtained from all participants.

5.5.3 Measures

The main author (white, female, PhD student of Canadian and mixed descent, with clinical and research experience) conducted semi-structured interviews in French, mastered by all interviewees. Participants could also respond in Haitian Creole, which the researcher understood. Participants were met at a time and location of their convenience, generally at their workplace, 2.5 years after the disaster. The semi-structured interview guide addressed various questions including: work before and after the earthquake; experience during and after the events; factors that facilitated or hindered their work; changes encountered in the aftermath of the events. Open-ended questions allowed clinicians to disclose personal and professional experiences, according to their preference. Semi-structured interviews, lasting between 50 and 150 minutes, were audio recorded and transcribed verbatim in French and Creole. Analysis was completed in the original languages and selected interview quotes were translated to English for this article. A socio-demographic questionnaire was also completed.

5.5.4 Data Analysis

Data analysis was conducted following an iterative process favored in qualitative research (Fereday & Muir-Cochrane, 2006), in an interpretive and co-constructivist

perspective. Our analytical procedures are inspired by thematic analysis (Braun & Clarke, 2012) and grounded theory's principles (Charmaz, 2006). To begin with, the main author read all transcripts to immerse herself in the material, and produced a two-page summary contextualizing narratives (Ayres, Kavanaugh & Knafl, 2003). She also used the grounded-theory method of "open coding" to explore the material, and devised a preliminary thematic tree gathering themes. The two first authors then realized inductive and deductive coding of three (rich) interviews separately. Thematic agreement and divergences were discussed between authors to improve reliability and relevance of the analysis, leading to a new thematic tree, later discussed between three authors. Data was then organized in broad themes by the main author with the software Nvivo 10, a qualitative data analysis (QDA) program, designed to classify and analyze rich text-based material. Thematic analysis followed an iterative process (Fereday & Muir-Cochrane, 2006), examining patterns and establishing relationships between themes (Braun and Clarke, 2012). We identified meaningful relationships between recurring themes, in tension or in combination, suggesting processes rather than static topics or typologies (Charmaz, 2006). Analysis progressed through multiple recursive phases, including constant comparison method, report writing and discussion between the three authors (Braun & Clarke, 2012; Charmaz, 2006), addressing themes as well as potential biases. Two authors have extensive experience in the trauma clinic (as clinicians and supervisors). Although both within-case and across-case procedures were used (Ayres, Kavanaugh, & Knafl, 2003), findings focus on across-case analysis to protect confidentiality of participants.

5.6 Findings

Clinicians' self-reflections on the dynamics at play when working in a shared traumatic context revealed the complexities of their dual experience as survivors and key actors, as well as the ways in which it involves intimate interactions between hurt and growth,

on the one hand, and between individual and collective dimensions on the other. Themes describing their experiences are presented below with illustrative quotes. The first theme concerns the choice to go back to work, while the following ones explore dimensions of their clinical practice in a shared traumatic context.

Table 6.1 Themes and Frequencies of Participant's Experiences

	%	(n)
Balancing duty and desire to help	77%	(17)
Experiencing fragility and strength	72%	(16)
Negotiating separation and connection	82%	(18)
Sharing hurt and hope	72%	(16)

5.6.1 Balancing Duty and Desire to Help

Going back to work or not after the disaster was an important question raised by clinicians. Citizens, medical and mental health professionals, as well as their organizations and governmental authorities were all affected. Clinicians were faced with the apocalyptic impact of the earthquake on their community and on their own lives, which triggered intense and sometimes conflicting feelings of moral obligations and desires. Imperatives and wishes to help could be difficult to negotiate with other personal needs and responsibilities, as personal trauma, losses, and preoccupation for relatives could be overwhelming. A seasoned professional who barely escaped death in the earthquake recalled for instance how the decision to temporarily leave the country to care for herself and her children had been difficult:

They needed me here [in Port-au-Prince]. What was I going to do over there [out of the country]? I wanted to help. I had to be able to help, because I learned this profession to be able to help people in difficulty. I did not want to run away and leave. [Convinced by my husband that it would be better for the children, I left for a few months]. But I was not doing well. When I returned to Haiti, I was doing better. I felt guilty. But here I could help. What had I been doing over

there? It was a kind of individual rescue. Leaving, and leaving everyone behind. It was when I came back that I helped.

Despite the personal plight of clinicians, going back to work was most often explicitly described as a moral and professional imperative that also corresponded with an intimate desire to help and that offered a great structuring force. A senior clinician reflected: "We were immediately taken by the necessity of setting up these interventions. The question was not even raised. Yes, we were traumatized, but we had something to do." Another professional observed with humor how, partly by necessity, she moved from stupor to action:

I was very affected by the earthquake, and in the beginning I wondered if it would be possible for me to work, as a clinician, and help ... because personally I had been myself very hurt. And then people began approaching us.... I said to myself that I had to respond. We were not many, and I told myself I could not refuse to be there (...) in fact it was also a vital reality! I had to start working again! (Laughs) So I made an appointment and thought to myself: "Am I crazy or what? How will I manage?" I still remember the effort it cost me to go! But when they told me how chaotic things were, I thought to myself (taking a serious tone): "OK. We have to do something."

Going back to clinical work, regardless of the pain involved, evoked feelings of duty and eagerness, described as a tremendous mobilizing force for staff. Even when staffs were deeply affected, they underlined their luck in comparison to others, and their sense of responsibility—evoking simultaneously the potential burden, purpose and strength it implied.

Resuming clinical work was also a way for workers to take back their place amidst the chaos, to be more than "mere victims." Making use of their specific professional capacities was part of a constructive process, personally and collectively. For instance, a therapist recalled how reclaiming her professional role, with the help of a supervisor, constituted a turning point:

The next day and the days that followed the earthquake, I had a shovel, a hammer, a pickaxe ... we went to several places to dig, dig, dig, trying to get people out.... It has nothing to do with my role ... but it was almost a frenzy: 'We have to save people, we have to do things' [Talking with a senior clinician and supervisor] helped a lot to resume my role [as a clinician]. Because in the end, taking the pickaxe and everything is not the best way to be useful.... I also took back my place. My place as a daughter, as a cousin ... and at the same time it allowed us to resume our professional roles.... On a personal and professional level, that's what was really helpful.

Drawing parallels between her experience and those of her clients, this professional later added how crucial it had been to see herself and her patients as more than passive sufferers. In this respect, going back to work involved for clinicians a form of resistance to the experience of being victimized and feeling helpless in the face of an uncontrollable threat. While for some, physical rescue was initially a way to get mobilized, re-engaging in clinical practice ultimately involved using clinicians' specific skills and knowledge in mental health to contribute to the reconstruction effort. Working entailed recovering one's place in the chaos, reinventing a form of routine and order amidst the ruins, and reconnecting with one's empowering capacities.

5.6.2 Experiencing Fragility and Strength

The dramatic magnitude of the earthquake involved experiences of precariousness and strength, evoked in clinicians' narrative pertaining to their personal and professional lives. Many of them lived traumatic events, brutal losses, displacement, as well as continuous adversity in their personal and professional lives. The massive disaster thus led to experiences of subjective and collective insecurity. Remembering the impact of the earthquake on herself and her colleagues, a clinician depicted the medical and psychosocial workforce as "traumatized" and "paralyzed", albeit temporality: "People who should have provided support were so traumatized they were unable to help others.... Everyone was affected, and this was a weakness. We recovered, but I can tell you that it was terrible for us." The Haitian State's initial difficulty in responding was

also underlined as aggravating this sense of fragility. Numerous participants shared such feelings, illustrated for instance by traumatic symptoms, grief and pain, or by a change in one's awareness of life's precariousness. "We too have been touched. There are things ... up to now... — don't be fooled. There are noises... you will see that when trucks pass by, everyone is on alert.... We must admit that it takes time."

Fragility within the clinical space was also described by participants, for whom encounters with fellow survivors and listening could be a form of risk taking. Participants sometimes spoke of their work as being "too much" to bear, underlining the complexities of hearing and containing suffering for oneself and others. Therapeutic encounters involved vulnerability, and the risk of being affected by patients' narratives. Staff stressed how clinical work could be quite painful —triggering difficult memories, leading to great sadness and feelings of hopelessness, eliciting stress reactions and other physical symptoms. Professionals acknowledged that these were occupational hazards of clinical work with suffering clients—even more so in the post-disaster context. Participants described instances in which verbal and even non-verbal transmission of patients' suffering could be deleterious for them, particularly if they already felt vulnerable. As a psychologist recalled: "we imagine what we would have done if we would have found ourselves in this kind of... — As I say, we don't linger on each detail, each narrative... But still. We see the sequelae that it leaves on the person." Listening to narratives of loss and trauma, or bearing witness to patients' embodied suffering could thus echo with clinicians' own painful experiences and everyday struggle, possibly challenging therapeutic work: "...things experienced by the client can reopen scars that are not healed in the clinician.... I don't know how I can make sense of this in therapy if I'm completely devastated myself."

However, fragility was also presented as a potential source of understanding and strength for staff. Personal struggle with trauma and loss were sometimes described as leading to a form of knowledge that could be used in their clinical practice. A number of professionals recounted how dealing with their own suffering had allowed them to

better understand the pain and potential for recovery of their patients. According to some, their subjective experience also helped to elaborate treatment modalities that were experientially grounded, and gave them faith in interventions they were using. "I understood from my personal experiences and from the earthquake (...) how important it is to capitalize on what the person likes, on their strengths... Otherwise it's despair, sadness."

Being able to understand could hence be a mixed blessing. In order to be able to "continue listening" despite the hurt, professionals sometimes accepted an emotionally perilous proximity that had to be negotiated, as this clinician reflected:

What I feel helps me understand what the person is experiencing.... I am very, very sensitive to what people are living. And then, it helps me, I think this sensitivity helps me understand what the person is going through. It is in this sense that it can help. But sometimes, it may be a bit overwhelming. Then, perhaps, one feels like it's difficult to contain oneself... One can feel it go up... and then we're taking a bit of a risk to continue listening to what this person is going through.

Simultaneously, awareness of one's fragility for a number of participants could also have an important positive impact on them, involving a greater existential appreciation of their lives. Contemplating on how lucky he had been to meet his patients, a professional commented:

I enjoyed every moment spent with my patients, I enjoyed every moment, every one of them. (Silence) ... I saw difficult things, but I also saw beautiful things....I learned a lot, it's true. I enjoy life much more now. I take advantage of all the moments life offers me—all of them. I give a lot of importance to everything that I'm living now, the difficult and the happy moments.... This is the greatest thing that happened to me as an experience.

5.6.3 Negotiating Separation and Connection

For clinicians, the disaster unsettled conventional boundaries between personal/professional spheres as well as between clinician/survivor, requiring some form of (re)negotiation of limits. Accustomed to be in the helping position, most of them expressed how they were also personally affected, victimized, grieving. The scope of the earthquake and shared experiences of the disaster modified the usual asymmetrical relationship in the clinical encounter, as professionals simultaneously processed the events. This led some of them to revisit assumptions about their work, including the clear cut separation between private and professional spaces, insistence on neutrality and avoidance of disclosure in therapy. For instance, a senior clinician expressed how her experience following the earthquake had led her to think that "it may be necessary to question this myth of benevolent neutrality." She recalled:

I had experiences like that where I did not feel neutral—not at all. I saw a lot of little girls raped. I was kind, caring, but neutral? No. Each time it was a feeling of revolt. Of indignation. Every time. And it is necessary to count with this indignation. I cannot pretend that it did not exist. I found myself recently with a child who had lost his mother, eaten by a dog. I cannot feel neutral in front of this... But can I still help? Listen, support, allow the expression of emotions? It may be painful for me to hear that, but I MUST be able to hear it to the end.... The bottom line is to be with the other, to allow oneself to be with the other with all we have, all that we are too.

Although it meant altering their usual practices, a number of clinicians expressed how sharing some of their own personal experiences, with moderation, could be useful for patients. Such disclosures seemed to be punctual, specific, and rather focused—described as a way to let clients know they were "in the same boat".

I was not there to spread out my suffering, but first I let them know that I was human like them, that I had also lived difficult events, so it allowed them to ... spread out as much as they wanted... I think it helped them a lot [to let them know what I had gone through]. They could tell themselves: "it's a human being who is in front of me, she may be living difficult things too." So I didn't have an almighty posture, like "we psychologists ... we manage our ills"... No. But I showed them that I also had losses, difficulties, and that I was comfortable talking about their difficulties. I think it was helpful.

According to a professional, the common experiential knowledge of the catastrophe modified patients' trust as well as staffs' attitude and empathetic involvement with them: "They knew we had also gone through it. We knew what we were talking about. We had also lived these events, we had symptoms. There was a lot of respect, a lot of empathy, a lot of listening." The collective experience thus appeared to attenuate the asymmetry between helper and survivors, fostering a conception of patient as survivors and active agents of change, rather than mere victims. This seemed to allow for a more integrated understanding of both clinicians and patients as hurt, yet weathering the storm.

Boundaries between singular and collective experiences also appeared blurred in clinicians' narratives when they described their work as caring simultaneously for themselves and for their community. "Regarding our capacity to bounce back, I think that going back to help others is key.... I think those who do better in general are those who go to meet others and throw themselves into action, into work, into helping others." A number of clinicians emphasized how the social reconstruction effort could be understood as a way of mending personal suffering: "Helping others as I told you is a very important point. First, it's helping yourself, and helping someone else to get through it. It's about strengthening one's inner resources." Participants underscored how clinical work had been a way to give meaning to their suffering and distress, canalizing energies by focusing on others. Professionals' engagement and multiple solidarities were thus depicted as a powerful way to transform personal and collective experiences of disempowerment into opportunities to learn, grow, and mend the ruptured social fabric.

I've seen so much misery, so many people in pain ... it has helped me to open up more to others, and to reach out—not in a spirit of pity, but really go towards them ... if I had to take a symbolic image, I would say it's the chain. I learned that we need a chain in society, a chain of solidarity, mutual help ... each link has its role, its strength, its place.

Being a MHPSS worker also allowed clinicians to take care of themselves through professional, educational and therapeutic activities. Staff recalled how training received before or after the earthquake helped them to make sense of what they lived, and provided them with tools and coping strategies to face distress. They reflected on the ways in which supervision, discussions with colleagues, psychoeducation and group therapy, and other activities had helped them address their own suffering: "When we train ourselves or take charge of a group it is not therapy, but we help ourselves too. As we teach others, we normalize the symptoms, we do it too. We were together—we did not find ourselves isolated." Learning and being connected to others were also described as supportive.

Professionals thus described their work as a risky but rewarding endeavour involving a complex balancing act between connection and separation, in which solidarity played an important role. The proximity of experience with patients, albeit in a painful way, was described as a potential tool to better understand human suffering as well as the struggle involved in withstanding adversity. "Being involved is not necessarily an impediment.... In fact, having been affected may have allowed me to be more empathetic in the end. I did not collapse either, the reverse happened. It gave me springs to start again."

5.6.4 Sharing Hurt and Hope

Sharing hurt and despair with fellow survivors was acknowledged as part of clinical work's predicament, but it also involved hopefulness. An important challenge evoked by staff concerned feeling powerless when working with patients who had lost family members, particularly children, or who remained in dire conditions:

[My patient told me:] "I cannot feed my child. My child is looking at me and crying ... he has not eaten enough. Can you help me?" We cannot answer.... People have so many problems, material problems, and they are so destitute that sometimes, one feels ... one feels useless. I say—well, OK, I'll listen to that person. She talked a little about what was wrong, I relieved her a bit. But she's going to go home, and then she's going to be faced with all these problems.

Although staff generally felt equipped to address traumatic distress with their patients, offering MHPSS in such a complex humanitarian setting involved challenges in accepting the limits of one's interventions, as needs were way beyond what could be offered. Being there and sharing the hurt was sometimes all that could be offered.

Clinical encounters and shared experiences between patients and clinicians did not only involve suffering related to trauma, it also potentially implied hope, solidarity, learning and growth. Seeing how patients benefitted from clinicians' interventions was meaningful, uplifting and rewarding, including as it favored a sense of mastery and agency. Professionals were also inspired and moved by the sheer strength they recognized in fellow survivors—their courage, determination, generosity, and capacity to strive. Explaining how he had “learned a lot” from his patients, a professional pondered: “Some of them have shown such inner strength.... How have they managed to fight in their daily life, to face the event? ... I have also learned from their experience.” Another worker remarked how such learning experiences were frequent and powerful:

One of our group members shared how his sister died before his eyes, while there were neighbors in a difficult situation, who had to be taken out from under the rubble. He left the corpse of his sister, and he went to rescue the neighbors, saying to himself: “She is dead, I can do nothing. We must do something for others.” (Calm pause.) In each group there were very strong stories like his, experiences that were shared, and that guided others. People said: “Life is there. There are the dead, but there are also the living”. One has to move forward... Groups shared strong stories.

Transmission of hope also potentially involved therapeutic transformations for staff themselves. A mental health worker who had not been able to mourn her father spoke of the ways in which her pain echoed those of other workers and patients, and how such sharing opportunities were sources of communal strength for her.

It's difficult when you see you are experiencing the same problem as the person. But, maybe it helps you because there is someone helping me and I can still help someone else to get by.... It is as if we were helping each other [Having lived the same events] I do not see it as a barrier. I see it as something that helps. Because what I always say that has been helpful for me, it's being moved, but also seeing that I bring something. I am not only a victim, I am an actor.

Despite the pain involved, clinicians expressed how their work had provided them with opportunities to learn—professionally and personally. A number expressed how they felt more hopeful about human capacity to face adversity: “I learned a lot about my personal ability to cope with extremely difficult things. I discovered that in myself, my resilience and my courage. I discovered that I am an extremely courageous person, who has endurance, all that, so it’s very positive.” Some expressed how this learning process had made them “better therapists”, more flexible to survivors’ needs and singular predicaments; others felt more competent, more confident, while simultaneously acknowledging the limits of their work.

In short, findings suggest that, for local professionals, re-engaging in the clinic involved reclaiming their active role in society and using their skills to participate in the reconstruction effort. It allowed staff to make sense of their suffering and potentially take care of themselves in the process. Thus, clinical work seemed to participate in re-empowering professionals and in countering feelings of hopelessness in the face of adversity, moving through the difficulties involved.

5.7 Discussion

The goal of this study was to explore the experience of local MHPSS professionals in post-earthquake Port-au-Prince, looking at the ways in which they faced the challenges of working in a shared traumatic context. Our analysis highlighted the ways in which clinicians composed with their dual position as survivors and key actors, balancing duty and desire to help, experiencing fragility and strength, negotiating separation and connection, sharing hurt and hope. Despite the challenges, going back to clinical work was often described as a source of strength for professionals, in multiple ways. Re-engaging in their roles allowed clinicians of Port-au-Prince to meaningfully contribute to their collectivity’s reconstruction, and to give meaning to their suffering, as in other post-disaster settings (Boulanger, 2018; Rousseau & Measham, 2007). Mutual

transmission of traumatic experiences and growth appeared intimately intertwined in professionals' narratives, challenging the common theoretical boundaries drawn between these processes (Boulanger, 2013). Indeed, findings underline the ambivalence of clinicians' experience and the complex negotiations involved in developing their double position. Our analysis supports the idea that trauma transmission in clinical work is not necessarily a pathological phenomenon, and that it can also lead to positive experiences such as learning and understanding, feelings of hope, solidarity, and connectedness (Boulanger, 2018; Gil, 2015; Triplett *et al.*, 2012).

Findings thus challenge some theoretical assumptions on trauma and growth. Mainstream intrapsychic psychological models do not entirely reflect the complex dynamics involved in the sharing of traumatic narratives (Rasmussen, 2005; Rousseau & Foxen, 2010). Indeed, concepts such as vicarious trauma usually suppose that patients mainly cause harm to therapists (eclipsing positive dimensions of patients' transmissions), while the neutral and benevolent posture of the clinician implies a unilateral gift of care, erasing the potential hurt they might also inflict inadvertently, for instance by not being able to listen or to alleviate the pain (Rousseau & Measham, 2007). In contrast, this exploratory study underlines the ways in which despite the pain, sharing experiences of suffering with patients was often received by clinicians as a gift—albeit a hurtful one.

Moreover, our results challenge the conception of suffering and recovery as situated mainly in the individual or in the intersubjective dyad. The purely intrapsychic model has been shown to be limited in contexts of massive disasters, as it does not take into account the multiple ways in which trauma and recovery processes are shared, experienced and influenced by family and collectivity (Hobfoll *et al.*, 2016; Ungar, 2013). For clinicians in our study, working towards collective recovery appeared to be a significant source of personal strength, as they underlined the importance of their involvement in a common project, feeling of connectedness, and shared hope.

These findings corroborate the essential intervention principles in massive disasters revised by Hobfoll and colleagues (2007). In an ecological perspective, they identified the following five key guidelines, based on empirical evidence and consensus of trauma experts, to best help people and communities recover from disasters: focussing on 1) ensuring a sense of safety; 2) promoting calming; 3) enhancing self- and community efficacy; 4) favoring connectedness; 5) instilling hope. These principles echo the themes that we identified in clinicians' narratives.

Building on this perspective, our study suggests that clinicians in post-disaster settings can be supported by organizational initiatives that engage them as key actors, favoring agency and participation, while also addressing their experience as survivors in an empowering way. Involving local MHPSS staff in post-disaster interventions can be recommended given their understanding of patients' experience, and because working participates in their personal recovery. However, their vulnerabilities should also be taken into account in order to minimize the reactivation of traumatic experience through clinical work. Offering group support, formal and informal discussion space, supervision, and therapy, may be supportive. Actively involving clinicians in the elaboration of intervention modalities could also allow them to draw on their personal experiences and to modulate traumatic exposure. Moreover, group interventions may promote collective support, connectedness and hope. These, however, need to be evaluated, taking into account their cultural and social appropriateness.

Recent research on national humanitarian personnel in developing countries and trauma-related mental health issues have shown that local workers are exposed to an increased risk of developing mental health problems in comparison with expatriates of other locals (Strohmeier & Schotle, 2015; UNHCR, 2016). However, there are still very few studies looking at mental health staffs' experience and little or no research assessing positive transformations (such as posttraumatic growth, learning, satisfaction, etc.). Further research in this area would contribute to the understanding of clinicians' complex experience as survivors and key actors.

The findings of this exploratory study should be interpreted in the light of several limitations. This qualitative research is based on a snowball sampling; therefore we cannot presume that the perspectives presented in this article reflect those of all clinicians in Port-au-Prince or Haiti, nor of clinicians in other settings. Moreover, we did not include the voices of professionals who stopped their clinical practice after the earthquake—further research would benefit from including their perspectives. Lastly, the identity of the researcher probably influenced the ways in which participants disclosed or omitted certain parts of their stories. Despite these limits, and although the impact of the Haitian earthquake has been exceptionally destructive, this study can shed light on professionals' challenges in other post-disaster settings. Our findings suggest that working in a shared traumatic context potentially implied mutual and intertwined transmissions of trauma and growth between helpers and helpees. These processes involved complex transformations that could simultaneously be, for clinicians, a source of suffering and hope—an ambivalent and sometimes hurtful gift. Further research would be needed to better understand how to support these pivotal actors working in shared traumatic contexts.

5.8 References

- Akinsulture-Smith, A. M., & Keatley, E. (2014). Secondary Trauma and Local Mental Health Professionals in Post Conflict Sierra Leone. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(2), 125-135. doi: 10.1007/s10447-013-9197-5
- Ayres, L., Kavanaugh, K., & Knafl, K. A. (2003). Within-Case and Across-Case Approaches to Qualitative Data Analysis. *Qualitative Health Research*, 13(6), 871-883. doi: 10.1177/1049732303013006008
- Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 249-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019784>
- Bauwens, J., & Tosone, C. (2010). Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians' perspectives on post-9/11 practice. *Journal of Loss and Trauma*, 15(6), 498-517.

- Bolton, P., Surkan, P. J., Gray, A. E., & Desmousseaux, M. (2012). The mental health and psychosocial effects of organized violence: A qualitative study in northern Haiti. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 590-612. doi: 10.1177/1363461511433945
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(1), 31-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10481885.2013.752700>
- Boulanger, G. (2017). Some dark reality: A community develops skills to cope with shared trauma. In J. L. G. Alpert, Elizabeth R. (Ed.), *Psychoanalysis, trauma, and community: History and contemporary reappraisals*. (pp. 85-90). New York; London: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boulanger, G. (2018). When Is Vicarious Trauma a Necessary Therapeutic Tool? *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 60-69. doi: 10.1037/pap0000089
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 735-742. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20704>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In R. Weiss, Berger, R. & Weiss, T. (Ed.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cénat, J. M., & Derivois, D. (2014). Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal of Affective Disorders*, 159, 111-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.025>
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580. doi: 10.1037/a0030388
- Dekel, R., Nuttman-Shwartz, O., & Lavi, T. (2016). Shared Traumatic Reality and Boundary Theory: How Mental Health Professionals Cope With the Home/Work Conflict During Continuous Security Threats. *Journal of Couple*

- and Relationship Therapy, 15(2), 121-134. doi: 10.1080/15332691.2015.1068251
- Dubois, L. (2012). *Haiti : the aftershocks of history* (1st ed.). New York: New York : Henry Holt and Co.
- Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and variations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 713-724. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000180>
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of power : health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. doi: 10.1177/160940690600500107
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD: The Sidran Press.
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM - 5 : Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548-556. doi: 10.1002/jts.21840
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Gil, S. (2015). Is Secondary Traumatization a Negative Therapeutic Response? *Journal of Loss and Trauma*, 20(5), 410-416. doi: 10.1080/15325024.2014.921036
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2016). Annual Disaster Statistical Review 2015: The Numbers and Trends. Brussels: CRED.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., Below, R., Vos, F., & Ponserre, S. (2011). Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends. Brussels: CRED.
- Hobfoll, S. E., Tirone, V., Holmgreen, L., & Gerhart, J. (2016). Conservation of Resources Theory Applied to Major Stress *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress* (pp. 65-71).
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Iyamuremye, J., & Brysiewicz, P. (2010). Exploring secondary traumatic stress in mental health nurses working in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 12(2), 96-106.
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2012). Challenges encountered by mental health workers in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 14(1), 63-75.

- James, L. E., Noel, J. R., & Pierre, Y. M. R. J. (2014). A mixed-methods assessment of the experiences of lay mental health workers in postearthquake Haiti. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 152-163. doi: 10.1037/h0099387
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A.-R. T. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine*, 75(3), 555-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.040
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. doi: 10.1007/bf00975140
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(3), 306-313. doi: 10.1177/1524838015584365
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York, NY: WW Norton & Co.
- Rasmussen, A., Keatley, E., & Joscelyne, A. (2014). Posttraumatic stress in emergency settings outside North America and Europe: A review of the emic literature. *Social Science & Medicine*, 109, 44-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.015>
- Rasmussen, B. (2005). An intersubjective perspective on vicarious trauma and its impact on the clinical process. *Journal of Social Work Practice*, 19(1), 19-30. doi: 10.1080/02650530500071829
- Rousseau, C., & Foxen, P. (2010). "Look me in the eye": Empathy and the transmission of trauma in the refugee determination process. *Transcultural Psychiatry*, 47(1), 70-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1363461510362338>
- Rousseau, C., & Measham, T. (2007). Posttraumatic suffering as a source of transformation: A clinical perspective *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives* (pp. 275-294).
- Satkunanayagam, K., Tunariu, A., & Tribe, R. (2010). A qualitative exploration of mental health professionals' experience of working with survivors of trauma in Sri Lanka. *International journal of culture and mental health*, 3(1), 43-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17542861003593336>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338
- Strohmeier, H., & Scholte, W. F. (2015). Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: A systematic review of the literature.

- European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28541. doi: 10.3402/ejpt.v6.28541
- Tosone, C., McTighe, J. P., & Bauwens, J. (2015). Shared traumatic stress among social workers in the aftermath of Hurricane Katrina. *British Journal of Social Work*, 45(4), 1313-1329. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct194>
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-410. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024204>
- Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102. doi: 10.1177/1473325003002001123
- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma Violence Abuse*, 14(3), 255-266. doi: 10.1177/1524838013487805
- UNHCR. (2016). Staff well-being and mental health in UNHCR. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.

PONT

Si l'article précédent permettait d'apprécier la force mobilisatrice du retour au travail et de mieux comprendre la complexité des transmissions dans la clinique, il semblait également important de considérer les façons dont les professionnels composaient avec les enjeux de leur double expérience de survivants et de soignants. Le prochain chapitre poursuit donc l'objectif, dans une perspective dynamique, de dégager certains des mouvements ayant pu soutenir ou fragiliser les cliniciens.

CHAPITRE VI

TRAVERSER LE CHAOS : BOULEVERSEMENTS ET MOUVEMENTS PORTEURS DANS LA CLINIQUE POST-CATASTROPHE

Article à soumettre

Annie Jaimes^{1,2}, Cécile Rousseau^{2,3} and Ghayda Hassan^{1,2}

¹ Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

² Centre de recherche Sherpa, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada

³ Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal, Canada

6.1 Résumé

Le 12 janvier 2010, un violent séisme secouait Haïti, dévastant la capitale et ses habitants. Suite au mouvement meurtrier de la terre, les cliniciens de Port-au-Prince se sont massivement mobilisés pour soutenir leurs concitoyens. Bien que plusieurs études se soient penchées sur l'expérience des survivants d'événements traumatiques et de celle des professionnels dans la clinique du trauma, encore peu explorent le double vécu de survivant et de soignant qui caractérise l'expérience des professionnels de la santé mentale en contexte post-catastrophe. Dans une perspective psychodynamique, et à partir d'entretiens réalisés avec 22 cliniciens de Port-au-Prince, cet article se penche sur les mouvements qui ont soutenu ou déstabilisé les cliniciens dans leur travail suite au 12 janvier 2010. Notre analyse suggère que leur engagement professionnel s'inscrivait dans un mouvement de relance et de résistance face au vécu d'impuissance lié à la catastrophe massive. De plus, les professionnels auraient composé avec leur double expérience de survivant et de soignant notamment en investissant des espaces collectifs contenant et porteurs, en alternant entre postures de proximité et de distance du matériel traumatique, et en renégociant la frontière entre soi et l'autre dans la clinique. Les résultats suggèrent que leur engagement constituait un mouvement porteur qui, tout en mobilisant les cliniciens dans la rencontre avec l'autre, permettait de reprendre le cours de leur vie, de traverser le chaos et de contribuer à la reconstruction de leur collectivité.

Mots clés : catastrophe humanitaire, clinique du trauma, Haïti, contenance, enveloppe psychique groupale.

6.2 Introduction

S'inscrivant dans un contexte d'adversité chronique, l'onde sismique du 12 janvier 2010 en Haïti a causé plus de 230 000 décès, blessé 300 000 personnes et laissé 1,5 million d'individus sans abri (Guha-Sapir, Hoyois, Vos et Ponserre, 2011) – une « crise aiguë sur difficultés chroniques », suivie quelques mois plus tard par l'épidémie du Choléra et par l'Ouragan Mitch. Dans un tel contexte, tout le monde a été touché, de multiples façons, de près ou de loin (Bonanno, Brewin, Kaniasty et La Greca, 2010). Face au mouvement meurtrier de la terre, les cliniciens de la capitale haïtienne se sont rapidement rassemblés pour épauler leurs concitoyens. Bien que les survivants d'événements traumatiques se remettent généralement avec le temps, et que le travail clinique soit gratifiant, la double expérience de survivant et de soignant implique certains risques pour les cliniciens, particulièrement dans une telle clinique de l'extrême et un contexte d'adversité continue. La combinaison de l'exposition directe et indirecte du trauma, la proximité de l'expérience avec les patients, la dimension chronique de l'insécurité constituent autant d'éléments pouvant fragiliser les intervenants locaux (Brooks *et al.*, 2015, 2016), bien que l'engagement clinique puisse également être source de force chez les cliniciens (Jaimes, Hassan et Rousseau, 2019; Rousseau et Measham, 2007; Satkunanayagam, Tunariu et Tribe, 2010). Toutefois, outre quelques exceptions, peu d'études portent sur l'expérience de clinicien en contexte post-catastrophe, particulièrement dans les pays dits en voie de développement, où ont lieu la majorité des désastres naturels et où des services de santé mentale sont moins disponibles. À partir d'une compréhension psychodynamique de la clinique post-catastrophe, cet article explore les différents mouvements qui ont soutenu ou déstabilisé les cliniciens, survivants et soignants, suite au séisme du 12 janvier 2010.

6.3 Clinique de l'extrême

L'onde sismique du 12 janvier a brutalement secoué les citoyens de la capitale haïtienne et des alentours, dans un contexte de traumatismes multiples et continus, de fragilisation politique, économique et structurelle du pays. Dans un tel contexte post-catastrophe, de précarisation extrême de la population déjà éprouvée, la clinique comporte des défis importants découlant en outre des enjeux de survie ainsi que des traumatismes et deuils massifs vécus tant du côté des soignés que des soignants.

Si l'on définit le trauma comme un événement qui fait effraction chez la personne, submergeant ses capacités de métabolisation et d'appropriation subjective (Laplanche et Pontalis, 2009), on conçoit également qu'une catastrophe massive fasse intrusion dans le collectif, fragilisant les structures et enveloppes groupales qui soutiennent les membres d'une communauté face à l'adversité (Anzieu, 1985, 1987; Ungar, 2013). La nation haïtienne a en effet été durement touchée par des pertes incommensurables sur les plans humain, économique, politique et symbolique, manifestes dans l'impuissance initiale de l'état haïtien devant la crise (Schuller et Morales, 2012). De surcroît, l'impossibilité de réaliser les rites funéraires appropriés, et l'accumulation des dépouilles sans sépulture dans les fosses communes ou leur abandon dans les édifices effondrés ont pu mener à des expériences déshumanisantes pour les survivants (Cénat, Dérivois et Karray, 2017), incluant les soignants. Les initiatives nationales et internationales ont, tant bien que mal, visé à reconstruire le pays de manière plus solide (Fan, 2013). La clinique post-catastrophe à Port-au-Prince s'est donc inscrite dans un contexte de choc collectif et de reconstruction physique et sociale.

Les cliniciens se retrouvent ainsi doublement exposés, comme survivant et comme soignant. En effet, la clinique du trauma s'accompagne inévitablement d'une certaine transmission traumatique, opérant à travers la répétition, et pouvant mener à des impasses ou à un potentiel de transformation de l'expérience (Dalenberg, 2010; Mekki-Berrada et Rousseau, 2001). Certains ont mis en lumière les effets délétères de ces transmissions sur le clinicien, dont le trauma vicariant et la fatigue de compassion

(Figley, 1995; McCann et Pearlman, 1990). Pour d'autres, la transmission du trauma comme le partage d'affect plus largement (Parat, 2013) constituent non pas des obstacles, mais des passages obligés et des outils de connaissance de l'autre et de soi (Lachal, 2007; Mekki-Berrada et Rousseau, 2001), ainsi qu'un important levier clinique pouvant mener à des transformations fertiles chez les sujets impliqués en clinique (Boulanger, 2018). Dans le cas de tragédies collectives, les phénomènes de transmission pourraient être accentués par l'érosion des frontières claires entre l'expérience des patients et de leur clinicien, interrogeant les repères habituels du travail clinique (Boulanger, 2013).

La conjoncture particulière des cliniciens locaux, survivants et soignants, implique donc certains enjeux additionnels. En effet, les approches psychodynamiques contemporaines décrivent la clinique du trauma comme opérant principalement à travers l'instauration par le thérapeute d'un espace contenant (Kaës, 2012; Roussillon, 2002; Winnicott, 1954), soulignant l'importance de la validation du vécu, contre l'isolement du sujet (Boulanger, 2013; Dalenberg, 2000; Ferenczi, 1949) ainsi que du travail de symbolisation et d'appropriation subjective de l'expérience traumatique (Roussillon, 2007; Winnicott, 1963). Ce travail exige une disponibilité psychique du clinicien, réceptacle des vécus non symbolisés, qui doivent être contenus et élaborés avant d'être restitués au sujet. Si le travail d'élaboration d'un vécu traumatique peut difficilement se réaliser lorsque la sécurité physique et psychique des sujets n'est pas assurée (Rousseau, Measham et Nadeau, 2013), on peut s'interroger sur la possibilité d'offrir de tels espaces de contenance et de métabolisation lorsque soignants et soignés évoluent dans un contexte collectif encore incertain, voire traumatique.

Acteurs clés du travail de reconstruction psychique, les cliniciens de la capitale ont eu à accompagner leurs concitoyens face à la douleur et à l'adversité de la catastrophe, qu'ils ont eu à confronter simultanément. Cet article adopte une perspective psychodynamique, tout en considérant le contexte sociopolitique, afin d'examiner les mouvements qui ont pu soutenir ou déstabiliser les professionnels à Port-au-Prince face à leur double expérience de soignant et de survivant dans le contexte post-séisme de la capitale.

6.4 Méthode

Pour cette recherche exploratoire, une méthode qualitative a été privilégiée, de manière à considérer les perceptions et l'expérience subjective des cliniciens. Nous avons rencontré des professionnels de la santé mentale et en soutien psychosocial (SMSP) de la région de Port-au-Prince, ayant travaillé pour une durée d'au moins six mois avec des survivants du tremblement de terre. Notre échantillon était composé de 22 cliniciens (16 psychologues, 3 travailleurs sociaux, 3 médecins, dont 1 psychiatre), 16 femmes, 6 hommes, âgés en moyenne de 44 ans (entre 28 et 64 ans), ayant en moyenne 14,8 années d'expérience professionnelle (entre 2,5 et 40 ans). La majorité des cliniciens combinaient des expériences de travail dans des ONG locales et internationales, et la grande majorité avait offert des suivis individuels et de groupes. Un entretien semi-structuré (50 à 150 minutes) a été réalisé avec chaque participant en français deux ans et demi après le tremblement de terre, dans un lieu de leur choix. Afin de ne pas surcharger les cliniciens, ces derniers ont été rencontrés à une seule reprise, outre deux participants, rencontrés deux fois. Les questions portaient sur leur expérience professionnelle suite au séisme. Les entretiens, réalisés en français, ont été retranscrits sous forme de verbatims.

L'analyse a été réalisée dans une démarche itérative, alternant entre processus inductif et déductif (Fereday et Muir-Cochrane, 2006). Après une immersion dans les données et la rédaction de résumés des entretiens, une analyse continue inspirée de la théorisation ancrée (Charmaz, 2006) a permis de dégager des thèmes émergents (Braun et Clarke, 2012), regroupés par catégories tissant des relations entre ces thèmes. Le logiciel d'analyse qualitative NVivo a été employé pour organiser le matériel. L'analyse s'est déployée en plusieurs étapes, incluant la rédaction de mémos et des échanges entre coauteurs. Bien que l'analyse ait impliqué l'examen du matériel à partir de chaque cas individuel ainsi que la comparaison entre ceux-ci (Ayres, Kavanaugh et Knafl, 2003), les résultats présentés concernent les dimensions transversales, de manière à protéger l'anonymat des participants.

6.5 Résultats

6.5.1 Retrouver sa place dans le chaos : mouvements de fuite et de lutte

Comme la majorité des citoyens de Port-au-Prince, les cliniciens de la capitale ont été durement touchés. Le mouvement meurtrier de la terre était décrit comme ayant ébranlé un sentiment de sécurité de base, comme en témoigne cette professionnelle : « C'est une expérience humaine indicible. D'abord, pendant le tremblement de terre, c'était ce sentiment de ne pas avoir une sécurité sur le sol. C'est un sentiment vraiment qui n'a pas de nom pour le décrire ». L'impact humain était décrit comme apocalyptique. En plus des deuils et expériences extrêmes, plusieurs cliniciens ont vu leurs quartiers ravagés et leur résidence s'effondrer. Certains ont habité dans des camps, chez des proches, dans le jardin, ou dans leur voiture pendant des semaines, parfois des mois.

Aux pertes immenses, au vécu existentiel de précarité radicale et à l'inquiétante impression que « la nature est en train de nous rejeter », s'ajoutaient dans les mois suivants les répliques sismiques, l'Ouragan Mitch, l'épidémie de Choléra et le chaos post-catastrophe, les pertes de repères personnels et professionnels. De nombreux cliniciens soulignaient par ailleurs l'effet dévastateur du tremblement de terre sur l'ensemble de la société et sur l'État haïtien, initialement « tétanisé » par la catastrophe et peu en mesure de coordonner les efforts. Plusieurs cliniciens nommaient ainsi un sentiment d'être abandonnés par les autorités : « Ce qui est le plus difficile, c'était particulièrement vrai au moment du tremblement de terre, les premiers temps après, c'était l'absence de l'État. (...) nous avons terriblement souffert de ça. ».

Face au choc, à l'horreur et la douleur, des mouvements de lutte et de fuite s'opposaient dans les récits de certains cliniciens. Plusieurs en effet étaient touchés personnellement et professionnellement, certains ayant également perdu leurs bureaux, leur emploi. Une question récurrente traversait ainsi plusieurs témoignages : s'engager dans le travail ou quitter ? Partir ou rester en Haïti ?

Le séisme, j'ai trouvé ça très dur... Même que, pour la première fois, j'ai pensé à quitter le pays pour de bon. J'avais toujours dit que je ne quitterai pas le pays. Puis quand je me suis retrouvée devant la maison de [mes proches], avec leurs corps à l'intérieur, je me suis dit que je n'y arriverai pas. [C'est en parlant avec mes enfants que] j'ai compris que je devais me ressaisir (...) Il y avait tant à faire.

Pour moi ça n'allait pas [là-bas, après avoir quitté le pays]. C'est quand je suis revenu en Haïti que ça allait. J'avais un sentiment de culpabilité. Je pouvais aider. Qu'est-ce que je faisais là-bas ? C'est comme si c'était une sorte de sauvetage individuel. On s'en va et on laisse tout le monde. C'est quand je suis revenue que j'ai aidé.

Cette question de l'engagement ou du retrait du travail, qui s'était posée pour plusieurs dans les jours suivant le séisme, persistait chez les cliniciens au moment de la recherche. Les départs et retours au pays étaient souvent ambivalents, marqués par des sentiments de soulagement, de sécurité, mais également de culpabilité, d'étrangeté, ou de solitude. « C'était vraiment un décalage qui fait qu'au bout d'un moment, je me suis dit que ma place n'était plus là, il fallait que je rentre en Haïti ». Au devoir d'aider ses concitoyens, de lutter, de se réunir dans le combat, s'opposait le souhait de se protéger, de prendre du répit, de se dégager des difficultés et d'imaginer d'autres avenir. La possibilité de se déplacer pour certains, même temporairement, ainsi que le rêve de partir pour d'autres, semblait permettre une certaine réappropriation de leur trajectoire et de leur engagement clinique.

Après le choc initial et la sidération, la remise en mouvement des cliniciens, manifeste dans le retour au travail, semble avoir incarné une sortie de la paralysie traumatique et un renversement du sentiment d'impuissance. Interrogés sur ce qui les avait soutenus personnellement et professionnellement, la presque totalité des participants ont d'abord nommé leur implication clinique : « reprendre un rôle et de ne plus être juste des personnes qui ont vécu le séisme ». Le fait de soutenir leurs concitoyens, en dépit des difficultés, était décrit comme une manière de faire face au « chaos », de « reprendre sa place de citoyen », de « sublimer » sa propre douleur. On comprend que la reprise

du travail clinique, tout en permettant de réinstaurer un semblant de routine dans le quotidien des sujets, pouvait constituer un acte de résistance devant les sentiments d'horreur et d'assujettissement. Le devoir et le désir du retour au travail, bien que parfois lourds à porter pour certains, semblent ainsi avoir offert une forme de reprise du pouvoir structurante, orientant la sortie du chaos.

Le plus soutenant c'était de me remettre au travail, de me recommencer à réfléchir... ça m'a permis de voir que finalement il y a une vie ! ... Et puis de voir les gens s'en sortir, de voir les gens recommencer à faire des projets, de remettre sur pied l'école... ça m'a fait beaucoup de bien... (...). Nous remettre au service des autres... c'est une clef. Dans un trauma collectif, je pense que ceux qui s'en sortent mieux en général ce sont ceux qui vont à la rencontre des autres et qui se jettent dans l'action.

... ce que je dis toujours qui m'a aidée, c'est le fait d'être touchée, mais de voir aussi que j'apporte quelque chose. Je ne suis pas seulement victime, je suis un acteur.

Le fait d'aider... ça m'a permis de donner du sens à ce que j'ai vécu... là je parle pour moi mais je pense que différents professionnels ont vécu ça beaucoup. Ils se sont réfugiés dans le travail, le travail humanitaire, pour pouvoir gérer leur angoisse, leurs difficultés - c'est comme sublimé dans leur travail... et... il y a eu beaucoup de sublimation je pense de notre côté... et beaucoup de gens qui n'ont pas voulu prendre contact avec ce qu'ils vivaient, et plutôt être dans l'agir... mais à moment donné, ça a donné qu'on devait arrêter, en tout cas pour moi. Moi j'ai eu besoin à moment donné de m'arrêter, de sortir du pays... d'aller prendre une bouffée d'air, d'aller voir la lumière.

Ainsi, malgré les difficultés impliquées, les cliniciens décrivaient le retour au travail clinique comme une source de force et d'inspiration, tout en notant les dimensions défensives et parfois maniaques de leur engagement, particulièrement dans les premiers temps. Certains aménagements semblaient toutefois importants pour éviter que le travail clinique ne submerge les professionnels, comme l'évoquent déjà ces va-et-vient dans la clinique et au pays. Les prochaines pages explorent plus précisément les façons dont différents mouvements dans la clinique tels que la reconstitution d'espace contenant et

hospitaliers, l'alternance entre proximité et distance du matériel traumatique, ainsi que le jeu des frontières, semblent avoir soutenu les cliniciens dans leur traversée.

6.5.2 Reconstitution d'un monde hospitalier

Si le tremblement de terre et ses contrecoups ont ébranlé le sentiment de sécurité des citoyens de Port-au-Prince, l'engagement des cliniciens s'inscrivait résolument dans un mouvement de remobilisation, une forme de restauration d'un monde hospitalier et d'enveloppes collectives. Plusieurs ont évoqué un sentiment d'insécurité important qui perdurait dans leur environnement, comme en témoignait ce clinicien : « Les gens ont gardé ça. Cette idée qu'on est vulnérable n'importe où. Finalement on n'est en sécurité nulle part ». Dans ce contexte, la restauration d'espaces sécuritaires et partagés était décrite comme soutenant par les cliniciens, à travers la mobilisation dans l'action collective ainsi que dans l'élaboration d'une représentation partagée des événements.

6.5.2.1 Recours et restauration des enveloppes groupales

Face aux sentiments de rupture et de fragilité, la reconstitution essentielle des lieux de vie et de travail, ainsi que le recours à des espaces de solidarité et de soutien mutuel semble avoir joué un rôle essentiel. Sur les plans personnels, les cliniciens ont parlé de l'importance d'être épaulés et d'épauler les autres, de réinstaurer une forme de lien et de confiance dans un monde hospitalier : « ... tout le monde essayait d'être là les uns pour les autres... (...) j'ai été accueillie, recueillie, on s'est occupé de moi quand j'en avais besoin... ça aussi c'était important ». Le fait d'être soutenu et de soutenir sa famille, les amis, son voisinage, le quartier, et d'être témoin des gestes de solidarité contribuait à redonner du sens à l'épreuve. Pour un clinicien, le mouvement de soutien collectif avait été salutaire : « cette solidarité-là nous a sauvés. Ça nous a sauvés. (...) certainement que ça a créé une chaleur humaine ». Pour une autre, cette solidarité faisait

d'ailleurs partie des forces du peuple haïtien, méconnues de la communauté internationale :

Après le tremblement de terre, les gens se sont serré les coudes... moi je pense que les gens de l'extérieur, qui étaient en train de nous regarder, ils ne s'imaginaient pas qu'on pouvait se relever... et je pense que ça fait partie de notre force, tu comprends ? Il y a une telle solidarité, tu ne saurais t'imaginer...

D'autres professionnels soulignaient que le soutien international, particulièrement dans les premiers temps, avait donné un élan au mouvement de reconstruction collective. Au moment de la recherche, certains soulignaient toutefois que plusieurs initiatives nationales et internationales n'avaient pu se concrétiser et que cette solidarité commençait à s'essouffler. Pour d'autres, cette expérience laissait des traces durables dans leur façon de concevoir le collectif : « j'ai appris qu'il faut une chaîne dans la société, une chaîne de solidarité, d'entraide... parce que chaque maillon a son rôle, sa force, sa place... donc ça a été une grosse expérience ».

Plusieurs cliniciens ont également évoqué l'importance de la mobilisation des groupes de professionnels, le rôle crucial des équipes, collègues et superviseurs, ainsi que l'apport du travail de groupe pour faire face collectivement à l'adversité. Plus concrètement, la fondation de l'Association haïtienne de psychologie (AHPsy) a marqué un tournant dans la mobilisation du secteur de la SMSP. La mobilisation de divers groupes de soutien entre collègues, comme l'AHPsy semblait instaurer des lieux d'élaboration collective, permettant à la fois aux cliniciens de donner sens à leur expérience, de trouver du soutien entre collègues, et de développer des actions conjointes. Pour ceux qui travaillaient en équipe, les collègues étaient d'ailleurs perçus comme très importants : « ils savaient être encourageant, soutenant et vraiment rassurant. [...] On avait toujours l'idée qu'il y avait un filet de sécurité si jamais ça se passait mal ». Pour ceux qui y avaient accès, l'apport de superviseurs cliniques ou d'espaces de cosupervision jouait également un rôle essentiel.

Comme nous l'exposerons plus loin, les espaces thérapeutiques constituaient aussi une forme d'enveloppe humaine de solidarité, un lieu de possible coétayage et de soutien mutuel entre soignants et soignés. Pouvoir s'épauler, partager non seulement la souffrance, mais aussi l'espoir et le courage, était décrit comme soutenant la mobilisation des sujets. Plusieurs cliniciens rapportaient ainsi avoir été inspirés par des personnes accompagnées et en avoir tiré beaucoup de forces.

Un des membres du groupe qui avait perdu sa sœur, et qui s'était beaucoup lancé dans l'action, sa sœur était morte sous ses yeux... et il y avait des voisins en situation difficile, qu'il fallait sortir de sous les décombres. Il a laissé là le cadavre de sa sœur, et il est parti secourir les voisins, en se disant : « Elle est morte je ne peux plus rien faire. Il faut faire quelque chose pour les autres ». Dans chaque groupe il y avait des éléments très porteurs, qui donnaient un peu des expériences, qui étaient des guides pour les autres. Et ça dédramatisait en fait ce que les gens avaient vécu. Les gens se disaient : « La vie est là... il y a les morts mais il y a aussi les vivants. Il faut aller de l'avant ». Il y avait toujours des histoires très fortes dans les groupes qui étaient partagées.

Évidemment, retrouver ou reconstituer des espaces soutenant après la catastrophe n'était pas toujours aisé. La rivalité et le manque de coordination minaient selon certains les mouvements de solidarité. Plusieurs cliniciens déploraient par exemple la compétition entre ONG, le manque de soutien et de supervision dans certaines organisations et l'échec de plusieurs initiatives, faute de collaboration entre locaux et expatriés. Dans certaines ONGI, la disqualification des cliniciens locaux ou leur manque de reconnaissance était d'ailleurs identifiés comme particulièrement difficiles. Toutefois, bien que certains cliniciens aient partagé avoir été témoins d'opportunisme, voire de pratiques prédatrices, les cliniciens soulignaient principalement les initiatives de solidarité, de courage et de générosité qu'ils voyaient se déployer et auxquelles ils participaient.

6.5.2.2 Récits collectifs

Par ailleurs, bien que les repères singuliers et sociaux aient été ébranlés par l'ampleur du désastre, posant défi à l'élaboration de ce drame impensable, certains récits

collectifs semblaient également offrir une forme de contenance, ou du moins d'appui à la mise en sens du vécu des soignants, de l'épreuve collective et des avenir possibles. Ainsi, plusieurs inscrivaient la catastrophe dans une histoire commune d'adversité, de lutte et de résilience :

En Haïti en particulier il y a une très très forte capacité, une grande capacité de résilience. Ça remonte à très très loin. Ça ne se transmet pas nécessairement par la parole, mais de génération en génération... Ça vient de très loin. On peut monter jusqu'à l'esclavage. On est resté plusieurs siècles, plusieurs siècles dans l'esclavage. On a survécu... Survivre à ça pendant des générations, pendant pratiquement trois siècles, c'est beaucoup. Ça se transmet.

Entremêlant le collectif et le singulier, plusieurs cliniciens ont ainsi parlé de l'adversité multiple et des traumatismes précédemment rencontrés par les citoyens et les cliniciens - catastrophes naturelles, violence politique, banditisme - ayant mené les cliniciens à développer une expertise pour soutenir la population face aux traumatismes : « lors du tremblement de terre, c'est comme si... on était prêt. C'est vraiment impossible d'être prêt, mais déjà.... Il y avait quelque chose qui s'était mis en place ». Les passages fréquents du « je » au « nous » dans le discours des participants reflétaient d'ailleurs ce recours à un vécu collectif pour donner sens à la catastrophe et pour trouver des sources de résistance. Ainsi, situer le séisme dans une histoire de traumatismes cumulatifs et évoquer les combats du passé pouvait raviver les souvenirs d'avoir souffert, mais également d'avoir survécu.

Toutefois, la nature de cette survivance soulevait également des questions. Face au vécu extrêmement difficile des Haïtiens les plus vulnérables, les menant à tolérer une vie décrite comme « infrahumaine », certains cliniciens s'interrogeaient : « On parle beaucoup de la résilience haïtienne, je sais que c'est très controversé. Beaucoup de personnes se demandent : est-ce que c'est de la résilience ou de la résignation... ». Cette opposition entre résilience et résignation interrogeait à la fois le regard des étrangers, mais également celui que les cliniciens portaient sur les concitoyens

accompagnés, et la difficulté de tolérer que ces patients se résignent à une vie d'extrême pauvreté, parfois peut-être leur unique stratégie de résilience.

Face à l'absurdité des événements, les repères collectifs religieux étaient également sollicités dans les entretiens à la fois pour donner sens aux événements et pour les traverser collectivement. Comme en témoigne cette clinicienne, qui résume bien la perspective de plusieurs participants, la religion pouvait être une source de force collective importante, bien qu'ambivalente :

[La religion] a été, peut-être, la ressource principale des personnes. Je pense que c'est non seulement le fait de se protéger par rapport à quelque chose de mauvais qui pourrait arriver, mais je pense aussi d'une façon un peu plus générale que c'était le fait de pouvoir être ensemble. Se mobiliser ensemble contre... c'est un peu dur de dire ça, mais contre une malchance commune qui pourrait arriver. ... la religion c'est quelque chose de très important et qui aide beaucoup. En même temps je pense qu'il y a toute une partie un peu occultée au niveau de la religion : c'est toute cette pression que si on ne fait pas les choses bien soit on finit en enfer, soit on a le blâme de la communauté religieuse et du coup on est exclus de ce milieu-là. Donc je crois que c'est un petit peu ambivalent quand même la religion.

Pour l'ensemble des participants ayant abordé la question de la religion ou de la spiritualité, ces dernières pouvaient constituer une source importante de réconfort et de soutien. Toutefois, plusieurs dénonçaient également certaines dérives, dont des interprétations religieuses du séisme, décrites comme des « armes à double tranchant ». Quelques professionnels dénonçaient en outre les lectures du séisme comme une « malédiction » accablant une nation « maudite » en raison de ses pratiques vaudou, ou de ses « péchés ». Par ailleurs, la description de survivants comme des « miraculés », investis d'une « mission » pouvait les propulser, ou en interroger d'autres. Que fallait-il penser de ceux qui avaient péri ? Comment composer avec l'interprétation d'une patiente de la perte de ses enfants comme une « volonté divine » ? Si pour certains la foi permettait d'accepter l'impensable, pour d'autres, l'absurdité du drame ne pouvait être contenue dans certaines interprétations religieuses. Ainsi, certaines lectures

religieuses étaient jugées problématiques par les participants, voire nuisibles pour leurs patients et pour la collectivité.

En somme, l'inscription du tremblement de terre dans des récits collectifs, que ce soit sur les difficultés et la résilience historique d'Haïti, ou sur les multiples significations religieuses attribuées au séisme, permettait de situer l'événement dans des univers de sens et d'action à la fois partagé et contesté. Les cliniciens décrivaient la portée de ces différents répertoires comme variant notamment en fonction de leur capacité à créer du sens, à tolérer l'absurdité, ainsi qu'à mobiliser le travail de reconstruction.

6.5.3 Oscillations : rapprochement et distanciation du matériel traumatique

Le travail clinique supposait des expositions répétées à des récits traumatiques potentiellement fragilisants, ainsi que des responsabilités lourdes à assumer. Pour juguler cette proximité, ainsi que la dimension effractive et excessive de l'exposition dans la clinique, plusieurs professionnels semblaient mettre en œuvre un travail d'équilibre entre rapprochement et distanciation du matériel traumatique sur les plans de la modulation des récits ainsi que dans le choix des modalités thérapeutiques, en plus des mouvements géographiques abordés précédemment.

6.5.3.1 Répétition et évitement : vers une modulation du dévoilement

Des mouvements de répétition et d'évitement étaient manifestes dans les témoignages des participants, de multiples façons, dont dans le récit de leur vie quotidienne. Au moment de la recherche, les traces du séisme étaient encore omniprésentes à Port-au-Prince, dans le paysage ravagé comme dans les récits. Plusieurs cliniciens notaient en effet une forme de compulsion de répétition, chez eux, chez leurs proches et chez les personnes accompagnées :

On entendait toujours ces récits traumatiques : c'était tel immeuble qui s'est écrasé, telle personne qui est morte de telle façon. Au bout d'un moment on n'a plus envie d'entendre parler de ça. En fait c'était ambivalent : en même temps on a envie d'être en phase avec les gens qui ont vécu la même chose, mais on n'a pas envie de mettre tout le temps le nez dedans [...] c'était peut-être... j'allais dire presque une compulsion à faire sortir les choses, mais sans forcément se rendre compte que quand on ressort de cette conversation qu'on est encore plus mal.

Des souvenirs fragmentés reviennent de manière presque compulsive... Des brides figées, des morceaux... je me suis retrouvée là-dedans aussi, à raconter la même histoire de la même façon, sur ce qui m'était arrivé à ce moment-là, ou j'étais, ce que j'ai fait, ce que j'ai dit... Mais je racontais de la même façon. De manière répétitive. Donc [c'était important] de s'arrêter et de dire : ce n'est pas utile de savoir ça.

À l'opposé de ces mouvements de répétition, plusieurs cliniciens observaient aussi des mouvements d'évitement et de distanciation, tant chez les sujets accompagnés que chez eux-mêmes. Par exemple, une clinicienne décrivait l'ambivalence de familles rencontrées dans les camps, confrontées à des enjeux de survie, qui disaient souhaiter de l'aide tout en évitant les équipes cliniques. « Il y a aussi le fait qu'on n'a pas envie de se fragiliser à vous parler de ça (...). Ce n'était pas dit, mais c'est ce qu'on a compris. On a besoin de notre force, de notre énergie pour fonctionner, au jour le jour. » L'évitement comportait ainsi une valeur protectrice pour ces familles et possiblement pour les cliniciens.

6.5.3.2 Modalités cliniques

L'alternance entre proximité et distance se manifestait dans les choix cliniques des professionnels, entre dévoilement, silence et expression symbolique. En décrivant leurs pratiques, plusieurs cliniciens exprimaient notamment leur préoccupation entourant le dévoilement excessif de matériel traumatique dans le travail de groupe et individuel – un risque tant pour les participants que pour les cliniciens. Par conséquent, de

nombreuses stratégies étaient déployées pour moduler l'exposition traumatique dans la clinique, travaillant par exemple *autour* du trauma. Dans les groupes particulièrement, les dévoilements semblaient évités au profit des forces et ressources :

On a tous des choses terribles qu'on ne veut pas écouter. Par exemple ... je me souviens d'une dame qui est arrivée, qui a raconté dans de multiples détails ce qui est arrivé aux voisins... les membres amputés... j'ai dit : « Arrête. On n'a pas besoin de savoir ça. Garde ça pour toi ». Et ça c'était clair pour moi qu'il ne fallait pas laisser les gens dans les groupes glisser vers ce terrain-là. Parce qu'à ce moment-là... Tu revis tout ce que toi tu as vécu de dur, amplifié et augmenté par l'expérience des autres. ... Autrement tu fais revivre au groupe.

La psychothérapie dyadique ou familiale supposait potentiellement une plus grande exposition aux détails traumatiques que l'intervention de groupe. Dans ces espaces, plusieurs cliniciens mentionnaient également moduler l'expression traumatique des récits, en respectant le rythme du client, travaillant autour du trauma et sur les mouvements de relance psychique. Un clinicien par exemple expliquait éviter de s'attaquer directement au traumatisme en thérapie brève, mais cherchait plutôt à aider ses patients à rétablir une routine quotidienne. Les psychothérapies « centrées sur le trauma » étaient pour leur part décrites comme impliquant une certaine retenue dans l'élaboration du vécu traumatique, contrebalancé par l'exploration des ressources, projets, petites victoires et espoirs d'un avenir meilleur.

Il faut revenir à l'événement traumatique (...) mais y aller tout doucement. Parce qu'en fait, quand la personne arrive à retourner à l'événement traumatique, ce n'est pas évident qu'elle puisse arriver à se reconstruire aussi, qu'elle puisse aller là, voir ce qui faisait mal, ou fait mal encore, pour pouvoir éventuellement continuer... Il y a ce que j'appelle moi, les branches, les branches pouvant aider la personne à se déplacer. J'aime beaucoup cette image-là. Tarzan qui passe d'arbre en arbre, mais qui fait son chemin. Parce qu'en fait la vie est un petit peu comme ça. Il faut se chercher des branches à chaque fois.

Quelques cliniciens rapportaient également les avantages des techniques limitant explicitement le dévoilement de récits traumatiques. Par exemple, bien que certains professionnels questionnent la pertinence de l'EMDR (*eye movement desensitization*

and reprocessing, en français : intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) en Haïti, d'autres décrivaient les avantages de cette approche offrant une distanciation protectrice pour eux-mêmes et pour leurs patients. Un jeune clinicien rapporte ainsi :

Quand on a commencé les thérapies individuelles, ça c'était plus dur, mais je dois vous dire que l'approche utilisée, le EMDR, protège le thérapeute... Parce que c'est... On peut guérir un patient sans savoir ce qu'il a vécu... Donc, le risque de traumatisme secondaire est moindre avec le EMDR... c'est pourquoi c'est une approche intéressante.

Finalement, les modalités non verbales et symboliques semblaient également offrir des possibilités fertiles en termes de distance protectrice et de remise en mouvement. Plusieurs cliniciens ont aussi puisé dans des modalités artistiques, ainsi que dans des approches inspirées de traditions haïtiennes. Par exemple, des interventions par le théâtre auprès d'adolescents dans les bidonvilles ou encore l'utilisation dans les groupes de danse, de chants traditionnels, ou encore de prières et de blagues contribuaient au travail de métabolisation et de mobilisation. Ces modalités étaient décrites comme offrant une forme d'ancrage corporel, une enveloppe psychique contenant permettant la création d'un espace sûr pour le client et le clinicien, tout en facilitant une forme de métabolisation symbolique et polyphonique, ancrée dans des répertoires de sens familiers.

[Avec les enfants] on a beaucoup travaillé avec les jeux... à travers des exercices de respiration... on a beaucoup introduit des jeux typiques haïtiens, de la culture haïtienne qu'on a modifiés... On a utilisé des exercices de relaxation avec des feuilles naturelles... Dans la médecine traditionnelle haïtienne, on les utilise beaucoup... et ça, ça faisait déjà partie des pratiques de soins... donc on a introduit ça dans les exercices de relaxation et ça marchait hyper bien.

6.5.4 Le jeu des frontières entre soi et l'autre

L'expérience collective de la catastrophe a provoqué une transformation de l'espace clinique, impliquant pour les professionnels une renégociation des frontières entre soi et l'autre, manifeste à la fois dans les mouvements d'identification/mise à distance, ainsi que dans la circulation d'affects et leur partage.

6.5.4.1 Mouvements d'identification et de désidentification

« Nous avons tous été touchés », soulignait un clinicien, comme plusieurs autres, qui décrivaient la vague de solidarité soulevée par la catastrophe. D'importants mouvements d'identification tant à la nation blessée qu'aux personnes accompagnées traversaient les récits des cliniciens, soutenant leur engagement. « Haïti, c'est comme les parents. On ne choisit pas nos parents. (...) une famille s'est soudée. On n'a pas de problèmes, on doit rester ensemble. C'est la solidarité familiale. J'y crois beaucoup ». La catastrophe était décrite comme ayant momentanément abattu les murs séparant les individus, incluant ceux appartenant à des classes sociales différentes. Plusieurs participants considéraient que « tout le monde était dans le même bateau », tout en reconnaissant être privilégiés de par leur situation économique et professionnelle.

Ces mouvements d'identification semblaient également nourrir la capacité de retirer des forces de la clinique, comme si prendre soin des autres permettait de prendre soin de soi : « ... savoir que je pouvais être utile aux gens aussi... ça m'a permis de prendre soin de moi ». Plusieurs décrivaient ainsi la clinique comme intimement soutenue par une identification à l'autre et au collectif, grâce auquel la satisfaction de voir un patient aller mieux redonne également force et espoir au clinicien. Interrogée sur ce qui l'avait épaulée, une clinicienne affirmait ainsi :

Le fait de pouvoir aider. Le fait de pouvoir aider les gens, sentir que je peux les accompagner et les aider à s'en sortir. Je crois en ça. Je crois que quel que soit

ce qu'on a vécu, on n'est pas obligé de s'enfoncer... de finir sa vie à cause de ça. (...) Je crois en ça et peut-être pour moi, de pouvoir y participer, ça m'aide. On sent qu'on fait quelque chose d'utile, nécessaire.

À l'opposé, certains mouvements de désidentification et de mise à distance traversaient parfois les récits, particulièrement ceux concernant des patients issus de classes modestes, aux prises avec des vécus d'adversité souvent extrêmes, et chez qui la détresse s'exprimait souvent par une somatisation. Un jeune professionnel déplorait par exemple que la majorité de ses patients soient trop peu éduqués et parlent uniquement le créole, une langue qu'il jugeait « trop concrète ». Les professionnels seniors considéraient également les défis de travailler avec cette population, en reflétant plutôt les dimensions protectrices des mécanismes de défense des populations très vulnérables, ainsi que la difficulté de les aider lorsque la survie n'était pas assurée.

Dans certains cas évoqués par les participants, la souffrance de plusieurs de ces familles ne pouvait en effet être facilement soulagée, en raison de l'ampleur de leurs pertes ou de leur dénouement. Prendre ses distances à l'égard de ces patients pouvait aussi être un moyen pour les cliniciens de se protéger contre le sentiment d'impuissance : « C'est un défi de travailler avec certaines personnes qui ont peu de capacités pour des représentations mentales. Je préfère les référer à d'autres qui sauront comment les aider... (...) en fait, je pense que c'est aussi un moyen de me protéger ». D'autres finalement notaient que leur travail avait changé leurs perspectives et développé leur empathie face à la population marginalisée de la capitale.

Pour certains, ces mouvements traversaient la clinique tant du côté des patients que des cliniciens. Alors qu'elle abordait en entrevue les enjeux du travail clinique, une psychologue senior décrivait les survivants de classes populaires comme « blindés », tout en notant la dimension protectrice de leur mise à distance de la souffrance, avec laquelle elle s'identifiait par ailleurs, soulignant également l'impact de leur détachement sur son engagement empathique : « Ils te racontent les pires horreurs, mais ... avec détachement.

(...) Les gens vivent tellement de choses difficiles qu'il faut bien qu'ils s'arment, parce que sinon, ils perdent la tête. (...) ça va moins chercher tes émotions à toi ». Ces divers mouvements d'identification ou de mise à distance présentés ici semblaient en partie fluctuer en fonction de la proximité avec les patients sur le plan de la classe sociale, des vécus traumatiques, mais également du niveau d'expérience et de tolérance au sentiment d'impuissance qui pouvait émerger chez les cliniciens.

6.5.4.2 Circulation et partage d'affect

L'expérience collective du désastre modifiait également l'asymétrie de la relation clinique, ainsi que la porosité des frontières entre soignants et soignés. La circulation et le partage des affects, qui sous-tend toute relation clinique, s'en trouvaient intensifiés, nourrissant l'échange thérapeutique ou déstabilisant les cliniciens. En effet, la proximité avec la souffrance de l'autre (et avec la sienne) n'était pas sans embûche :

C'est très dur, pour moi... gérer les émotions que je sens monter en moi. Ça c'est parfois très difficile, effectivement. (...) je pense que cette sensibilité m'aide à comprendre ce que la personne traverse. C'est dans ce sens que ça peut aider. Mais parfois, aussi, c'est vrai que ça peut un petit peu submerger. Puis, on sent qu'on a peut-être un peu du mal à se contenir... On sent que ça monte et puis qu'on risque un peu pour continuer à entendre ce que la personne rencontre.

Toutefois, la plus grande symétrie et le partage dans la clinique offraient aussi de nouvelles potentialités. Plusieurs cliniciens rapportaient que leurs propres expériences traumatiques et leurs deuils les avaient aidés à comprendre la réalité de leurs patients, à élaborer des interventions à partir de ce qui les avait soutenus, et à bénéficier eux-mêmes de la rencontre. Notamment, en laissant savoir aussi aux soignés, avec discernement, qu'ils avaient eux-mêmes été touchés, certains professionnels leur permettaient aussi de voir « que nous sommes tous humains », ce qui facilitait selon eux l'alliance thérapeutique : « ils savaient que nous aussi on était passé par là, on

savait de quoi on parlait. Nous aussi on a vécu ces événements, nous aussi on a eu des symptômes. Beaucoup de respect, beaucoup d'empathie, beaucoup d'écoute ». De plus, de nombreux professionnels décrivaient la clinique comme un possible espace de coétayage : « C'est comme une sorte de thérapie pour moi également quand j'entends les autres partager... Ça m'aide ». Ainsi, pour quelques-uns, l'expérience radicale de la clinique post-catastrophe menait également à un questionnement de ces frontières entre soignants et soignés : « Cette expérience me démontre qu'il faut peut-être questionner ce mythe de la neutralité bienveillante... (...) l'essentiel c'est, finalement, d'être avec l'autre, être avec l'autre... se permettre d'être avec l'autre avec tout ce qu'on a, tout ce que l'on est aussi ».

Finalement, pour plusieurs, le travail clinique ouvrait la voie à de véritables échanges, un lieu de don et de contre-don. La transformation des frontières offrait la possibilité non seulement que les cliniciens offrent du support à leurs concitoyens, mais aussi qu'ils reçoivent et apprennent d'eux et de leur expérience : « C'est un échange entre deux personnes aussi... je ne peux plus voir la vie comme moi je la voyais avant. Même notre façon de vivre. Moi, ma façon de vivre a complètement changé ». De nombreux participants ont en effet rapporté avoir été transformés d'une façon très positive par leur engagement clinique :

J'ai apprécié chaque moment passé auprès de mes patients, j'ai apprécié chaque moment (...) J'ai beaucoup appris, c'est vrai, je profite mieux de la vie (...) que ce soit des moments difficiles ou des moments heureux. Je peux te dire que, j'ai vécu des aspects merveilleux dans ma vie avec cette expérience que j'ai faite.

Tu vois que les gens se relèvent (avec insistance)... et c'est là que tu réalises, en tant qu'humain, on a une grande capacité de se reprendre en main... ça a créé de l'espoir en moi... (...) Dans tout événement tu peux être abattu... cassé... et tu vas être capable de recoller les morceaux en te disant : « tiens, il a quelque chose que j'ai appris du fait d'être cassé autant... » Et je pense que tout ce parcours-là, ça m'a aidé à comprendre ça.

Au-delà des clivages théoriquement construits entre soignants et soignés, l'expérience commune semblait donc impliquer une (re)négociation des frontières entre soi et

l'autre, ainsi qu'un partage d'expériences pouvant parfois déstabiliser les cliniciens et ouvrir de nouvelles potentialités dans la rencontre.

6.6 Discussion

Dans l'espace réflexif et discursif que proposait la recherche, le regard que posent les cliniciens haïtiens sur leur expérience de travail clinique après le tremblement de terre témoigne des façons dont la remise en mouvement, par l'engagement clinique, s'articule de façon dynamique à la négociation d'une distance protectrice du trauma ainsi qu'à la reconstitution d'enveloppes groupales face au chaos collectif. Le choc meurtrier des plaques tectoniques semble avoir mené à une « perte de l'évidence naturelle » (Blankenburg, 1991), ou une perte du sentiment de sécurité de base face à l'environnement. Toutefois, l'investissement de mouvements porteurs par les cliniciens illustre la dialectique entre les processus de contenance et de relance qui semblent caractériser à la fois leur double expérience et leur traversée du chaos.

D'abord, l'investissement de la fonction soignante des cliniciens signe un mouvement de relance, documenté dans d'autres contextes humanitaires comme au Moyen-Orient (Karray, Dérivois, Jacome, Cénat et Anaut, 2017). Le choix de s'engager dans l'action clinique pourrait ainsi marquer une sortie de la paralysie traumatique, une lutte pour sortir de la sidération et de l'expérience d'impuissance. Face aux situations extrêmes, la possibilité d'offrir une aide à ses concitoyens positionne les soignants au cœur du processus de reconstruction psychique et collective, leur offrant un vecteur à la reprise de pouvoir et au combat contre la solitude radicale du trauma. Toutefois, bien que la position soignante puisse être structurante, les récits évoquent aussi, en creux, le poids de la culpabilité des survivants, la lourdeur du sentiment de devoir, ainsi que des enjeux liés à l'excès traumatique dans la proximité de la rencontre. D'autres recherches ont en effet mis en lumière les défenses maniaques et grandioses qui peuvent soutenir les cliniciens dans

l'urgence, à court terme, mais qui mènent éventuellement à l'épuisement et à la désillusion (Boulanger, 2013; Husseini, Mouchenik et Moro, 2015).

À cet égard, la possibilité de (re)négocier une distance protectrice du trauma, dans l'oscillation entre rapprochement et éloignement, semble ainsi avoir soutenu les cliniciens. Être figé dans une proximité sidérante et de répétition traumatique, en se remémorant continuellement les mêmes récits tragiques par exemple, ou encore se camper dans une mise à distance systématique, clivée, pourrait également compromettre le travail d'élaboration pour le clinicien et pour ceux qu'il accompagne, du moins à long terme. De tels mécanismes de défense permettent, certes, aux sujets de composer avec un vécu extrême à court terme; ils sont néanmoins coûteux et s'avèrent délétères s'ils se rigidifient. En revanche, la possibilité d'alterner entre proximité et distance, silence et dévoilement, pourrait être protectrice, comme suggéré par les travaux de Rousseau et Measham (2007). Bien que le partage d'affect et la transmission traumatique aient été en partie inévitables dans le contexte post-séisme de Port-au-Prince, les transmissions semblent avoir été en partie modulées par les cliniciens, notamment par l'orientation du travail thérapeutique sur la reprise de la vie, par le choix de modalité clinique et par la modulation du dévoilement.

Si la catastrophe collective affecte les enveloppes psychiques, groupales et institutionnelles (Anzieu, 1985, 1987), le travail post-catastrophe pourrait consister, en outre, à restaurer certains espaces de contenance, par la reconstitution de nouvelles formes d'entraide. Le partage d'expériences entre cliniciens et avec les personnes accompagnées témoigne d'un possible remaillage de solidarité et de coétayage. Être en relation avec d'autres, hospitaliers et secourables, retisser des liens ou renforcer ceux qui existaient déjà semble aider à retrouver une certaine fiabilité de l'environnement (Tomasella, 2017). Les espaces de soutien pour les cliniciens - association professionnelle, soutien entre collègues, supervision - pourraient également permettre l'émergence d'une fonction contenantante, voire métacontenantante du groupe (Kaës, 2007,

2012). Par ailleurs, les récits collectifs de traumatismes et de résilience témoignant des qualités porteuses du travail de la culture, malgré certains enjeux (Obeyesekere, 1981). Concernant la mobilisation groupale, il convient de rappeler que, si des mécanismes liés à l'idéalisation du collectif en contexte extrême peuvent structurer l'action dans les moments de crise, l'épreuve de la réalité exige éventuellement un travail de deuil, également évoqué par les cliniciens.

Quoique l'analyse du travail d'élaboration suite au séisme ait possiblement été prématurée au moment de la recherche, cette recherche suggère que ce travail impliquerait une alternance entre proximité et distance, et impliquerait l'inscription des vécus singuliers dans un récit collectif. De plus, les cliniciens reprenaient le fil de leur vie et s'engageaient dans la traversée du chaos à travers cet élan de reconstruction par et pour la collectivité. La remise en mouvement s'articulerait ainsi pour les cliniciens autour de la reconstruction du collectif, à la fois objet et véhicule de la relance.

Finalement, en contraste avec les travaux d'autres chercheurs en contexte occidental (Boulanger, 2013), il nous semble que la plus grande symétrie dans la relation entre soignants et soignés n'ait pas uniquement impliqué des risques, mais aussi des potentialités fertiles pour les cliniciens de Port-au-Prince. D'abord, cette relation plus égalitaire qui évoque le travail « côte à côte », ou « d'épaule à épaule » de Roussillon (2005), suppose à la fois de reconnaître la souffrance et les fragilités des cliniciens, mais aussi de considérer sérieusement les ressources des soignés/survivants. En écho au mythe du clinicien blessé (*wounded healer*) (Amundson et Ross, 2016; Kirmayer, 2003), cette analyse invite à repenser à la blessure du clinicien comme une ouverture au savoir et au pouvoir de guérison, ainsi qu'à la rencontre avec l'autre, au-delà de la faille. Cette renégociation des frontières amène potentiellement les cliniciens à considérer en eux, de façon moins clivée, moins dichotomique, leur part souffrante et leur part résistante, ouvrant possiblement la voie au travail de deuil de la position toute-puissante du clinicien, ainsi qu'à l'élaboration de la position dépressive chez ces acteurs clés (Boulanger, 2013). La réciprocité décrite

dans leur travail clinique s'accompagne de la possible reconnaissance du don et du contre-don dans la relation thérapeutique, inscrivant soignants et soignés dans une communauté humaine face à l'adversité.

Pour conclure, nos résultats soulignent l'importance de l'adaptation des interventions post-catastrophe en santé mentale à la réalité du terrain, post-traumatique ou traumatique, en ce qui concerne notamment le soutien des processus de reprise de pouvoir, de remise en mouvement et de restauration des espaces de contenance, avant qu'un travail thérapeutique puisse se mettre en place. Notre analyse rappelle également l'importance de travailler « sur-mesure » en situation extrême, de « bricoler » des dispositifs à partir de la demande (Roussillon, 2007), de soutenir les forces de résiliences présentes chez les survivants et leur collectivité, en impliquant et en épaulant les acteurs clés, survivants et soignants.

6.7 Limites

Cet article a exploré quelques dimensions de l'expérience de cliniciens de Port-au-Prince dans le contexte post-séisme, sans rendre compte de toute la complexité de leur vécu. La petite taille de notre échantillon ainsi que ses particularités ne nous permettent pas de généraliser nos observations aux autres professionnels en Haïti, particulièrement ceux ayant cessé définitivement de travailler. De plus, les témoignages recueillis doivent être situés dans le contexte d'une entrevue de recherche transculturelle, à un moment particulier ravivant des enjeux politiques et historiques entre descendants de décolonisés et d'anciens colonisateurs (Delanoë et Moro, 2016). L'identité de l'intervieweuse, étrangère (d'origine canadienne plurielle), mais relativement peu menaçante (jeune femme étudiante), a certainement modulé la parole des participants, favorisant possiblement certaines représentations collectives plutôt que d'autres. Les discours recueillis doivent être compris en les restituant dans ce contexte particulier, qui laisse penser que certains pans de l'expérience des cliniciens ont été

abordés/esquivés plus facilement. Malgré ces limites, la parole de ces professionnels contribue à mieux comprendre l'expérience des cliniciens en contexte post-catastrophe, les enjeux de leur double position de soignants et survivants, ainsi que les mouvements qui traversent leur travail clinique.

6.8 Conclusion

Les témoignages des cliniciens de Port-au-Prince évoquent une dialectique entre la remise en mouvement suite au trauma et la reconstitution d'une forme de contenance ou de « portage » sur les plans psychique et social, que nous comprenons comme l'investissement d'un mouvement porteur. Cette image du « portage » psychique rappelle celle de la mère portant son bébé (Winnicott, 1960, 1969), une contenance que nous qualifions d'ouverte et mobile. Le terme d'ouverture renvoie ici à la fragilité, d'éventuelles effractions et de potentialité, alors que celui de mobilité comprend de possibles déstabilisations, mais aussi un certain dynamisme. Quand tout bouge autour de soi, pour reprendre les mots de Laferrière (2010), c'est peut-être dans le mouvement qu'on retrouve son équilibre. Le choc peut secouer et blesser, parfois mortellement - mais aussi propulser vers l'avant, et porter dans son élan.

Cette recherche visait à mieux comprendre la double expérience des cliniciens à Port-au-Prince, en tant que survivants et soignants, en explorant les mouvements qui les déstabilisent et les soutiennent. Notre analyse suggère que ces professionnels conçoivent avant tout leur engagement clinique comme un mouvement porteur, une façon de combattre le sentiment d'impuissance et de renverser l'expérience d'assujettissement singulier et collectif. La clinique implique ainsi une décentration altruiste restructurante qui contribue à donner sens à leur vécu. Bien qu'en partie protectrice, cette implication dans le processus de reconstruction soulève également des enjeux liés à l'excès traumatique, modulé par la possibilité d'avoir recours à des espaces contenant (personnels et professionnels), l'alternance entre proximité et distance du trauma, ainsi que la renégociation du partage des affects et des frontières.

Sans nier les difficultés liées au travail de ces acteurs clés, survivants et soignants, nos résultats suggèrent que l'engagement clinique permet aux professionnels, en soulageant la souffrance des autres et de leur collectivité, de combattre leur propre douleur et de reprendre une certaine forme de pouvoir. Notre analyse invite ainsi à repenser l'articulation complexe entre les dimensions singulières et collectives qui sous-tendent la clinique post-catastrophe et la traversée du chaos qu'elle implique.

6.9 Références

- Amundson, J. K., & Ross, M. W. (2016). The Wounded Healer: From the Other Side of the Couch. *The American journal of clinical hypnosis*, 59(1), 114-121. doi: 10.1080/00029157.2016.1163657
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod, 1985.
- Anzieu, D. (1987). *Les Enveloppes psychiques*. Paris: Dunod, 1987.
- Ayres, L., Kavanaugh, K., & Knafl, K. A. (2003). Within-Case and Across-Case Approaches to Qualitative Data Analysis. *Qualitative Health Research*, 13(6), 871-883. doi: 10.1177/1049732303013006008
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(1), 31-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10481885.2013.752700>
- Boulanger, G. (2018). When Is Vicarious Trauma a Necessary Therapeutic Tool? *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 60-69. doi: 10.1037/pap0000089
- Boulanger, G., Floyd, L. M., Nathan, K. L., Poitevant, D. R., & Pool, E. (2013). Reports from the Front: The Effects of Hurricane Katrina on Mental Health Professionals in New Orleans. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(1), 15-30. doi: 10.1080/10481885.2013.752701
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BMC Psychology*, 4(18). doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Sage, C. A. M., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health*, 24(6), 385-413. doi: 10.3109/09638237.2015.1057334

- Cénat, J. M., Derivois, D., & Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti: Le séisme et la culture comme analyseurs. *Psychothérapies*(1), 7-17.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, 188(3), 22-26. doi: 10.3917/lcp.188.0022
- Fan, L. (2013). Disaster as opportunity? Building back better in Aceh, Myanmar and Haiti. HPG Working Paper. London: Humanitarian Policy Group.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. doi: 10.1177/160940690600500107
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of Tongues Between the Adult and the Child (The Language of Tenderness and of Passion). *The International Journal of Psycho-Analysis*, 30(4), 225-230.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD: The Sidran Press.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., Below, R., Vos, F., & Ponserre, S. (2011). Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends. Brussels: CRED.
- Hussein, M., Mouchenik, Y., & Moro, M. (2015). Figuration of Haiti's native collective history through its traumatic reverberation. *L'Autre*, 16(1), 28-37.
- Jaimes, A., Hassan, G., & Rousseau, C. (accepté). Hurtful gifts? Trauma and Growth Transmission among Local Clinicians in Post-Earthquake Haiti *Journal of Traumatic Stress*.
- Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, 117(4), 33-39. doi: 10.3917/lcp.117.0033
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643. doi: 10.3917/jpe.004.0643
- Karray, A., Cénat, J. M., Derivois, D., Anaut, M., & Jacome, M.-C. (2017). Soigner aux frontières: Regard psychodynamique sur le quotidien traumatique des soignants/réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 79-98.
- Kirmayer, L. J. (2003). Asklepian dreams: the ethos of the wounded-healer in the clinical encounter. *Transcultural Psychiatry*, 40(2), 248.
- Lachal, C. (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, 253(10), 50-54. doi: 10.3917/jdp.253.0050
- Laferrière, D. (2010). *Tout bouge autour de moi*. Montréal: Mémoire d'encrier.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.

- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. doi: 10.1007/bf00975140
- Mekki-Berrada, A., Rousseau, C., & Bertot, J. (2001). Research on Refugees: Means of Transmitting Suffering and Forging Social Bonds. *International Journal of Mental Health*, 30(2), 41-57. doi: 10.1080/00207411.2001.11449518
- Obeyesekere, G. (1981). *Medusa's hair : an essay on personal symbols and religious experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- Parat, C. (2013). L'affect partagé. [The Shared Affect]. *Revue française de psychosomatique*, 44(2), 167-182. doi: 10.3917/rfps.044.0167
- Rousseau, C., & Measham, T. (2007). Posttraumatic suffering as a source of transformation: A clinical perspective *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives* (pp. 275-294).
- Rousseau, C., Measham, T., & Nadeau, L. (2013). Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), 121-136. doi: 10.1177/1359104512444117
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In J. Furtos & C. Laval (Eds.), *La santé mentale en actes: de la clinique au politique* (pp. 221-238). Ramonville St-Agne: Érès.
- Roussillon, R. (2007). Postface: Les situations extrêmes et leur devenir. In A. Aubert & R. g. Scelles (Eds.), *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (pp. 215-240). Toulouse: ERES.
- Satkunanayagam, K., Tunariu, A., & Tribe, R. (2010). A qualitative exploration of mental health professionals' experience of working with survivors of trauma in Sri Lanka. *International journal of culture and mental health*, 3(1), 43-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17542861003593336>
- Schuller, M., & Morales, P. (2012). *Tectonic shifts : Haiti since the earthquake* (1st ed.. ed.). Sterling, Va.: Sterling, Va. : Kumarian Press, c2012.
- Tomasella, S. (2017). Resubjectivations après une catastrophe ou la subjectivité dévastée. *Psychologie Clinique*, 43(1), 123-133. doi: 10.1051/psyc/201743123
- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma Violence Abuse*, 14(3), 255-266. doi: 10.1177/1524838013487805
- Winnicott, D. W. (1955). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. *The International journal of psycho-analysis*, 36(1), 16-26.
- Winnicott, D. W. (1965b). *The maturational processes and the facilitating environment studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

PONT

Tel que discuté dans les premiers chapitres de cette thèse, les enjeux de pouvoir entre acteurs locaux et internationaux sont apparus comme incontournables pour comprendre le travail des cliniciens de Port-au-Prince, tant dans les observations ethnographiques que dans les récits des participants. L'article change de focale, s'éloignant des processus clinique (sans les ignorer) afin d'examiner les dynamiques macrosociales et organisationnelles du travail post-séisme. Ce changement d'échelle permet de situer certains enjeux structurels et les dynamiques de pouvoir ayant affecté l'expérience des cliniciens de Port-au-Prince et les dimensions intersubjectives de leur engagement.

CHAPITRE VII

ASSISTANCE OR INTERFERENCE? LOCAL CLINICIANS' PERCEPTIONS OF HUMANITARIAN AID IN POST-EARTHQUAKE HAITI

Article à soumettre

Annie Jaimes^{1,2}, Cécile Rousseau^{2,3} and Ghayda Hassan^{1,2}

¹ Psychology Department, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada

² Sherpa Research Centre, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Montreal, Canada

³ Social and Transcultural Division of Psychiatry, McGill University, Montreal, Canada

7.1 Abstract

Most often led by Western organizations in the “Global South”, humanitarian aid increasingly includes mental health and psychosocial support (MHPSS). Contextual adaptation of such interventions have been identified as a challenge, steering the WHO and UNHCR to produce guidelines addressing participation and cultural adaptation. Local MHPSS workers constitute key actors in such endeavors. This exploratory study in post-earthquake Haiti examined local clinicians’ perceptions of humanitarian aid’s impact on their professional experience at the macrosocial and organizational levels. The objective was to better understand processes that might support/hinder local staff, as survivors and helpers. Semi-structured interviews were conducted with 22 MHPSS professionals working with various organizations in Port-au-Prince. Transcripts were coded and thematically analyzed. Findings suggest that clinicians appreciated international stakeholders’ interventions, particularly in the acute phase, including: support to ongoing local initiatives, training, supervision and psychosocial care. However, certain issues were also raised. Local staff perceived organizational stances towards inclusion, continuity, and staff support as affecting their experience as well as MHPSS services’ adaptation to the context. Organizational functioning appeared structured by asymmetrical relationships between national and international stakeholders, at the political and organizational levels. Based on local clinicians’ subjective perspectives, we discuss the importance of their engagement and empowerment. We conclude by examining the interplay between cultural and structural competencies of international humanitarian actors in post-disaster settings.

Keywords: Disaster; Empowerment, MHPSS, Mental Health Professionals; Haiti.

7.2 Introduction

In the last decade, natural disasters have caused on average more than 76,000 deaths and 199.2 million victims per year, mostly in low- and middle-income countries (LMIC), where public infrastructures and institutions are also the most fragile (Guha-Sapir, 2016). The growing awareness of complex disasters' impact on individual and communities' well-being has led to a greater incorporation of mental health and psychosocial support (MHPSS)⁶² within humanitarian interventions (Fassin & Rechtman, 2009). Recognizing the complexities of such interventions, international organizations have produced practical guidelines addressing MHPSS in emergency settings (IASC, 2007; Sphere Project, 2011; UNHCR, 2012) as well as interventions' adaptation to the cultural context (Greene *et al.*, 2017; WHO/PAHO, 2010). Guiding principles insist on the engagement and participation of local stakeholders - including authorities, services providers and population - in the elaboration and provision of MHPSS interventions⁶³. Concerns with participation and cultural adaptation have also been identified as particularly important given that humanitarian initiatives (Benthall, 2018), including MHPSS interventions, are usually led by Western organizations in LMIC. Furthermore, growing awareness of local and international humanitarian workers' psychosocial needs has led international agencies to draft guidelines to support their wellbeing (Antares Foundation, 2006; UNHCR, 2013). Despite widespread circulation of these various guidelines on

⁶² The composite term "mental health and psychosocial support" describes any local or international support aiming to "protect or promote psychosocial well-being and/or to prevent or treat mental disorder", a voluntarily broad term used to "unite as broad a group of actors as possible and underscores the need for diverse, complementary approaches in providing appropriate supports" (IASC 2007:1-2).

⁶³ Participation can be broadly defined as "the engagement of crisis-affected people in one of more phases of a humanitarian project or program: assessment, design, implementation, monitoring or evaluation." (ALNAP, 2003:20). This term is sometimes equated with "inclusion", "partnership" or "empowerment" (Brunt 2016). Both "participation" and "engagement" appear to be used in elastic ways (ICRC, 2018). While agencies can focus on specific areas of participation, for the IASC, service users and authorities need to be involved at all stages: "Active participation at every stage of communities and local authorities is essential for successful and coordinated action, local capacity building and sustainability "(2007: 6).

participation, cultural adaptation, and staff care, evidence on their implementation is limited (Brunt, 2012, 2016).

Humanitarian guidelines directly concern local MHPSS workers - key stakeholders in service adaptation and provision. Given their unique position at the interface between aid agencies and the population (Weber & Messias, 2012), local clinicians can play a crucial role in the implementation and cultural adaptation of interventions to their specific contexts. Moreover, these frontline workers can also need support, as they are also exposed to particular risks given their double experience as survivors of the collective disaster (Dai et al., 2016) and as clinicians working with co-survivors (Newell, Nelson-Gardell, & MacNeil, 2015). Although there is a growing body of literature on expatriate workers' experience and well-being (Brooks et al. 2015, 2016), and while the overwhelming majority (91%) of humanitarian personnel are nationals (Taylor, 2015), we still know little about the experience of local staff, particularly in MHPSS. Apart from a few exceptions (Akinsulure-Smith, 2014; Iyamuremye, 2010, 2012; James, Noel & Pierre, 2014; Satkunanayagam, 2010), it is thus surprising that the perspectives and experiences the pivotal actors that local MHPSS staff represent have been generally neglected until now.

This article stems from an exploratory project examining the experience of local clinicians who worked in Port-au-Prince following the 2010 earthquake. During the research process, clinicians' perceptions of organizational dynamics and humanitarian aid emerged as affecting their experience in important ways. In line with perceptions studies, usually realized for and by humanitarian agencies to consider aid recipients' voices, we explored ideas, narratives and rumors surrounding organizations and aid delivery in crisis situation, as such perceptions constitute powerful practical and political forces affecting humanitarian interventions (Nouvet et al., 2016). Taking a social ecological and structural perspective (Hobfoll, Tirone, Holmgreen, & Gerhart, 2016), we examined professionals' subjective perceptions regarding the ways in which socio-political and organizational dynamics impacted their work and wellbeing, paying

particular attention to power dynamics with international actors. MHPSS clinicians in Port-au-Prince, given their double position as survivors and helpers, provide a unique perspective on post-disaster recovery work and on relational and structural processes operating in such contexts.

7.3 Research Setting

Registering 7.0 on the Richter scale, the earthquake that struck Haiti on January 12th 2010 led to one of the most dramatic humanitarian disaster of the century - an “acute on chronic” crisis, inscribed in a history of economic, political and ecological adversity (Dubois, 2012). The catastrophe and its consequences caused 3.9 million victims, including the death of 225 570 people, while 39.1% of Haiti’s population was amputated, displaced, or otherwise affected (Guha-Sapir 2011:8). In the months that followed, the population was hit by Storm Thomas, and the Cholera outbreak, in a context of social and political upheavals. While traumatic stress reactions in Haiti manifest in ways that might differ from western psychiatric diagnosis (Keys et al., 2012; Rasmussen, Keatley, & Joscelyne, 2014) high rates of post-traumatic stress disorder (PTSD) and major depression in the population following the earthquake have been documented (Cénat & Derivois, 2014). Communities were also affected, as 1.5 million people were internally displaced (Wolbring, 2011). Governmental and para-governmental workers perished (25%) or were wounded under the collapse of most national buildings, in addition to universities and hospitals. The local health and MHPSS networks were deeply affected (Raviola, Eustache, Oswald, & Belkin, 2012; WHO, 2011). Nevertheless, local actors quickly mobilized, soon followed by a massive influx of foreign aid (Fan, 2013; Schuller, 2017).

7.4 Conceptual Framework

To explore the experience of local MHPSS in Haiti, we draw from social psychiatry, medical anthropology and social practice. Taking a social ecological perspective allows us to situate well-being, adversity and recovery within nested systems at the interpersonal, family, social and cultural levels (Bronfenbrenner, 1977; Hobfoll et al., 2016). In this perspective, the capacity to recover from adversity is not considered an individual characteristic but a collective one that evolves over time, as individuals and groups draw on available social capital, cultural repertoire and community resources to face stressful events (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014). We thus examine staff's perceptions of organizational systems, embedded in a larger ecological context, and impacting microsocial interactions, including the everyday practices of staffs' recovery work.

Although the social ecological model situates professionals' experience within multilevel systems, it does not directly tackle the question of power and the ways in which it operates across systems, including by granting unequal access to resources – a particularly important issue in Haiti, where social order has been historically shaped by a history of colonization, slavery, and political oppression (Dubois, 2012). Indeed, structural inequalities in Haiti and elsewhere have been extensively studied by anthropologists, and shown to lead, in their most extreme form, to structural violence (Farmer, 2004; Galtung, 1969; Rylko-Bauer & Farmer, 2016). Actors however are not passively subjected to inequalities and power relations. We thus draw on practice theory to articulate the dialectical relationship between structural forces on one hand, and on the other, actors' potential agency and resistance (Bourdieu, 1977; Ortner, 2016). Taking such a theoretical perspective allows us to consider how asymmetrical dynamics, shaped by larger structural imbalances, can be reproduced or renegotiated by actors (Lister, 2000), including through various forms of participation.

7.5 Methods

This study adopted a qualitative and inductive approach as it facilitates the exploration of relatively unknown processes, and the consideration of contextual dimensions (Ungar, 2003). Research material mainly consists of interviews with local MHPSS workers, collected in the summer of 2012, complemented by observations and informal discussions with local and international aid workers in 2010, 2011, 2012.

7.5.1 Participant

Participants included 16 women and six men who worked as local MHPSS professionals in Port-au-Prince at the time of the interview. Sample size was determined by information power (Malterud, Siersma, Guassora, 2016). Participants ranged in age from 28 to 64 years old ($M = 43.7$; $SD = 12.5$), and worked as psychologists ($n = 16$) social workers ($n = 3$), medical doctor ($n = 2$) and psychiatrist ($n = 1$). Participants had between 2.5 and 40 years of clinical experience ($M = 14.7$ years; $SD = 11.1$) at the time of the interview. In terms of training, most had received an undergraduate degree in Haiti, while more than half held a postgraduate degrees from a European country ($n = 8$), or from North America ($n = 5$). Since the earthquake, the majority had combined working positions in various settings, including in international non-governmental organizations (INGOs) ($n = 16$), in local non-governmental organizations (NGOs) ($n = 14$), in the private sector ($n = 10$), and in the Haitian health care system ($n = 3$).

7.5.2 Procedures

This study received ethical approval from the main author's university review board. Recruitment strategies included sending email invitations to various organizations in Port-au-Prince, presenting our research project in their work settings, as well as following snowball referrals. Purposive recruitment insured a diversity of participants' profile in terms of profession, gender and age as well as working experience and training. Recruiting professionals working in various institutions allowed a greater protection of anonymity and thus increased participants' freedom in voicing sensitive information. All professionals gave written consent to participate.

7.5.3 Data collection

Participants were met at a time and location of their convenience, generally at their workplace. The main author (white, female PhD student of Canadian and mixed descent), conducted the semi-structured interviews. A semi-structured interview guide was devised to favor expression of participants' experience around key themes, including experience during and after the earthquake; factors that facilitated or hindered their MHPSS work including organizational dimensions; changes encountered in the aftermath of the events. Questions were asked in French, mastered by all participants, who could also respond in Haitian Creole, understood by the interviewer. All chose to speak in French and a few occasionally used Creole. Lasting between 50 to 150 minutes, interviews were audio recorded and transcribed verbatim. A short socio-demographic questionnaire was also completed by participants.

7.5.4 Analysis

Our thematic analysis of MHPSS professionals' narratives is inspired by grounded theory's analysis principles (Braun & Clarke, 2006; Charmaz, 2006; Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Analysis was done in an iterative process, going back and forth between interview material, notes and observations, written memos and scientific literature. To begin, the main author (AJ) summarized and coded each transcript manually, identifying emerging themes. Another author (GH) also independently coded three interviews, chosen for their richness. The two authors later discussed and identified key themes based on their meaningfulness and analytical relevance. Third, all interviews were coded with the qualitative data software Nvivo 10, to organize data and support further analysis. Discussion of analysis between three authors aimed at enriching analysis and interpretation. For this article, we focused our analysis on the resources and obstacles clinicians encountered in their work at the macro-social and microsocial levels. Discussing results with key informants improved our analysis.

7.6 Findings

As organizations are embedded within a larger social and political context, the first section presents staff's perceptions of the macrosocial processes that affected their work in MHPSS, while the second section focusses on organizational dynamics. Findings focus on dynamics described with or within INGOs. Themes are illustrated with quotes without information on clinicians, in order to protect their anonymity.

7.6.1 Macrosocial Context

When describing the first days after the earthquake, clinicians recalled the chaos, as the magnitude of the catastrophe initially affected collective and individual capacities to respond to the shock. The initial paralysis of the government, described by an informant

as “already absent before the earthquake”, was highly disturbing, albeit understandable: “We didn’t know what our needs were, we couldn’t answer. The disaster was such, and we were so very traumatized that we could not think at that time”.

Notwithstanding the lack of governmental leadership, local actors quickly engaged in the recovery efforts. Professionals organized informal support groups for themselves and others; psychologists gathered and founded a professional association, the Haitian Association of Psychology (AHPsy); NGOs were created and supported with international funds and training. As national and international solidarities created an impetus, clinicians envisioned how this crisis could lead to opportunities to rebuild their country in a different way: “On the 12th of January, we said: “Something has to be done.” It was something powerful, very strong.... So if there is something that has changed it is a little more audacity. A little more momentum. There are things we dare to do.” Staff described how the crisis led to mobilization: “All those therapists organized themselves, they spontaneously put together groups to give help.” Despite the shock and horror, many recalled the emergency period as one of tremendous solidarity, beyond social classes or international borders, as well as great enthusiasm to improve life in Haiti.

In terms of foreign interventions, perceptions of clinicians were varied. Staff were grateful and acknowledged international aid had been crucial in saving lives, particularly in the acute phase of the emergency. Participants also felt the wave of international solidarity had been a great source of moral support, regenerating movements of hope. As a clinician recalled:

What also helped was this great solidarity what we really appreciated was that help came so quickly and so massively. There are still criticisms to be made, but I think the fact that the international response was so strong, so immediate and so massive It was amazing to see how the response was spontaneous, coming from everywhere and for a long time.

However, the long-term impact of international aid, including in the health and MHPSS sectors, was also met with subtle or open criticism: "Something that questioned me was all this international help ... massive, generous ... so ... we can only be grateful, but as we say, the excess harms ... and sometimes this help was not always studied, adequate ". Interestingly, a few participants voiced their criticism of international interventions once the microphone was turned off, and many forceful critiques were heard in informal conversations with other citizens, implicitly underlining the potential difficulty of addressing such issues openly with a foreigner.

The overflow of international aid and insufficient governmental coordination were also described by many professionals as problematic. According to clinicians, the disputable preparation and competence of some international staff also contributed to the "humanitarian circus". Coordination issues were often perceived as stemming from the number of actors and lack of leadership: "All nationalities of Red Cross were present in Haiti.... listen, there is a Haitian Red Cross ... can we take the time to meet the different Red Crosses to avoid duplicating things?"

Coordinating structures like the clusters, developed to facilitate collaboration between the governments, local and international NGOs, were also perceived with ambivalence⁶⁴. Although they could be helpful, cluster meetings were not as accessible as hoped for, as they were held in English, and extensively used humanitarian jargon. An experienced staff remembered these meetings usually left her "feeling incompetent", with the impression they had "lost time". Furthermore, clinicians felt the clusters' efforts were curtailed by humanitarian staff rotation and lack of consideration for local initiatives:

⁶⁴ The cluster approach, developed by the Interagency Standing Committee, is the coordination model most widely used in humanitarian settings to facilitate the collaboration between national and international stakeholders. See Lotfi & al. (2016) for more details.

[W]hat was difficult in the clusters was that expatriates came for two or three months. So, we were at a meeting, about to set up something in common, and then: that's it - the person who was attending the cluster leaves, others come. You have to start over what you were doing.... You could not really move forward in the clusters.... And the other problem was that before January 12th, there were structures that were there, that worked. I felt that we did not take into account what was done before.

The lack of organization opened the way to a chaotic entanglement of initiatives. Some argued the fiasco was due to international actors and INGOs, while a number felt the lack of national leadership, Haitians' competition and bad planning were also important problems. Many clinicians identified the complex dynamics of emergency work as a great challenge. This senior clinician aptly described the collective choc and its consequence: "[the government's initial inaction] bore witness to our incapacity – legitimate, because we were all shaken, in the whirlwind of wanting to do something, not being able to do something. Our capacity to say: 'no, I don't want this' was diminished. We were ready to take anything". After the acute phase, greater consultation was possible and should have been realized, some argued.

Participants were also preoccupied with the impact international aid had on the local health-care system and human resources. Some professionals described how they felt INGOs, in the urge to help, had ignored local health and mental health resources, and sometimes offered inappropriate support or care. A senior professional holding a managerial position observed that the massive overflow of international aid, such as temporary hospital and mobile clinics had redirected patients from local to international services, leading to the closing down of Haitian clinics. INGOs were also described as draining Haitian workforce, since they offered higher salaries and the prospect of eventually acquiring work experience and leaving the country. Indeed, a number of professionals expressed their desire, often with ambivalence, to leave Haiti for a better life. A senior clinician also voiced her anger against the Canadian government for "stealing" the most educated Haitians, including mental health professionals, acutely needed in her country.

Although in the beginning local and international mobilization was a great source of enthusiasm, audacity, and ambition to make things better, many clinicians seemed exhausted by the magnitude of the work and felt that coordination and political will was lacking. Funding plans were soon coming to an end, jobs were cut down. The population was increasingly angry and resentful towards INGOs and the government, as marches and political upheaval testified. As a senior clinician deplored: "Right after the earthquake, he had a lot of passion, a lot of will to do things ... but what happened? (sigh) You know, I really hope I'm wrong ... maybe I do not know. But for me it's frustrating". Two years after the earthquake, professionals' narratives evoked dreams and hopes for a better future, but also disillusionment, bitterness and fatigue.

7.6.2 Organizational Dynamics

7.6.2.1 Inclusion and Exclusion Dynamics

The most helpful for me was to get back to work, to start thinking again ... it allowed me to see that finally there is still life!.... This was a very supportive element. And then to see people get by, to see people start doing projects again, to get [our organization] back on track ... it did me a lot of good.

Given the tremendous experience of powerlessness involved in the context of the earthquake, actively engaging in recovery work, such as MHPSS elaboration and implementation, appeared to be extremely significant for clinicians. Indeed, the single and most important empowering element expressed by staff was going back to work. Thus, organizational cultures that favored consultation and involvement of local professionals were perceived as improving interventions, fostering a sense of meaningful work, and allowing staff to regain some of the lost sense of control. Being involved in recovery through ones' profession was described as a form of resistance for oneself and one's community.

However, participation fluctuated as recognition of staff's professional expertise varied depending on the work environment. In local NGOs, participants described this involvement as self-evident. Workers felt their personal experience of the disaster and professional knowledge could be put to contribution. For instance, a senior clinician recalled the empowering experience of elaborating a group intervention with colleagues, based on their personal experiences of trauma and loss after the earthquake. In INGOs, internal power relations between locals and expatriates impacted the involvement of local clinicians. Many described feeling dismissed by foreign collaborators and INGOs with whom they worked, underlining how working environments could be toxic:

There was a lot of ... emergency specialists, expatriates, coming in ... we [the local team] we found ourselves in difficulties, because the work we did before was denigrated, and seen as useless in the current situation. As if, because of what had happened, we no longer had the skills to intervene. As if we were not able to have an opinion on things because there had been the earthquake. So it was ... a bit hard. Very hard. Personally, emotionally.... I cannot remember all the denigrating things that were said and done.

Dynamics of exclusion were described in various situations. A problematic dynamic identified by participants stemmed from a cosmetic involvement of local staff. For instance, many participants observed that international organizations often hired young or untrained local staff, unsupervised, more vulnerable, less paid and deemed more malleable. Senior clinicians recalled feeling used as token consultants, or not being credited for their work, while others were relegated to the status of "indigenous knowledge bearers" - as a professional decried in a conference setting. Senior clinicians working in INGOs recalled discomfort in having to implement foreign initiatives they felt were inappropriate, leading a few of them to resign from their position. Instances of disempowerment or denigration appeared to be amongst the most toxic dynamics described by clinicians.

7.6.2.2 Continuity and Ruptures

According to professionals, after the shock, many organizations had to radically revisit their program orientations and priorities, management, collaborations and overall functioning, at least in the initial phase of the crisis. While adjustment to the crisis was necessary, some clinicians expressed frustration regarding INGOs' perspectives. Staff addressed how changing organizations' missions and adapting to an emergency versus long-term perspective was a major issue. Focus on the very short term was described as a problematic, since a number of important challenges faced by the population were exacerbated by the crisis and required long-term vision. For instance, a clinician recalled how a new expatriate manager in the INGO where he worked abruptly decided to change one of the psychosocial program offered in a "red zone" of Port-au-Prince, without consulting local staff. Building trusting relationships with this disenfranchised community had taken time and patience; the frustration regarding unilateral changes in services escalated in heated conflict, putting local staff at risk. In other cases, a carefully developed program for chronic mental health was closed to focus on acute trauma, leading to the loss of vulnerable patients. INGOs' adaptations to the context were described as difficult given important disjunctions. Local clinicians described the fracture that separated expatriate staff from the population and their difficulties in understanding the local context: "[They] have no contact with the population because they are in hyper-secure neighborhoods with safe areas to respect.... they are in their little world where they see nothing of reality". Adaptation to the crisis was thus described as challenging, particularly for INGOs.

Funding could exacerbate adaptation issues. International donors were perceived as helpful for local NGOs but their influence could be problematic as some were seen as imposing their agendas. A staff recalled how a foreign agency had steered local women community organizations against each other in the funding competition. Ultimately, the most established organization that refused the imposed agenda was set aside and a small token organization was funded to address sexual violence in camps, which was

far from local actors' priority, according to this observer. Remembering how he had left a problematic organization, which appeared to him as being corrupted, a clinician reflected an opinion also shared by other informants: "We have no control over that because it is the donors who are doing what they want with their money, and who are suspicious of the government here, and the natives here. All this is controlled by an international lobby."

Another manifestation of detrimental ruptures concerned staff rotation within organizations, as in clusters and interagency settings. Within INGOs, the issue of staff's stability arose as an important factor affecting a team's capacity and motivation. Rapid turnover meant that, most often, local staff had to adapt to new team leaders rather than the other way around. Staff felt this involved an important burden on them and sometimes jeopardized the organization's coherence. Ruptures, the consequential lack of collaboration between expats and locals, as well as with the population implied detrimental effects on service provision and continuity, as well as staff's well-being and safety.

7.6.2.3 Support and Disregard

Organizations' acknowledgment of staff's experience and staff care were described as uneven. Generally, local NGOs were described as supportive and inclusive in organic ways, although financial means sometimes limited some of the help offered to staff, such as supervision, training, psychosocial or psychological support. Perceptions of INGOs varied greatly, ranging from supportive and inclusive to toxic environments.

Despite some issues, INGOs could also be perceived as very helpful, as they offered training, therapy, as well as supervisions and opportunities to learn. As a clinician remembered: "we were also lucky - and that's one of the good things of international aid – we received lots of specialists coming to bring us new tools, but also offer moments ... where we could be cared for express everything ... shared what we had

experienced". Discussing clinical challenges, sharing preoccupations and responsibilities, being able to refer when necessary, and learning for colleagues provided important tools for clinicians, including for those in managerial positions.

Other important sources of support for clinicians came from their social and professional network, particularly their family and their colleagues within or across organizations. Participants recalled many informal initiatives of mutual support that helped them during the emergency period and afterwards (ad hoc therapy groups, social and support groups, peer-supervision spaces, informal or formal group support). A clinician recalled: "The advantage we had was to have been so many. You know, everything did not fall on the shoulders of one single person. (...) We are together." Being able to voice personal experiences, to offer and receive emotional support from colleagues was described as important by many clinicians. Organizations could thus support staff by favoring such informal or formal support system.

However, in some INGOs, staff described how double standards were applied to local or expatriate staff in terms of financial and formal recognition, care, and security. For instance, after laughing at a "terrible" training on psychotherapy offered by foreign nurses to Haitian psychologists, a senior professional reflected: "People arrived with good intentions, but sometimes believing that there was really nothing here: "It's the jungle! There are only incompetents: We'll have to train them hand over fist." - I think we also have things to say." Professional support thus sometimes appeared inappropriate and dismissive of local competences. Another staff expressed how international actors attitude affected local clinicians' desire to collaborate:

[P]eople thought they were coming to a country where there was no professional. They came, and for them, they had to bring everything to us.... They realized as we approached, that we did not agree with debriefing approaches.... that we already had training ... That we knew what we were doing, that we did not reject their help, but that we had our own ways of seeing and working. We worked with those who went in the direction of what we were doing.

In terms of care and safety, perceptions of disregard from INGOs were also voiced by participants. For instance, in the weeks that followed the disaster, a clinician recalled how her colleague who was still searching for her two parents and living in a camp was sanctioned for being a few hours late at work. The INGO managers had not wondered how their staff were doing, and had expected them to “move on”. Another clinician reported how the coordinator of the INGO where she worked had been repatriated within a day after the earthquake without saying goodbye to the team, which had been difficult. As this staff recalled: “it was considered that anyone who had lived through the earthquake and who was expatriate had to return ... it was the idea of a traumatic experience, a difficult experience that requires taking the time to recover I imagine”. According to these narratives, some INGOs appeared to apply double standards, as they were more protective of their expatriate staff than of their local employees, possibly minimizing the suffering they might have endured. Having to work in dangerous settings (under crumbling infrastructures, or in camps where the population’s anger was difficult to contain) was also perceived as a sign of INGOs disregard.

7.6.3 MHPSS - Structural and cultural (mis) adaptations

Offering MHPSS to a population living in extreme poverty and whose daily survival was far from secured was a great challenge for professionals and for organizations. Clinicians described how service users often did not have the capacity to feed themselves and their families. Access to water and sanitation, housing, and sometimes protection from ongoing violence, were often compromised – a situation exacerbated by the earthquake. Some staff questioned the possibility and the relevance of offering MHPSS services without other forms of support. Indeed, throughout interviews, clinicians expressed such situations as one of their greatest source of professional distress. Addressing the “feeling of helplessness that comes with meeting people who are suffering emotionally and in their primary needs, with nothing to eat, drink, without medications” a clinician commented: “[Support here is free, but] some who are

interested in their therapy come on foot, and they arrive in such a state, emptied, tired ... hungry ... we say to ourselves but in this state, what can we do?". Lack of coordination between various services (medical financial, psychosocial), resource gaps and service overlaps were identified as structural obstacles to appropriate MHPSS care. Lack of funding and continuity of MHPSS was also deemed problematic. MHPSS appeared to be secondary in many organizations and within the clusters, according to participants. Psychosocial services in INGOs were described as "the punctual thing, the little thing on the side" put into place after the emergency period, and amongst the first services to be cut.

Cultural adaptation of MHPSS interventions was also an important issue addressed by staff working in international as well as national organizations. Professionals described instances in which linguistic and cultural barriers were important, yet not necessarily acknowledged by international actors. In other cases, clinicians described the great impact of collaborations on the provision of MHPSS. Adaptation to local practices, beliefs, and ways of understanding recovery seemed more challenging in INGO, in which lack of consultation and cultural adaptation was more often described as leading to inappropriate care. A few senior clinicians voiced concerns and frustration with some INGOs' culturally inappropriate interventions, often understood as a lack of professionalism, or as a sign of expatriates' differential standards when working with Haitians. As a senior clinician decried:

It's not because we're in a post-disaster situation that we can do whatever. People have to remain ethical. The association (AHPsy) was also for the sake of regulating things ... because we had the impression that there was a lot of negligence, people who wanted to do things in whatever way, anytime, anywhere.

Lack of cultural sensitivity could be described as blatant or more subtle. For example, a senior psychologist recalled with emotion a camp intervention offered by international clowns, uncommon performers in Haiti. Noticing the terror on children's

faces, she inquired. The red noses that clowns were wearing and giving away, worried children, who explained to her that the props were meant to block the smell of corpses. The clinician understood how the red noses, despite good intentions, had become a traumatic trigger for these children: "they still expected to breathe that, while they had seen so much corpse ... because we had given them these noses, they expected that it would all start again". An incident like many others, regretted the psychologist, which could have been avoided, had the foreign team been more familiar with Haitian culture, consulted locals or even spoken Creole. Many interventions were described as raising important ethical questions for clinicians. Some staff recalled resisting such problematic situations by leaving their positions, sometimes organizing alternative services.

Interestingly, clinicians also addressed their own occasional difficulties dealing with the economic, cultural, and religious diversity within Port-au-Prince, as they encountered fellow citizens. For local staff, mostly middle class and highly educated, working with clients who lived in precarious conditions, believed in vodou, or had not been schooled could be described as challenging. A young clinician for instance expressed difficulties in working with some patients who had not been educated, which complicated the use of Western treatments such as cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization reprocessing. Senior clinicians appeared more comfortable adapting as well as questioning the relevance of Western tools, which they often used in combination with traditional beliefs and healing practices such as medicinal herbs, signing, praying, humor and dancing. Clinical experience seemed to favor flexibility in adapting interventions in creative ways, as well as the capacity to build on patients systems of meaning and recovery, including family support, religious faith and affiliation, humor and a history of resilience. The diversity of clinicians experience highlights the impact of hiring young or senior professionals in INGOs, needing greater support in adapting MHPSS interventions.

7.7 Discussion

Our findings examined local clinicians' perceptions regarding the ways in which macro-social and organizational dynamics affected their recovery work and wellbeing in post-earthquake Port-au-Prince, with a particular attention to international aid. Although many aspects of international aid were appreciated (including funding of the MHPSS sector, training, supervision and expression of solidarity), results suggest asymmetrical relationships between local and expatriate actors structured the ways in which staff felt empowered (or not), and care for (or not). It is worth noting that the majority of participants had worked in a way or another with INGOs, and that diverse opinions were held by clinicians no matter their working milieu. Moreover, the material gathered in this study suggests that such dynamics in post-disaster settings may impact the potential cultural and structural adaptations of international MHPSS interventions.

At the macrosocial level, findings echo observations that major governance issues weakened the Haitian state and health system, notably through the uncoordinated influx of international actors (Merlin, 2010; Schuller, 2017), also affecting MHPSS. Previous research in Haiti has suggested that lack of financial support to the public sector, despite promises (Ramachandran et Waltz, 2012), adopting donor's agendas, as well as deficient inclusion of local actors in clusters and other international agencies (Martel, 2013; Stumpfenhorst, 2011) further deterred local engagement. Such coordination problems have been described as impediment to appropriate humanitarian interventions in other settings such as Aceh (Zoraster, 2010) and Sudan (Clarke, 2013). In other settings, most vocal critiques of humanitarian interventions consider complex emergencies as potential "states of exception" (Pandolfi, 2008) that exacerbate power asymmetries, that may have deleterious effects on local systems of MHPSS care (Whitley, 2015). In the case of post-earthquake Port-au-Prince, humanitarian observers have described international actors as using the strategy of the *tabula rasa*, favored in times of crisis, presuming that everything needs to come from outside (Lemay-Hébert,

2018). In addition to weakening the local health system, such inappropriate foreign aid has been described in Haiti as reviving traumatic memory of colonial domination (Husseini, Mouchenik & Moro, 2015). The perceptions of local MHPSS professionals in Haiti illustrate some impacts of these macrosocial dynamics on their experience and work.

At the organizational level, clinicians interviewed in this study perceived organizational dynamics as operating along the following axis: inclusion/exclusion; continuity/rupture; support/disregard – all affecting staff care and participation in a way or another. One of our most important findings concerns the crucial importance of participation for local staff. Supporting them in their work and including them in the elaboration and provision of appropriate services thus appeared extremely meaningful for them - as for workers in other humanitarian contexts (Karray, Cénat, Derivois, Anaut, & Jacome, 2017; Thormar et al., 2016). This is not surprising, as working towards collective recovery has been shown to foster resilience (Bonnano et al., 2010; Somasundaram, 2014; Ungar, 2013). Indeed, in an ecological perspective, enhancing self- and community efficacy and favoring connectedness have been identified as essential intervention principles following massive disasters (Hobfoll et al., 2007). However, power inequalities, often exacerbated by crises, have been shown to impede local actors' active involvement and care in post-disaster settings (Weber & Messias, 2012). These issues deserve greater attention, notably as they impact the delivery of culturally and structurally appropriate MHPSS services to affected populations.

Indeed, most international agencies have acknowledged the relevance of staff-care, local actors' engagement, and MHPSS adaptation to the cultural context as important to foster the well-being of individuals and communities, and to insure the success and sustainability of interventions. They have also endorsed politics developed by the UNHCR, IASC and Sphere project. However, the degree to which organizations and humanitarian actors interpret and implement their guidelines remains problematic

(Checchi et al., 2017). According to a recent review of humanitarian responses, mechanisms favoring engagement of affected communities are seldom embedded in humanitarian responses, and when they are, they rarely lead to substantial changes, particularly in complex emergencies (Bonino, 2014), possibly stemming from structural and political obstacles.

7.8 Recommendations

Rather than insisting solely on the capacity building and training of local staff, or on the cultural competence of expatriate workers, Checchi et al. (2017) argues that solutions might reside in building capacity of international workers, and increasing accountability of humanitarian agencies. Ensuring that expatriate workers and managers have the professional and linguistic competences appears essential. Training staff on local politics, practices and cultures appears crucial, but might not replace long-term involvement with local people and organisations. Although increasingly popular, short-term medical missions have been shown to raise various important issues in terms of ethical responsibilities in patient care, as well as professional responsibility towards communities and populations (Asgary & Junck, 2013). Such missions appear to be badly perceived by locals in other contexts (Nouvet, Chan, & Schwartz, 2016). In the field of MHPSS humanitarian aid, research also suggests that the (crucial) contextual adaptation requires time as well as consultation of local populations and stakeholders (Wessel, 1999). Indeed, as underlined by participants, building trustworthy and effective partnership takes time, particularly in complex situations fraught by a history of colonisation, conflict, or major inequalities. Moreover, partnership could be favored in organisations by consulting local authorities, hiring national (senior) staff at decent salaries, and adopting structures that favor accountability to local stakeholders so that that agendas reflect their priorities. Solutions also include greater structural competencies of humanitarian agencies and actors, as in other medical fields (Metzl

2012, Metzl & Hansen, 2014). MHPSS, local staff participation and care in complex emergencies could be greatly improved by a systematic effort to examine and reduce power inequalities, at the macrosocial and organizational levels. Favoring greater partnership, trust, dialogue, and long-term involvement would allow for greater participation of local staff in MHPSS elaboration. However, as suggested in a recent report, truly engaging local actors requires that humanitarians relinquish decision-making power and control – at least to a certain degree (ICRC, 2018). A model of accompaniment (Farmer, 2011), working side by side with local stakeholders and favoring mutual learning appears promising. For constructive dialogue, staff participation and care, and for greater cultural adaptation of MHPSS interventions to occur, structural inequalities between local and international stakeholders at the political and organizational levels need to be reduced by giving local actors more power – concretely addressing financial, political and epistemological asymmetries.

Finally, in the face of such massive disaster, huge needs understandably lead to great expectations and potential idealization of the help potentially offered from national or international stakeholders, leading to experiences of disillusionment, grief and anger in affected populations, including key actors in the reconstruction effort. Acknowledging the inevitable insufficiency of MHPSS following disasters of this magnitude and favoring ambivalence could also possibly favor collaboration.

7.9 Limits

This exploratory research, based on a small sample, focused on the subjective perceptions of local MHPSS staff in post-earthquake Port-au-Prince, limiting generalizability. Additionally, the identity of the main researcher and interviewer surely influenced participants' discourses. The privileged position of the expatriate appears to have been counterbalanced by the relative fragility of a PhD student working in Port-au-Prince, allowing the expression of a diversity of opinions, including

appreciation and open critique of international aid. Despite these limits, our study sheds light on a crucial yet neglected field of research. Further research could benefit from the examination of organizational structure and functioning on the ground in NGOs and INGOs to enrich analysis of organizational cultures that favor or hinder local participation and care.

7.10 Conclusion

Using a social ecological perspective, this exploratory study examined the experience of national clinicians in post-disaster Haiti, as embedded in a complex system in which social processes and power relations interact. Findings suggest that imbalances operating at the macrosocial and organizational level, particularly in INGOs', are perceived as impacting MHPSS professionals' participation and well-being. Moreover, cultural adaptation of intervention could be hampered when structural inequalities foreclose dialogue between international and local partners. On the other hand, international actors favoring a long-term vision, supporting local initiatives, involving local staff, offering training, supervision, and staff support were perceived as favoring recovery work. Post-disaster MHPSS services could be improved by considering and reducing asymmetrical relationships between local and international actors. The interplay and tensions between cultural and structural adaptations thus appear as important issues, which would benefit from further examination.

7.11 References

- Akinsulure-Smith, A. M., & Keatley, E. (2014). Secondary Trauma and Local Mental Health Professionals in Post Conflict Sierra Leone. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(2), 125-135. doi: 10.1007/s10447-013-9197-5
- Antares Foundation. (2006). Managing Stress in Humanitarian Aid Workers. Guidelines for Good Practice. Amsterdam: Antares Foundation.

- Asgary, A., & Junck, E. (2013). New trends of short-term humanitarian medical volunteerism: Professional and ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 39(10), 625-631. doi: 10.1136/medethics-2011-100488
- Benthall, J. (2018). Humanitarianism as Ideology and Practice. In H. Callan (Ed.), *The International Encyclopedia of Anthropology* (pp. 1-9). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Blankenburg, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris: PUF.
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(1), 31-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10481885.2013.752700>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*: Cambridge, U.K. : Cambridge University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BMC Psychology*, 4(18). doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Sage, C. A. M., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health*, 24(6), 385-413. doi: 10.3109/09638237.2015.1057334
- Brunt, C. (2016). *Human Resource Management in International NGOs : Exploring Strategy, Practice and Policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Brunt, C., & McCourt, W. (2012). Do international non-governmental organizations walk the talk? Reconciling the 'Two participations' in international development. *Journal of International Development*, 24(5), 585-601. doi: 10.1002/jid.2851
- Cénat, J. M., & Derivois, D. (2014). Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal of Affective Disorders*, 159, 111-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.025>
- Cerda, M., Paczkowski, M., Galea, S., Nemethy, K., Pean, C., & Desvarieux, M. (2013). Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*, 30(5), 413-424. doi: 10.1002/da.22007
- Checchi, F., Warsame, A., Treacy-Wong, V., Polonsky, J., van Ommeren, M., & Prudhon, C. (2017). Public health information in crisis-affected populations: a

- review of methods and their use for advocacy and action. *The Lancet*, 390(10109), 2297-2313. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30702-X
- Clarke, J. N. (2013). Transitional coordination in Sudan (2006-08): lessons from the United Nations Resident Coordinator's Office. *Disasters*, 37, 420-441.
- Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., & Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 188. doi: 10.1186/s12888-016-0891-9
- Dubois, L. (2012). *Haiti : the aftershocks of history* (1st ed.). New York: New York : Henry Holt and Co.
- Fan, L. (2013). Disaster as opportunity? Building back better in Aceh, Myanmar and Haiti. HPG Working Paper. London: Humanitarian Policy Group.
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325. doi: 10.1086/382250
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. doi: 10.1177/160940690600500107
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. doi: 10.1177/002234336900600301
- Greene, M. C., Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Ventevogel, P., Kirmayer, L. J., Hassan, G., . . . Tol, W. A. (2017). Addressing culture and context in humanitarian response: preparing desk reviews to inform mental health and psychosocial support. *Conflict and Health*, 11(1), 1-10. doi: 10.1186/s13031-017-0123-z
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2016). Annual Disaster Statistical Review 2015: The Numbers and Trends. Brussels CRED.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., Below, R., Vos, F., & Ponserre, S. (2011). Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends. Brussels: CRED.
- Hobfoll, S. E., Tirone, V., Holmgreen, L., & Gerhart, J. (2016). Conservation of Resources Theory Applied to Major Stress *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress* (pp. 65-71).
- Husseini, M., Mouchenik, Y., & Moro, M. (2015). Figuration of Haiti's native collective history through its traumatic reverberation. *L'Autre*, 16(1), 28-37.
- IASC. (2007). Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
- IASC. (2014). Review of the Implementation of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
- Iyamuremye, J., & Brysiewicz, P. (2010). Exploring secondary traumatic stress in mental health nurses working in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 12(2), 96-106.

- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2012). Challenges encountered by mental health workers in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 14(1), 63-75.
- James, L. E., & Noel, J. R. (2013). Lay mental health in the aftermath of disaster: Preliminary evaluation of an intervention for haiti earthquake survivors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 15(2), 165-178.
- Karray, A., Cénat, J. M., Derivois, D., Anaut, M., & Jacome, M.-C. (2017). Soigner aux frontières: Regard psychodynamique sur le quotidien traumatique des soignants/réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 79-98.
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A.-R. T. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine*, 75(3), 555-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.040
- Lister, S. (2000). Power in partnership? An analysis of an NGO's relationship with its partners. *Journal of international development*, 12(2), 227-240.
- Lotfi, T., Bou-Karroum, L., Darzi, A., Hajjar, R., El Rahyel, A., El Eid, J., . . . Akl, E. (2016). Coordinating the Provision of Health Services in Humanitarian Crises: a Systematic Review of Suggested Models. *PLoS Currents*, 8, ecurrents.dis.95e78d95a93bbf99fca68be64826575fa. doi: 10.1371/currents.dis.95e78d5a93bbf99fca68be64826575fa
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444
- Martel, A. (2013). *La coordination humanitaire en Haïti suite au séisme : le mécanisme des clusters, un enjeu de gouvernance*. Université du Québec à Montréal. Retrieved from <http://www.archipel.uqam.ca/6663/>
- Merlin. (2011). Is Haiti's health system any better? London: Merlin.
- Metzl, J. (2012). Structural Competency. *American Quarterly*, 64(2), 213-218. doi: 10.1353/aq.2012.0017
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(3), 306-313. doi: 10.1177/1524838015584365
- Nouvet, E., Chan, E., & Schwartz, L. J. (2016). Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua. *Glob Public Health*, 1-17. doi: 10.1080/17441692.2016.1220610
- Nouvet, E., Abu-Sada, C., de Laat, S., Wang, C., & Schwartz, L. (2016). Opportunities, limits and challenges of perceptions studies for humanitarian contexts. *Canadian Journal of Development Studies*, 1-20. doi: 10.1080/02255189.2015.1120659
- Ortner, S. B. (2006). *Anthropology and social theory culture, power, and the acting subject*. Durham: Duke University Press.

- Ortner, S. B. (2016). Dark anthropology and its others: Theory since the eighties. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6(1), 47-73. doi: 10.14318/hau6.1.004
- Pandolfi, M. (2008). Laboratory of Intervention: The Humanitarian Governance of the Postcommunist Balkan Territories. In M.-J. D. Good (Ed.), *Postcolonial disorders* (pp. 157-186). Berkeley : University of California Press.
- Project Sphere. (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project.
- Project Sphere. (2011). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project.
- Ramachandran, V., Walz, J. (2012). Haiti: Where Has All the Money Gone? CGD Policy, Paper 004 Washington, D.C.: Center for Global Development.
- Rasmussen, A., Keatley, E., & Joscelyne, A. (2014). Posttraumatic stress in emergency settings outside North America and Europe: A review of the emic literature. *Social Science & Medicine*, 109, 44-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.015>
- Raviola, G., Eustache, E., Oswald, C., & Belkin, G. S. (2012). Mental health response in Haiti in the aftermath of the 2010 earthquake: A case study for building long-term solutions. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 68-77. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/10673229.2012.652877>
- Rylko-Bauer, B., & Farmer, P. (2016). Structural Violence, Poverty, and Social Suffering. In B. David & M. B. Linda (Eds.), *The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty*. New York : Oxford University Press.
- Satkunanayagam, K., Tunariu, A., & Tribe, R. (2010). A qualitative exploration of mental health professionals' experience of working with survivors of trauma in Sri Lanka. *International journal of culture and mental health*, 3(1), 43-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17542861003593336>
- Schuller, M. (2017). Haiti's 'Republic of NGOs'. *Current History*, 116(787), 68-73.
- Somasundaram, D. (2007). Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 5. doi: 10.1186/1752-4458-1-5
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338
- Stumpfenhorst, M., Stumpfenhorst, R., & Razum, O. (2011). The un OCHA cluster approach: Gaps between theory and practice. *Journal of Public Health*, 19(6), 587-592. doi: 10.1007/s10389-011-0417-3
- Thormar, S. B., Sijbrandij, M., Gersons, B. P. R., Van de Schoot, R., Juen, B., Karlsson, T., & Olff, M. (2016). PTSD Symptom Trajectories in Disaster Volunteers: The Role of Self-Efficacy, Social Acknowledgement, and Tasks Carried Out. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 17-25. doi: 10.1002/jts.22073
- Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102. doi: 10.1177/1473325003002001123

- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma Violence Abuse*, 14(3), 255-266. doi: 10.1177/1524838013487805
- UNHCR. (2012). UNHCR's Mental Health and Psychosocial Support for People of Concern. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2013). UNHCR's Mental Health and Psychosocial Support for Staff. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Weber, L., & Hilfinger Messias, D. K. (2012). Mississippi front-line recovery work after Hurricane Katrina: an analysis of the intersections of gender, race, and class in advocacy, power relations, and health. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1833-1841. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.034>
- Wessells, M. G. (2009). Do No Harm: Toward Contextually Appropriate Psychosocial Support in International Emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 842-854. doi: 10.1093/jrs/fem008
- Whitley, R. (2015). Global Mental Health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(4), 285-291. doi: 10.1017/s2045796015000451
- Wolbring, G. (2011). Disability, displacement and public health: a vision for Haiti. *Can J Public Health*, 102(2), 157-159.
- World Health Organization (WHO). (2011). Rapport d'évaluation du système de Santé mentale en Haïti à l'aide de l'instrument d'évaluation conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé mentale (OMS) pour les systèmes de Santé Mentale. IESM-OMS: Haiti.
- World Health Organization (WHO)/PAHO. (2010). Culture and Mental Health in Haiti: A Literature Review. Geneva: WHO/PAHO.
- Zoraster, R. (2010). Disaster coordination needs more than the "health cluster". *Prehospital and disaster medicine*, 25(4), 372-373. doi: 10.1017/S1049023X00008384

CHAPITRE VIII

DISCUSSION

À la manière d'un kaléidoscope, les sections de cette thèse ont fait jouer des perspectives variées sur l'expérience des cliniciens, reflétant la complexité du phénomène étudié et la multiplicité des regards possibles qui se réfractent - chacun partiel et positionné (Abu-Lughod, 2008). Ce dernier chapitre présente d'abord la synthèse des articles avant d'explorer quelques pistes de réflexion s'articulant autour des questions d'altérisation et de transmission. Par la suite, les implications de la thèse sont présentées, suivies de ses limites et des pistes de recherches futures.

8.1 Synthèse des articles

Poursuivant la visée générale de situer le travail des cliniciens, le premier texte a proposé une réflexion sur le deuil (post)traumatique en contexte de catastrophe collective. Cet acte de colloque s'est ainsi penché sur la rupture et les liens entre survivants et disparus, dans une perspective complémentariste, alliant psychanalyse et anthropologie culturelle. D'abord, une réflexion psychodynamique a permis de mettre en lumière l'entrelacement potentiellement conflictuel des processus psychiques liés au travail de deuil et à l'élaboration de l'expérience traumatique. La perspective anthropologique interroge également la possible mise à l'épreuve du travail de la culture et des dispositifs collectifs d'élaboration de la souffrance. En outre, l'impact de la disparition des corps et de l'impossibilité de réaliser les rituels de deuils, évoqué dans ce texte, a par la suite été documenté et analysé par Cénat, Dérivois et Karray

(2017) comme intimement liés au trauma collectif. L'acte de colloque suggère que, si la fonction des rites funéraires consiste à assurer le passage des défunts du monde des vivants à celui des morts (Turner, 1964; Van Gennep, 1909), leur suspension laisse symboliquement les disparus dans un état liminal et compromet potentiellement le travail de transformation des liens avec les survivants. Quoique la question du deuil se soit glissée en arrière-plan des nouvelles questions de recherche, les pistes de réflexions dégagées soulignent la potentielle conflictualité du deuil post-traumatique, un enjeu sous-jacent à la clinique post-séisme.

Plongeant dans l'analyse des données, l'article « *Hurtful gifts? Trauma and Growth Transmission among Local Clinicians in Post-Earthquake Haiti* » explore l'expérience professionnelle de cliniciens de Port-au-Prince, à la fois survivants et soignants, en considérant les multiples transmissions sous-jacentes à leur engagement. L'analyse des récits des cliniciens suggère que leur expérience s'articulait autour des pôles suivants : 1) l'équilibre entre devoir et désir d'engagement; 2) l'expérience personnelle de fragilité et de force qui nourrit le travail clinique; 3) le possible partage des vécus de détresse et d'espoir dans l'accompagnement des survivants; 4) l'alternance entre mouvement de séparation et de connexion empathique. En dépit des difficultés, le fait de retourner travailler constituait un des éléments les plus soutenant pour les professionnels. Par ailleurs, les transmissions entre soignants et soignés ont semblé multiples et réciproques. En contraste avec la littérature dominante en psychologie décrivant le trauma transmis principalement comme un processus pathologique et délétère, cette recherche suggère que le partage d'affect et d'engagement empathique pourrait potentiellement mener à une plus grande compréhension clinique et humaine, à des sentiments d'espoir, de solidarité et d'appartenance renouvelée à la collectivité. La possibilité d'accompagner des concitoyens constituait ainsi potentiellement un don, bien que parfois douloureux. Cette analyse laisse toutefois entendre que le travail des cliniciens de Port-au-Prince demeure exigeant - une exploration plus approfondie des processus soutenant ou fragilisant pour ces professionnels a donc fait l'objet d'un autre article.

Le troisième article a poursuivi l'objectif de dégager les mouvements ayant déstabilisé ou épaulé les cliniciens dans leur engagement professionnel, en tenant compte de leur double vécu. À partir d'une lecture psychodynamique des entretiens, l'analyse revisite certains éléments de l'article précédent, tout en examinant plus spécifiquement les mouvements de relance engagés par les sujets. Ce manuscrit suggère que l'engagement professionnel constituait pour plusieurs une sortie de la paralysie traumatique et une façon de combattre le sentiment d'impuissance devant la tragédie. Bien que la position soignante ait été décrite par la grande majorité comme structurante, elle pourrait également impliquer des enjeux liés au sentiment de devoir parfois lourd à porter. L'analyse identifie et déplie certains mouvements pouvant soutenir les cliniciens au niveau professionnel, dont la (re)constitution et l'investissement du collectif comme enveloppe groupale (groupes de professionnels, associations, espaces informels de discussion clinique); la possibilité d'alterner entre proximité et distance du matériel traumatique (modulation du dévoilement, modalité permettant de travailler autour plutôt que sur le trauma); et la négociation des frontières entre soi et l'autre dans la rencontre (processus d'identification, circulation des affects). En discussion, le terme de « mouvement porteur » est proposé pour décrire le travail des cliniciens, entre contenance et relance, afin de caractériser la portée structurante et constructive de l'investissement du collectif, à la fois objet et véhicule du processus de reconstruction. On relève également que les multiples adaptations des cliniciens au contexte post-séisme fort exigeant rappellent l'importance de pouvoir travailler « côte à côte » et sur mesure dans des situations extrêmes.

Finalement, changeant d'échelle, le dernier manuscrit interroge les dynamiques macrosociales et organisationnelles ayant affecté le travail des cliniciens, en considérant particulièrement leur perception de l'aide internationale après le séisme, à partir de leurs perspectives subjectives. Bien que l'aide internationale ait été très appréciée, particulièrement dans la période d'urgence, à de multiples niveaux (formation, soutien, supervision, etc.), le manque de coordination, de consultation du gouvernement et des décideurs locaux était également décrit comme nuisant à la mise en place d'interventions

appropriées. Au niveau des dynamiques organisationnelles, les participants ont identifié plusieurs éléments soutenant ou entravant leur travail, s'articulant autour de trois pôles principaux affectés par l'asymétrie des relations : 1) les dynamiques d'inclusion ou d'exclusion dans les organisations (reconnaissance de l'expertise locale ou non; consultation des acteurs locaux; reconnaissance financière des acteurs locaux; embauche de cliniciens seniors ou juniors); 2) la continuité et les ruptures au sein des organisations (roulement de personnel ou stabilité; continuité des programmes; enlignement des ONGI sur des problématiques à court, moyen ou long terme); 3) le soutien ou la négligence des cliniciens (considération de leur vécu; offre de soutien psychologique ou psychosocial; formation et supervision). Finalement, ces éléments étaient perçus comme affectant non seulement les professionnels, mais aussi les potentielles (més)adaptations culturelles et structurelles des interventions en santé mentale et soutien psychosocial (SMSP), déployées par les ONGI. La discussion revisite les politiques des agences internationales concernant l'importance d'impliquer les acteurs locaux et d'adapter les interventions, tout en considérant le bien-être des employés locaux et expatriés, avant de formuler quelques recommandations. À partir des résultats de l'analyse de ces manuscrits, la prochaine section propose quelques réflexions portant sur les rapports complexes entre trauma et transmissions.

8.2 Trauma et transmissions - quelques réflexions

Dans cette recherche, la notion de transmission s'est avérée féconde pour comprendre les enjeux de la clinique de l'extrême, telle que décrite par les cliniciens de Port-au-Prince. Si ce concept dans le champ psychodynamique s'accompagne le plus souvent du vocable « traumatique » pour décrire des processus pathogènes, la notion de transmission dans le langage commun concerne un large spectre de phénomènes : diffusion d'un message, apprentissage d'une langue, contamination bactériologique,

passation du pouvoir, héritage matériel ou génétique⁶⁵. De la filiation à la contagion, la transmission évoque en creux le mouvement, la frontière entre soi et l'autre, ainsi que quelque chose de l'ordre du don - qu'il soit désiré ou non. C'est eu regard de ces « coïncidences sémantiques » et de leur portée heuristique, pour reprendre les mots de Fassin (2013), que j'interrogerais la possible articulation entre différents types de transmissions, à travers le prisme des concepts psychodynamiques ainsi que des théories du don (Godbout et Caillé, 1995; Godelier, 1995; Mauss, 1923) et de l'économie morale (Fassin, 2009, 2013). Ces repères théoriques permettent de poursuivre la réflexion sur certains pans des récits des cliniciens de Port-au-Prince, en rapport à la clinique, à l'humanitaire, et à la démarche de recherche.

8.2.1 Failles et transmissions dans la clinique de l'extrême

*Ring the bells that still can ring
Forget your perfect offering
There is a crack in everything
That's how the light gets in.*
Leonard Cohen

Puisqu'elles concernent des vécus *partagés* et *actuels*, les transmissions en situation de catastrophe massive se distinguent de celles survenant dans d'autres contextes de soins tels que l'accompagnement de survivants d'agression sexuelle ou le travail humanitaire des expatriés. Dans la clinique post-séisme, les transmissions évoquent en effet des effractions internes et externes, qui se feraient écho. Bien que chaque histoire demeure singulière, les résultats de cette thèse suggèrent que la similarité et la simultanéité des expériences entre soignants et soignés pourraient amplifier les échos traumatiques des transmissions ainsi que la confusion entre soi et l'autre. Elles pourraient également soutenir des mouvements de solidarité tels que décrits par les cliniciens, et faciliter un accompagnement « d'épaule à épaule » (Roussillon, 2005). Dans ses recherches à la

⁶⁵ Voir la définition du Petit Robert (1983), qui rappelle également que la transmission réfère à la fois à l'action de transmettre et à ce qui permet la transmission.

Nouvelle-Orléans auprès de thérapeutes d'approche psychodynamique, Boulanger (2013) suggère que l'expérience commune de l'Ouragan Katrina aurait mené à des conflits intérieurs importants et à une grande anxiété, liés notamment au vacillement des frontières entre soi et l'autre et à la perte de repères professionnels (difficulté à respecter le cadre, la neutralité, les « bonnes pratiques »). L'expérience de la douleur collective était principalement décrite par ces cliniciens comme une défaillance, une faille minant leur capacité d'accompagner les soignés (Boulanger, 2013; Boulanger *et al.*, 2013). En revanche, pour les cliniciens de Port-au-Prince, les récits recueillis ont insisté sur les dimensions bénéfiques de leur engagement, sur les mouvements de solidarité et sur la portée potentiellement mutative des transmissions. La comparaison entre ces différents résultats peut être hasardeuse, compte tenu des différences importantes entre la présente recherche et celles de Boulanger et ses collaborateurs (2013)⁶⁶. Les expériences des cliniciens rapportées dans cette thèse sont tributaires de situations spécifiques, ainsi que d'un contexte d'énonciation particulier. Néanmoins, les témoignages des professionnels de Port-au-Prince invitent à reconsidérer certains soubassements des modèles dominants en psychologie et en psychiatrie.

En outre, en Amérique du Nord, certaines études suggèrent que la souffrance psychique serait principalement (voir uniquement) conceptualisée comme délétère. Ainsi, la stigmatisation des troubles de la santé mentale serait aussi élevée (sinon plus) chez les cliniciens que dans la population (Harris *et al.*, 2016). En l'occurrence, les blessures psychiques des soignants seraient considérées avec méfiance par ces derniers - « au pire on juge, au mieux on s'inquiète »⁶⁷, selon Zerubavel et Wright (2012, p. 483). Cette méfiance peut étonner, compte tenu du choix de carrière et des caractéristiques de ce

⁶⁶ Il est possible que l'exploration de la souffrance chez les professionnels de La Nouvelle-Orléans ait été facilitée par le passage du temps, par un plus grand lien de confiance avec la chercheuse ainsi que par des enjeux de représentations moins importants que dans le cadre de la présente étude. On peut également se demander si le profil des cliniciens (psychodynamiciens au privé), ou encore les représentations contrastées de la souffrance selon des repères disciplinaires ou culturels peuvent aider à comprendre ces résultats. À titre d'exemple, les cliniciens de Port-au-Prince m'ont semblé faire preuve de souplesse et de créativité dans l'adaptation du cadre et des modalités de suivi, ce qui contraste avec le malaise exprimé par les professionnels américains.

⁶⁷ Traduction libre.

groupe professionnel. En effet, des études suggèrent qu'une expérience personnelle ou familiale d'adversité influencerait l'orientation professionnelle des psychothérapeutes (Barnett, 2007; Farber, Manevich, Metzger et Saypol, 2005) ainsi que des psychiatres (Frank et Paris, 1987)⁶⁸.

Si la souffrance du clinicien est généralement perçue, en Occident, comme une faille qui fragilise, dans d'autres traditions de soins, elle conférerait plutôt un pouvoir intimement lié au travail de guérison. Kirmayer (2003), chercheur en psychiatrie transculturelle, contraste ainsi le modèle occidental (où l'efficacité et l'autorité des soignants découlent de la formation, de diplômes et de l'utilisation de traitements scientifiquement validés) à d'autres sociétés dans lesquelles les modèles de légitimation se basent plutôt sur les liens avec le monde spirituel et particulièrement l'expérience intime de la souffrance. Kirmayer se réfère notamment aux travaux de Dow (1986) sur la guérison symbolique et de Fabrega (1979) sur le chamanisme, illustrant comment le fait d'avoir vaincu la maladie avec succès pouvait conférer un savoir et un pouvoir thérapeutique au guérisseur. La brèche de la souffrance pourrait ainsi également être conçue comme ayant une portée bénéfique.

À cet égard, le mythe grec d'Asclépios offre une représentation paradigmatique du rôle de la souffrance chez le soignant. La légende du soignant et de son maître, le centaure Chiron, suggère justement que la blessure, quoique potentiellement fatale, serait à la source du pouvoir de guérison⁶⁹. L'archétype du guérisseur blessé (*wounded healer*) questionne ainsi le clivage entre les parts souffrantes et soignantes chez le clinicien.

⁶⁸ Cité dans Kirmayer (2003).

⁶⁹ La version classique de la naissance d'Asclépios rapporte que sa mère Coronis fût infidèle à Apollon, alors qu'elle portait son enfant. Furieux, le dieu de la divination la jeta dans un bûcher. Alors que les flammes consumaient Coronis, Apollon fut pris de pitié pour l'enfant et somma Hermès de le sortir du ventre de sa mère. Asclépios fut ensuite élevé par le centaure Chiron, sombre demi-dieu et fils de Chronos. Le centaure souffrait d'une blessure incurable de laquelle il tirait le pouvoir de soigner, et transmet à son jeune élève l'art de la guérison et la connaissance de la médecine. Asclépios reçut également d'Athéna le sang de la Gorgone, qui lui permit de réveiller les morts. Il mourut d'ailleurs foudroyé par Zeus pour avoir abusé de ce pouvoir qui revenait aux dieux, avant d'être ramené à la vie et intégré au panthéon. Par ailleurs, le mythe suggère aussi que ce pouvoir se transmet auprès de guides plutôt que par filiation, et que le soin implique les risques, tant de blesser les autres que de s'attribuer un pouvoir excessif.

Certaines recherches auprès de thérapeutes suggèrent d'ailleurs que leurs blessures pourraient nourrir le lien empathique et l'utilisation du contre-transfert (Gelso et Hayes, 2007). En revanche, ignorer la part souffrante du soignant pourrait mener à la projection de celle-ci sur le patient, impliquant du même coup le clivage de la fonction soignante alors logée exclusivement chez le clinicien (Gelso et Hayes, 2007). De tels mécanismes accentueraient la hiérarchie dans la rencontre clinique, privant le soignant d'une précieuse connaissance liée à sa souffrance, et dépossédant le soigné d'une part de son pouvoir. À la manière d'Asclépios, les récits des professionnels rencontrés dans cette recherche relèvent la portée potentiellement heuristique et mutative de la souffrance et de son partage, notamment à travers les liens empathiques tissés entre soignants et soignés.

En ce sens, la question des transmissions évoque également celles du partage, du don et du contredon, mis en évidence dans la clinique post-catastrophe. Face à des situations extrêmes et aux drames collectifs, la survie se construit comme don qui peut être simultanément source de jubilation et de culpabilité, impliquant des sentiments de dette et de devoir envers les disparus (Bourgeois-Guérin et Rousseau, 2014) - des vécus qui peuvent être potentiellement sublimés dans le travail de reconstruction collective ou accabler les survivants. À la lumière du témoignage des participants, l'investissement de la fonction soignante semble en effet avoir joué un rôle structurant, bien que parfois lourd à porter pour certains, comme dans d'autres contextes humanitaires (Karray *et al.*, 2017). D'un autre côté, au-delà du mouvement structurant issu du devoir et du contre-don, l'une des forces les plus porteuses pour les cliniciens semble également avoir été leur capacité à *recevoir* ce que les personnes accompagnées leur offrait. Au regard du partage d'affect, une telle reconnaissance de la réciprocité s'étayerait ainsi sur la conception de l'autre non pas comme un objet à réparer, mais comme un sujet à accompagner (Parat, 2013) - voire un alter ego avec qui l'on traverse les épreuves.

De même, les récits des cliniciens font écho aux théories contemporaines du don développées par le sociologue Maurice Godelier (1995). Ce dernier suggère que la

fonction du contre-don n'est pas tant d'effacer la dette (Mauss, 1923) que d'inscrire le sujet dans des rapports de réciprocités. Dans une telle perspective, on peut imaginer que l'engagement des cliniciens constitue l'une des instances les plus significatives de leur enracinement dans le social, articulant dimensions singulière et collective de la relance. On peut néanmoins s'interroger sur le poids de cet engagement, et les limites du partage. Comme en ont témoigné plusieurs professionnels, l'acceptation de ces limites pourrait constituer un des apports de leur vécu post-séisme. Réfléchissant à son expérience personnelle et professionnelle, une clinicienne reflétait :

Avant je pensais qu'avec l'empathie on pouvait compenser, mais là j'ai vraiment une attitude beaucoup plus humble par rapport à ça... Quand on commence à travailler on est un petit peu dans l'idéalisation de ses compétences. On se dit que, quoi qu'il en soit, on pourra toujours être au plus proche du patient, mais parfois il faut juste accepter que ce n'est pas possible. Ce n'est pas parce qu'on ne sait pas exactement qu'on ne peut pas aider la personne, mais du coup ça nous aide peut-être à avoir un autre rapport qui est peut-être plus clair... Je ne sais pas.

Finalement, le témoignage des participants invite à repenser la clinique avec humilité, à reconnaître les limites du thérapeute et le rôle de la souffrance dans la rencontre avec l'autre, qu'on la conçoive comme une faille, ou comme une force de guérison et de solidarité. À cet égard, les récits des cliniciens interrogent la place de l'élaboration d'une position dépressive (Klein, 1939), soit le travail de deuil d'une posture toute-puissante ou totalement bienveillante du soignant. De manière plus aiguë dans les situations extrêmes, mais sans doute dans toutes les cliniques, le travail du clinicien pourrait ainsi impliquer l'intégration de l'ambivalence - avec ce qu'elle comporte d'une compréhension plus large de l'humain, de ses lignes de faille, de ses parts d'agressivité comme de sa capacité à souffrir, à survivre (Winnicott, 1965b) et à être en lien avec l'autre.

8.2.2 Humanitaire, altérisation et mythe du don unilatéral

Vous les blancs, vous venez vous enrichir en prétendant faire une bonne action.
 Nous avons quelques miettes. Et on fait semblant que vous nous sauvez.
 Tiré du film de Raoul Peck – *Meurtre à Pacot* (2014)

Si le séisme a pu estomper les frontières entre soignants et soignés haïtiens, certains clivages entre locaux et expatriés semblent au contraire avoir été exacerbés, malgré les mouvements de solidarités rapportés. Les récits des participants ainsi que les observations sur le terrain suggèrent que des phénomènes d'altérisation affectaient ces interactions et leurs représentations. Notamment, certains cliniciens percevaient que leur statut de « victime » les discréditait comme interlocuteur légitime au sein des ONGI. De même, plusieurs professionnels ont relevé les écarts importants au sein des organisations dans le traitement du personnel local ou international. Au-delà des salaires, les participants de cette recherche percevaient notamment des iniquités importantes dans la considération de la sécurité physique, du bien-être psychique, ainsi que des expertises et du poids décisionnel des employés selon leur nationalité.

Une lecture psychodynamique de ces résultats permet d'éclairer certains processus d'altérisation à l'œuvre dans les rencontres entre acteurs locaux et internationaux. D'abord, pour Lachal (2006), psychanalyste, les situations traumatiques exacerberaient le clivage des assignations, menant à :

une réciprocité particulière, qui ouvre à des formules stéréotypées dans lesquelles il est très difficile de ne pas se laisser enfermer, *assigner*, aussi bien du côté du patient qui assume volontiers le rôle de la victime que du thérapeute qui ressentira des mouvements d'identification à la victime, au bourreau, au juge, au « réparateur » (p. 39).

Dès lors, les catastrophes humanitaires peuvent soulever des défenses grandioses, menant au basculement des travailleurs humanitaires dans une posture héroïque et toute-puissante qui peut accentuer ces différences en les coupant de la souffrance (Boulanger, 2013; El Hussein, Mouchenik et Moro, 2015). En contexte extrême, les protagonistes peuvent ainsi être emportés par un mouvement maniaque et succomber à un fonctionnement opératoire, échappant à l'élaboration de la souffrance narcissique (Pinel,

2005⁷⁰). On peut ainsi penser que les assignations intersubjectives évoquées par Lachal (2006) se réverbèrent sur la scène collective, s'entrelaçant aux assignations polarisées entre locaux et expatriés, étayés par la rhétorique de l'aide humanitaire.

Sous un autre jour, les anthropologues Fassin (2009), James (2010) et Minn (2016) se penchent sur la construction discursive de l'aide internationale comme don unilatéral entièrement bienveillant, « réparateur », alors que les populations assistées sont construites comme des « victimes » passives. S'inscrivant dans le champ de l'économie morale et politique, leurs travaux soulignent les façons dont l'humanitaire, en se basant sur une rhétorique du don unilatéral, s'étaye sur une représentation problématique de l'autre et reproduit souvent malencontreusement les inégalités qu'elle dénonce (Fassin, 2009)⁷¹. Pour James (2010), l'appareil humanitaire constitue ainsi « le visage bienveillant d'une économie politique globale inégalitaire » (traduction libre) (p. 294). Par ailleurs, ces représentations polarisées justifieraient d'après Pandolfi (2008) des états d'exception et une ingérence reproduisant la domination (post)coloniale, plutôt que la participation collective et l'implication des gouvernements et acteurs locaux, comme recommandé par les agences internationales. Le mythe des initiatives humanitaires comme uniquement bienveillantes renforcerait ainsi la distinction démesurée entre ceux qui reçoivent et ceux qui donnent, éclipsant d'autres formes de transmissions qui caractérisent ces relations (Rousseau et Mekki-Berrada, 2008). Certes, en Haïti les représentations idéalisées de l'aide humanitaire sont sévèrement mises à l'épreuve et évoquent souvent la figure de l'« agresseur » plus que du « réparateur », avec raison, comme en témoignent la colère de la population haïtienne face aux multiples scandales impliquant des ONGI, la littérature scientifique sur

⁷⁰ Cité dans El Husseini *et al.*, 2015

⁷¹ Les travaux de Denyse Côté (2014) traitent de cette question en examinant la rhétorique des ONGI américaines sur les viols dans les camps de réfugiés. Alors que cette problématique était loin d'être la plus importante selon les organisations féministes locales, l'aide étrangère a construit la femme haïtienne comme innocente victime de l'homme haïtien « barbare », justifiant l'ingérence de groupes étrangers comme « sauveurs », et proposant des initiatives inappropriées sans avoir consulté les groupes locaux.

l'impact des interventions internationales, ainsi que les récits des participants⁷². Ainsi, un autre enjeu réside peut-être, selon les mots des cliniciens, dans un renversement qui construit l'étranger comme source de tous les problèmes du pays. Quoi qu'il en soit, la polarisation des rôles et la méconnaissance de la réciprocité de la rencontre soulèvent des difficultés importantes dans les collaborations entre acteurs nationaux et internationaux telles que rapportées dans les récits des participants. Sur les pas du sociologue Godelier (1995), on pourrait ajouter que le don unilatéral de l'humanitaire, en plus de créer une dette, nie la relation.

Plus concrètement, les résultats de cette thèse suggèrent que l'asymétrie entre expatriés et locaux au sein des ONGI et la méconnaissance de la complémentarité des relations a pu faire obstacle à la relance des cliniciens et au déploiement d'interventions appropriées. En revanche, l'établissement de relations plus symétriques et réciproques aurait sous-tendu le travail de reconstruction, d'abord entre professionnels et organisations locales, mais également entre acteurs locaux et internationaux. La considération des mécanismes psychodynamiques et transculturels sous-jacents aux assignations communautaires en contexte humanitaire permet de mieux comprendre certaines dimensions du travail des cliniciens, notamment les enjeux de collaboration dans les ONGI. Cette analyse s'avère toutefois insuffisante pour comprendre les forces structurant les rapports entre acteurs nationaux et internationaux. Les enjeux politiques et économiques, mentionnés dans l'analyse, doivent être considérés, mais dépassent le projet de cette thèse. Néanmoins, cette recherche permet d'illustrer comment, dans

⁷² L'introduction du virus du Choléra (Lemay-Hébert, 2014; Schuller, 2017), les scandales d'abus sexuels dans certaines ONGI (Dodds, 2017; Kolbe, 2015) ainsi que le constat de failles majeures dans les interventions internationales (Ramachandran et Waltz, 2012), ont tristement fait écho à l'histoire et contribué à réactualiser la représentation de l'étranger comme un agresseur et un prédateur en Haïti. À juste titre, dans les rencontres sur le terrain, la population manifestait ainsi une méfiance importante à l'égard de la présence internationale. Dans les entrevues, les participants ont évoqués divers exemple d'avidité et de malveillance des étrangers, comme l'allusion aux vols d'enfants haïtiens; à la sélection d'Immigration Canada qui draine Haïti de ses citoyens éduqués; ainsi qu'à la dénonciation du « tourisme humanitaire » bénéficiant principalement aux nations étrangères et à leurs ressortissants.

certaines relations entre nationaux et expatriés, notamment dans les ONGI, la construction de l'autre comme radicalement différent (de par son expérience traumatique ou sa nationalité) a pu faire obstacle à la rencontre et à la relance, alors que la reconnaissance de l'ambivalence et de la mutualité semblait au contraire la soutenir.

8.2.3 Transmissions et recherche - quelques notes

Les entretiens de recherche ont également constitué des lieux privilégiés pour observer les multiples transmissions qui circulent dans la rencontre, sur les plans psychodynamiques et transculturels. Dans le contexte d'assignations massives liées aux enjeux traumatiques et transculturels de la rencontre, plutôt que de se battre pour tenter d'arriver à une objectivité impossible, Devereux (1980) propose d'analyser les façons dont le chercheur se voit attribuer un rôle et dont ses interlocuteurs manœuvrent. Dans le contexte post-séisme, comment cette étude est-elle devenue partie prenante de phénomènes qu'elle se proposait d'explorer ? Comment la relation de recherche a-t-elle pu être investie par les participants ? Cette réflexion n'est pas aisée, puisque les assignations se réverbèrent, s'entrelacent et s'influencent mutuellement – tout en demeurant souvent inconscientes (Lachal, 2006, p.39). Je tâcherai néanmoins d'identifier quelques mouvements traversant les rencontres, dans une tentative d'éclairer certaines dynamiques propres au contexte d'étude.

Les entretiens de cette recherche s'inscrivaient dans des relations communautaires préexistantes entre acteurs locaux et internationaux. Ma posture différait toutefois en partie des « blancs » les plus nombreux et les plus visibles en Haïti, soit les travailleurs humanitaires. Étudiante au doctorat en psychologie, dans la trentaine, bien que de nationalité canadienne plurielle, je me trouvais en position de pouvoir relatif face à des cliniciens et collègues avec plus d'expérience clinique que moi, et de qui je souhaitais apprendre. Ma posture s'étayait ainsi sur une demande de transmission, impliquant une

certaine vulnérabilité de part et d'autre. En plus des transmissions relatives à leur expériences professionnelles, il est possible qu'avec certains participants, mon identification à l'agresseur en position de relative fragilité ait permis l'expression de leur colère face à l'aide humanitaire, permettant ainsi l'émergence d'une parole par ailleurs négligée dans les ONGI et dans les recherches. En contrepartie, une telle perception a également pu entraver la parole de participants, qui ont peut-être souhaité me ménager, m'épargnant l'expression ouverte de leur colère face à la présence étrangère ou encore celle de récits traumatiques. Certains ont également pu ainsi ressentir le fardeau de s'occuper de l'étrangère, même durant l'entretien.

Les mouvements de transfert et de contre-transfert culturels se sont superposés à ceux provenant du matériel traumatique dévoilés ou éludés en entretiens. L'évocation du trauma était donc modulée de manière variée, par l'évocation en pointillé, dans l'irruption de matériel cru, dans l'évitement et la présence de trous parfois encore plus déstabilisants, comme dans les mouvements d'alternance entre rapprochement et distanciation des vécus traumatiques. Il s'agissait parfois d'entendre que certains vécus ne pouvaient être racontés. Les transmissions et leur (relative) élaboration ont permis de mieux comprendre certaines des dynamiques traversant la clinique post-séisme.

En somme, la recherche peut également être examinée sous l'angle du don et du contre-don. D'une certaine façon, l'invitation de participer à une entrevue engage d'abord le désir du chercheur, sa demande de transmission aux participants, qui s'interprète de diverses façons – pratique prédatrice ou occasion d'échange. Pour ma part, face aux multiples dons reçus de la part des participants (leurs témoignages, mais également une langue, une visite, un repas partagé, etc.), le projet s'est également inscrit dans un désir de contre-don, prenant forme principalement à travers la restitution de ma compréhension (imparfaite et partielle) de leurs paroles.

Ainsi, la considération d'une forme de réciprocité dans la recherche comme dans la clinique (Rasmussen, 2005) mène à penser aux dimensions éthiques et politiques de

l'accueil de la souffrance, de sa représentation et du lien à l'autre. Plusieurs s'interrogent non seulement sur le mythe du thérapeute neutre (Lachal, 2007; Maqueda, 2005), mais également la neutralité du chercheur (Boulanger, 2008, 2012; Rousseau et Mekki-Berrada, 2008), soulignant l'importance de l'engagement moral et politique, notamment dans la reconnaissance de la souffrance de l'autre, et des limites de cette compréhension. Le travail en situation extrême appelle le chercheur à prendre position face au malheur d'autrui, comme témoin, en se laissant ébranler, ou en s'en détournant. Selon cette perspective, le partage d'affect et la possible transmission traumatique constitueraient non pas un « dommage collatéral », mais une condition inhérente à la rencontre, au travail de reconstruction psychique et collective (Boulanger, 2018; Rousseau et Mekki-Berrada, 2008).

8.3 Implications

8.3.1 Pour la clinique en contexte post-catastrophe

Cette thèse a permis de dégager certains éléments favorisant la relance psychique des cliniciens, selon leurs perspectives – des éléments qui pourraient également concerner la population générale touchée par une catastrophe. Notamment, la possibilité de miser sur une reprise de pouvoir, sur la solidarité, sur un retour à la routine semble avoir été soutenant, tout comme la possibilité de travailler autour plutôt que sur le trauma, de façon souple (Hobfoll, 2007). En ce qui concerne le processus thérapeutique, la majorité des approches occidentales en psychologie insistent généralement sur la verbalisation et l'élaboration pour réaliser le travail clinique, « l'or pur » menant à la guérison. Mais l'élaboration doit-elle passer par la parole⁷³ ? Comme suggéré par les

⁷³ Selon certains, l'Occident fait figure d'exception à cet égard, puisque la verbalisation n'est pas le mode d'élaboration privilégié ailleurs dans le monde (Drozdek *et al.*, 2007). Certaines études démontreraient d'ailleurs que, contrairement à la croyance populaire, les personnes qui évitent de parler des émotions négatives liées au deuil se remettraient bien (Bonanno et Field, 2001; Bonanno, Keltner, Holen et Horowitz, 1995). De leur côté, les thérapies de « debriefing psychologique »

cliniciens, certaines pratiques symboliques, centrées vers l'action, semblent également avoir permis de soutenir le processus de relance face à l'expérience de souffrance individuelle et collective. C'est le cas notamment des rituels de deuil, des chants et danses, ou encore des pratiques de médecines traditionnelles mentionnés par les professionnels.

8.3.2 Pour le bien être des cliniciens

En ce qui concerne les cliniciens locaux de Port-au-Prince, cette étude suggère que le fait de retourner travailler constituait une source de force, identifiant une piste de relance, particulièrement dans la mesure où les professionnels peuvent moduler leur exposition traumatique et où ils sont épaulés. Les mesures de soutien formel (formation, supervision) et informel (rencontres de groupes, discussions cliniques) ont été identifiées par les sujets comme des composantes importantes de contenance et de transformation. Finalement, la formation clinique soutenant l'intégration de la souffrance du thérapeute, voire la potentielle violence de l'intervention, pourrait favoriser le deuil d'une position entièrement bienveillante, nourrissant la capacité à tolérer l'ambivalence et la complexité de l'humanité chez les cliniciens. Les résultats relèvent également l'avantage de miser sur l'expérience des cliniciens pour élaborer des interventions en situation extrême.

Dimensions organisationnelles

Cette thèse souligne l'importance de miser sur les dimensions organisationnelles, pour favoriser le bien-être des cliniciens en contexte humanitaire. Dans une revue systématique récente sur la détresse psychologique chez les intervenants en situation

offertes suite à un trauma sont de plus en plus reconnues comme inefficaces au mieux (Rose, Brewin, Andrews et Kirk, 1999) ou pire, comme potentiellement nocives (Bisson, Jenkins, Alexander et Bannister, 1997; Mayou, Ehlers et Hobbs, 2000). L'accent mis sur la dyade patient-clinicien pour réaliser ce travail d'élaboration et pour répondre à la souffrance psychique est une autre particularité des sociétés occidentales (Drozdek *et al.*, 2007).

post-catastrophe, le soutien social ainsi que le soutien en milieu professionnel (des collègues et des chefs d'équipe) étaient particulièrement bénéfiques (Birkeland *et al.*, 2017; Brooks *et al.*, 2016; Thormar *et al.*, 2013). D'autres facteurs importants incluent l'accès à des services de santé mentale pendant le déploiement (Simmons, 2010; Yang *et al.*, 2010), la reconnaissance des efforts (Curling et Simmons, 2010, 2012); la formation (Silove, Rees, Tam, Liddell et Zwi, 2011), ainsi que la supervision – des éléments particulièrement soutenant pour le personnel travaillant avec les survivants d'événements traumatiques (Berger et Quiros, 2014). Enfin, une réponse bienveillante face à l'expérience traumatique du personnel local et à l'adversité semble également cruciale (Silove *et al.*, 2011). En écho avec cette littérature et dans une perspective socioécologique, cette recherche suggère que les équipes et les institutions gagneraient à prendre soin des soignants et à jouer le rôle d'entités *métacontenante* pour les cliniciens (Kaës, 2012). Les organisations peuvent notamment offrir un tel soutien formel ou informel, par exemple en favorisant les groupes d'échange et de co-etayage, ou encore en offrant de la supervision.

Accès aux services de santé mentale et de soutien psychosocial

Par ailleurs, bien que les services de santé mentale puissent être utiles, il faut considérer que leur accès pour les cliniciens locaux en contexte humanitaire implique des obstacles. En plus des sentiments de culpabilité liés à une situation relativement privilégiée face aux bénéficiaires (Maalki, 2015)⁷⁴, le staff local fait face à la stigmatisation de la détresse chez les professionnels de santé mentale (Harris, Leskela et Hoffman-Konn, 2016; Zeribavel et Wright, 2012), qui serait particulièrement présente dans les agences humanitaires (Welton-Mitchell, 2013). Ainsi, dans la présente recherche, certains participants ont rapporté se sentir discrédités en raison de leur vécu traumatique, à l'instar des professionnels de La Nouvelle-Orléans post-

⁷⁴ L'anthropologue Liisa Malkki (2015), qui a travaillé au Rwanda et auprès de travailleurs humanitaires parle par exemple de la hiérarchisation des souffrances.

Katrina, qui ont également décrit des expériences de stigmatisation à titre de victimes (Boulanger, Floyd, Nathan, Poitevant et Pool, 2013). Compte tenu des relations asymétriques entre les acteurs internationaux et locaux, qui pourraient d'autant plus les dissuader de demander de l'aide, les organisations devraient accorder une attention particulière aux besoins du personnel national en SMSP. Les agences humanitaires gagneraient également à aborder de front les enjeux médico-légaux liés à ces considérations, compte tenu des risques physiques et psychiques encourus particulièrement par les employés humanitaires nationaux.

8.3.3 Pour les décideurs et acteurs humanitaires internationaux

En plus des éléments précédemment mentionnés, cette recherche permet de formuler des pistes de recommandations concernant les ONGI offrant des services de SMSP en contexte post-catastrophe, principalement autour de mesures favorisant une plus grande symétrie des relations entre protagonistes locaux et étrangers. Les organisations et ressortissants étrangers qui souhaitent intervenir gagneraient à adopter les principes de ne pas nuire (*Do No Harm*) et d'être là en accompagnement (Farmer, 2012), côte à côte (Roussillon, 2005). La prise en compte des enjeux de pouvoir systémique entre acteurs locaux et internationaux ainsi qu'au sein des organisations permettrait le déploiement d'une réelle collaboration. Le soutien et la participation des acteurs locaux semblent incontournables, tant pour élaborer des interventions durables et adaptées aux forces et contraintes du terrain que pour soutenir l'appropriation locale et le rétablissement des professionnels. Au-delà des périodes de crises d'ailleurs, ces enjeux de pouvoir devrait être sérieusement considérés, de telle sorte qu'il soit réellement envisageable de « mieux reconstruire ».

Certes, les organisations déploient des efforts accrus dans l'adaptation des interventions en SMSP au contexte culturel local (Greene *et al.*, 2017). De même, les politiques internationales établies par les grandes agences en ce qui concerne la

participation des populations locales et le soutien au personnel (IASC, 2007; Sphere Project, 2011; UNHCR, 2012) sont généralement endossées par les ONGI. Cependant, peu d'entre elles se sont dotées de mécanismes assurant la mise en place de telles politiques. (Checchi *et al.*, 2017), ce qui permettrait d'assurer leur mise en œuvre, ou leurs échecs. Des mesures concrètes garantissant la participation des acteurs clés gagneraient à être examinées avec ces derniers et adoptées, incluant : l'implication d'acteurs locaux dans les postes clés; la révision des modes de rémunération; des procédures organisationnelles, incluant un choix de langue, qui soit inclusives, etc. Les cultures institutionnelles, la clarté des rôles, la surcharge de travail, en outre, essentielles au bien-être des intervenants en contexte humanitaire devraient également être considérées (Brooke *et al.*, 2016). La supervision, les formations, l'établissement de lieux d'échanges formels et informels sécuritaires permettraient possiblement, selon les besoins, de soutenir le personnel local. L'engagement à long terme des ONGI semble aussi important pour minimiser le roulement des organisations et du personnel qui contribue au sentiment de rupture caractéristique des situations post-catastrophe. Un engagement dans la durée permettrait en effet de sortir de l'alternance néfaste entre ingérence et abandon, entre intrusion et lâchage, faisant écho à l'histoire du pays. Finalement, la formation des ressortissants étrangers (gestionnaires et personnel des ONGI) aux principes de l'adaptation structurelle et culturelle des programmes en SMSP (Metzl, 2012; Metzl et Hansen, 2014) permettrait de considérer certains enjeux de pouvoir au sein des organisations

8.3.4 Recherche

En ce qui a trait à la recherche, cette thèse illustre l'apport des approches pluridisciplinaires pour penser la clinique post-catastrophe en contexte, situant l'expérience de l'adversité dans ses dimensions singulières, collectives et politiques. Sur les traces de Panter-Brick (2014), cette thèse relève également l'intérêt d'étudier non seulement les processus traumatiques mais aussi les forces permettant de faire face

à l'adversité. Dans le même ordre d'idée, la présente étude souligne l'importance d'étudier le rôle essentiel des dimensions organisationnelles dans le bien-être du personnel humanitaire (Brooks *et al.*, 2015, 2016; Strohmeier et Scholte, 2015), au-delà des facteurs individuels (Lopes Cardozo *et al.*, 2012). Par ailleurs, les résultats mettent en exergue l'importance d'interroger les rapports de pouvoir qui sous-tendent toute recherche transculturelle, plus encore en contexte postcolonial et humanitaire, de manière à comprendre comment ceux-ci affectent les transmissions qui la fondent. Finalement, cette recherche souligne le rôle des mouvements transféro-contre-transférentiels dans les études en contexte (post) traumatique et leur apport dans la compréhension du matériel de recherche.

8.4 Limites et pistes de recherches futures

Bien que cette recherche offre une contribution significative, les conclusions et implications qui en découlent sont formulées avec prudence, compte tenu des limites intrinsèques au devis de cette recherche.

D'abord, cette thèse s'inscrit dans une perspective interprétative et co-constructiviste – elle est donc le fruit de rencontres particulières entre des cliniciens de Port-au-Prince, sollicités par une doctorante en psychologie dans la trentaine, blanche, d'origine plurielle (canadienne et latino-américaine). L'adresse des participants ainsi que l'analyse doivent être situées dans ces interactions. Sans constituer en soi une limite, l'identité de la chercheuse ainsi que les assignations communautaires qui en découlent ont orienté les récits qui pouvaient se déployer dans les entrevues. Par ailleurs, les entretiens ont été réalisés durant l'été 2012, alors que le pays se relevait de l'épidémie du Choléra et de nouveaux ouragans, tout en traversant une période de turbulences politiques. De surcroît, plusieurs ONGI déployées à Port-au-Prince se retiraient, ce qui impliquait pour plusieurs participants une certaine incertitude professionnelle. La temporalité de cette étude doit être considérée afin de situer les récits des cliniciens,

notamment dans le mouvement de proximité et de distance du matériel traumatique en entrevue. Si la recherche avait été menée à un autre moment, par une autre personne, différents pans de l'expérience des participants auraient pu devenir plus accessibles, ou au contraire plus difficiles à partager.

Par ailleurs, le recrutement par méthode boule-de-neige et l'échantillon ont pu comporter des biais de sélection. En effet, le mode de sollicitation a pu limiter l'hétérogénéité du groupe de sujets. Il est également possible que les personnes ayant accepté de participer à la recherche aient eu une expérience plus positive que l'ensemble des cliniciens. Des recherches futures gagneraient notamment à inclure les voix de cliniciens ayant cessé leur pratique, pour qui les expériences ont possiblement été plus difficiles.

En ce qui concerne les entretiens, il a été convenu d'explorer principalement l'expérience professionnelle des cliniciens, sans les interroger explicitement sur leur vécu personnel du séisme, tout en accueillant leurs récits. Le matériel portant sur leur expérience intime de la catastrophe était donc partiel, limitant la distinction entre les traumatismes directs ou indirects, ainsi que la considération du partage d'expériences entre soignants et soignés. Toutefois, ces choix permettaient d'examiner les dimensions professionnelles du présent projet tout en naviguant avec souplesse « autour » plutôt que sur les événements traumatiques. De plus, les entretiens ont été menés principalement en français et non en créole, ce qui a possiblement entravé le récit de certains participants, bien que tous aient semblé s'exprimer aisément en français.

Poursuivant les objectifs de recherche, l'analyse a principalement visé à dégager les enjeux professionnels, sans plonger dans l'analyse d'étude de cas explorant la singularité des trajectoires. Cette décision a été prise à la lumière de l'orientation du projet et des enjeux d'anonymat liés au petit milieu des professionnels de la santé mentale à Port-au-Prince. Si ces choix ont permis de mieux comprendre certaines dimensions de leur expérience, ils limitent l'exploration de l'histoire singulière de

chaque clinicien dans l'élaboration du sens et du mouvement de relance. Malgré ces limites, la présente thèse éclaire des questions encore peu abordées dans la littérature concernant l'expérience des professionnels en contexte de trauma collectif.

En somme, cette thèse a permis de dégager de nouvelles avenues de recherche pour mieux comprendre l'expérience de cliniciens en contexte post-catastrophe. En l'occurrence, il serait intéressant d'adopter un devis longitudinal afin de mieux comprendre l'évolution des expériences personnelles et professionnelles, ainsi que des mouvements de relance dans la durée. En effet, c'est souvent après une période de mobilisation dans l'urgence que les conséquences à long terme peuvent émerger (Boulanger, 2013; Weber et Messias, 2012). Comment les besoins des acteurs locaux et des organisations évoluent-ils après l'état de crise aigüe, parfois prolongé ? De quelles façons l'alternance entre proximité et distance se module-t-elle dans le temps, selon l'expérience des professionnels ?⁷⁵ Cette thèse a également mis en lumière l'importance des dimensions contenantes du social, notamment des groupes de pairs et des organisations, encore sous-étudiés. Quels mécanismes organisationnels permettent un accompagnement « sur mesure » tant pour les survivants que pour les cliniciens ? Il serait pertinent de comparer divers modèles de gestion et de partenariat dans les ONG et ONGI et d'examiner leur impact sur la collaboration entre locaux et expatriés, ainsi que leur effet sur le bien-être des employés et leur perception de la qualité des soins.

Par ailleurs, cette recherche mène à certaines interrogations sur les transformations du secteur de la SMSP à Port-au-Prince suite au séisme, comme dans d'autres sites touchés par des crises humanitaires. Un certain nombre de cliniciens rencontrés ont suggéré que le séisme et les diverses interventions en SMSP avaient contribué à une réduction de la stigmatisation de la santé mentale dans la population, ainsi qu'au développement du secteur - notamment par l'afflux de financement et de formations, mais aussi par le

⁷⁵ L'analyse des processus narratif dans les entretiens, en prêtant attention aux silences, à l'irruption du matériel traumatique ou à son évitement pourrait d'ailleurs faire l'objet d'un futur article, afin de dégager des pistes étayant les processus de transmission et autres dynamiques tranféro-contre-transférentiels comme mode de communication.

développement de nouvelles compétences des professionnels et par la mobilisation des organismes locaux. Alors que le mouvement contemporain en santé mentale globale pousse à la dissémination de modèles occidentaux - encensés par les uns, décriés par les autres - on peut s'interroger sur l'impact des « tsunamis humanitaires » sur les systèmes locaux. Comment de telles crises peuvent-elles transformer le système de santé mentale et psychosociale des nations affectées ? Comment « mieux reconstruire » en SMSP après une catastrophe massive ? À long terme, il serait important de mieux comprendre les façons dont la circulation transnationale de personnes, de savoirs, de pratiques et de représentations suite à des crises humanitaires peut transformer le champ de la santé mentale dans des pays touchés ainsi que dans le milieu humanitaire. Car si les recherches sur la psychiatrie humanitaire insistent sur les meilleures façons de « transmettre les connaissances » et de « mettre à niveau » les ressources des pays dits en voie de développement, on gagnerait également à mieux comprendre comment favoriser des échanges réciproques, de manière à ce que les professionnels locaux puissent également transmettre leur expérience hors du commun.

CONCLUSION

Retour sur les objectifs de recherche

Avant de conclure, il convient de revenir sur les objectifs de la présente recherche. D'abord, une visée générale de la thèse consistait à situer l'expérience des cliniciens dans le contexte d'une catastrophe massive et de son inscription dans une histoire d'adversité et de résistance. L'analyse des entretiens a permis de mieux comprendre comment l'impact massif du tremblement de terre sur la société et sur le gouvernement haïtien aurait contribué aux réverbérations traumatiques collectives, notamment en affectant temporairement les capacités de relance, accentuant le sentiment d'effraction et de rupture des enveloppes groupales, qu'on peut également comprendre comme une mise à l'épreuve du travail de la culture dans l'élaboration du sens de la catastrophe (Obeyesekere, 1980). Par la suite, certaines interventions internationales inappropriées semblent également avoir contribué malencontreusement à des vécus d'invalidation chez plusieurs cliniciens, faisant possiblement écho à l'histoire traumatique entre descendants de décolonisés et descendants d'anciens colonisateurs. Néanmoins, la mobilisation locale s'est rapidement mise en place.

Tenant compte de la conjoncture post-séisme, le premier objectif de cette thèse était de sonder la double expérience des professionnels de Port-au-Prince, comme soignants et survivants. Un des résultats principaux de l'étude est que, malgré les enjeux impliqués, le retour au travail constituait pour les professionnels une source de force et de mobilisation dans la traversée des épreuves liées à la catastrophe. Face au vécu d'impuissance et d'horreur lié au séisme, les participants évoquaient l'importance de la reprise d'un rôle d'acteur. Leur engagement dans la reconstruction de leur collectivité impliquait à la fois une portée structurante et un sentiment de devoir, parfois

lourd à porter pour certains cliniciens. Par ailleurs, leurs témoignages laissent entrevoir une expérience professionnelle caractérisée par l'entrelacement de la souffrance et des mouvements de relance, par le possible partage des vécus de détresse et d'espoir avec soignés, ainsi que par l'oscillation entre distance et proximité empathique dans la clinique. Plutôt que de concevoir les transmissions de la clinique du trauma comme principalement toxiques, tel que suggéré par la littérature dominante en psychologie, les récits des cliniciens de Port-au-Prince invitent à repenser la multiplicité, l'hétérogénéité et la mutualité des affects qui traversent la rencontre entre soignants et soignés. Les multiples transmissions dans la clinique du trauma permettent ainsi d'envisager l'engagement professionnel caractérisé par les dons et contre-dons, parfois douloureux, mis à contribution dans la reconstruction de la collectivité.

Le deuxième objectif de cette recherche visait à mettre en évidence les mouvements ayant déstabilisé ou soutenu les cliniciens, en tenant compte de leur double vécu de soignants et de survivants. En plus de la relance incarnée par le retour au travail, les professionnels ont fait part de divers mouvements porteurs dans la clinique, dont la (re)constitution et l'investissement du collectif et des enveloppes groupales, la possibilité d'alterner entre proximité et distance du matériel traumatique, ainsi que la négociation des frontières entre soi et l'autre dans la rencontre. Par ailleurs, à la lumière des travaux de Kaës (2007, 2012), considérant les risques de l'élaboration en situation traumatique (plutôt que post-traumatique), les récits des cliniciens donnent à penser que les enveloppes groupales ont été investies d'abord pour leur fonction contenante et structurante, sans que leur fonction symbolisante puisse nécessairement être mises à profit. On peut s'imaginer qu'un travail d'élaboration s'amorce une fois la crise passée, si le sujet parvient à se dégager un espace psychique— un défi notoire en situation de crises et de traumatismes continus. Par ailleurs, le recours à des métaconteneurs semble avoir été salutaire pour les professionnels, suggérant des pistes d'intervention pour les associations et organisations humanitaires. Finalement, ces résultats invitent notamment à repenser l'articulation entre les dimensions singulières et collectives qui sous-tendent

la traversée d'une telle catastrophe, et impliquent des avenues d'intervention tissant des liens entre les sujets et leurs communautés.

Par le biais du troisième objectif de recherche, cette thèse cherchait à documenter les perceptions des cliniciens concernant l'impact de l'aide internationale sur les plans macrosocial et organisationnel, afin de mieux comprendre les processus ayant soutenu ou entravé leur travail. Une attention particulière était accordée aux asymétries des échanges entre locaux et expatriés. Bien que l'aide internationale ait été très appréciée, particulièrement dans la période d'urgence, les cliniciens décriaient le manque de coordination ainsi que la consultation insuffisante du gouvernement et des décideurs locaux. Au niveau organisationnel, les participants identifiaient certaines problématiques sur les plans d'une défaillance des mécanismes d'inclusion, des multiples ruptures au sein des organisations, ainsi que d'une perception de négligence du vécu et de l'expertise des cliniciens. Selon cette perspective, l'invalidation des expériences traumatiques et des capacités de faire face à l'adversité pourrait avoir des répercussions négatives lorsqu'elle se manifeste aux niveaux collectif et intersubjectif. De surcroît, l'analyse suggère que ces dynamiques pourraient avoir un impact non seulement sur le bien-être et la participation des professionnels, mais également sur la qualité des soins offerts en SMSP, menant à de potentielles (més)adaptations culturelles et structurelles des interventions internationales.

Contributions

Cette recherche exploratoire a visé à mieux comprendre certaines dimensions de l'expérience de cliniciens locaux suite au séisme du 12 janvier 2010, sans chercher à en saisir toutes les dimensions ni à produire des données généralisables, mais en proposant une réflexion dont la portée explicative peut dépasser leurs vécus singuliers (Savoir-Zajc, 2013). Cette thèse constitue une contribution à l'avancement des connaissances dans la mesure où elle permet, d'abord, de mieux comprendre

l'expérience d'un groupe d'acteurs clés trop souvent ignorés dans la littérature scientifique, à partir de leurs paroles. La posture des cliniciens, soignants et survivants, à l'interface entre les services et la population, leur confère un point de vue unique pour comprendre les enjeux des interventions en contexte humanitaire, en Haïti et ailleurs.

Ensuite, à partir de l'expérience de ces cliniciens, cette thèse contribue à la compréhension des multiples transmissions dans la clinique du trauma et des mouvements soutenant les professionnels. De même, l'étude a mis en lumière certaines des dimensions organisationnelles et macrosociales affectant le bien-être et le travail des cliniciens, soutenant la perspective selon laquelle la capacité de faire face au trauma est indissociable de l'environnement des sujets (Hobfoll, Tirone, Holmgreen et Gerhart, 2016; Winnicott, 1965b). De telles approches socio-écologiques gagneraient à être intégrées dans les recherches et les interventions en contexte post-catastrophe. Cette thèse propose également des pistes d'intervention pour épauler les cliniciens en contexte de catastrophe massive.

De plus, ces réflexions permettent notamment de questionner les modèles dominants en psychologie occidentale, ainsi que les dynamiques asymétriques entre acteurs locaux et expatriés en contexte humanitaire. La portée de cette thèse réside de surcroît dans les réflexions plus vastes qu'elle implique concernant la clinique du trauma et les interventions humanitaires.

Finalement, l'intérêt de cette étude réside dans l'apport d'une perspective théorique kaléidoscopique, alliant repères psychodynamiques, culturels et politiques, afin de considérer la complexité du sujet d'étude. Cette thèse nourrit ainsi la pertinence des approches écologiques et pluridisciplinaires dans les recherches en psychologie transculturelle sur les interventions humanitaires. Sa contribution se situe également sur le plan heuristique, puisqu'elle permet de dégager de nouvelles pistes d'exploration pour comprendre l'expérience de cliniciens en contexte de trauma partagé.

En conclusion

Lorsqu'une catastrophe ébranle une nation, les cliniciens locaux constituent des acteurs incontournables dans sa relance. À Port-au-Prince, suite au séisme du 12 janvier 2010, les professionnels se sont mobilisés pour soutenir leurs concitoyens, s'inscrivant dans un mouvement singulier et collectif de relance. La perspective unique de ces acteurs clés, à l'interstice entre la population et les organisations soignantes, jette un éclairage essentiel sur les enjeux de la clinique post-catastrophe, encore peu explorés dans la littérature, en Haïti comme ailleurs. À la manière d'un kaléidoscope et à partir des récits de cliniciens de Port-au-Prince, cette thèse a examiné l'articulation complexe entre la transmission de la souffrance et des forces mobilisatrices qui sous-tendent leur travail. Malgré les enjeux soulevés, l'implication clinique constituait pour plusieurs soignants un vecteur structurant leur relance singulière et collective. Les multiples transmissions sous-jacentes ouvriraient des avenues à la fois risquées et sources de force pour les sujets. Certaines stratégies déployées par les cliniciens, comme la possibilité d'alterner entre proximité et distance, ainsi que le recours aux mouvements porteurs de l'engagement collectif, contribueraient à soutenir la relance. L'expérience des professionnels invite également à penser aux façons dont les interventions humanitaires peuvent malencontreusement exacerber des dynamiques sociopolitiques délétères, accentuant la portée traumatogène des catastrophes, leur faisant écho. Cette thèse suggère finalement que les multiples transmissions, modulées par les relations de pouvoir, se situent au cœur de la clinique du trauma, dont les réverbérations sur les plans intersubjectifs, organisationnels et sociopolitiques peuvent mener à des répétitions traumatiques rencontrées dans la catastrophe - ou encore soutenir le mouvement qui sous-tend sa traversée.

Post-scriptum

[En] matière de relations entre communautés, l'oubli est une manière particulière et unilatérale d'établir des rapports avec les autres, mais la

mémoire (...) ne peut être que commune à tous. (...). Chacun de nous a besoin de la mémoire de l'autre, parce qu'il n'y va pas d'une vertu de compassion ni de charité, mais d'une lucidité nouvelle dans un processus de la Relation. Et si nous voulons partager la beauté du monde, si nous voulons être solidaires de ses souffrances, nous devons apprendre à nous souvenir ensemble.

-Edouard Glissant, Philosophie de la relation

Dans une conversation avec une informatrice, peu de temps avant le dépôt de cette thèse, je lui faisais part de mon souhait de voir les cliniciens de Port-au-Prince faire circuler leurs réflexions sur leurs expériences, au-delà des résultats de cette thèse que je lui présentais. Peu de choses avaient en effet été publiées. Il me semblait important qu'on puisse collectivement profiter de l'expérience acquise par ces acteurs clés dans la traversée du séisme, alors que les catastrophes naturelles menacent de plus en plus notre planète. Sa réaction, après un moment de réflexion, révélait une certaine ambivalence. Parmi les collègues qu'elle connaissait, ce désir n'y était pas. Du moins pas pour l'instant. Elle suggérait que quelque chose s'était refermé, bien que la blessure demeure vive; les gens souhaitaient passer à autre chose. Toutefois, la question de la mémoire la préoccupait : Comment faire en sorte qu'on puisse apprendre de ces événements et du travail accompli? Comment éviter de reproduire les erreurs du passé?

Les désirs conflictuels de mémoire et d'oubli rapportés par cette informatrice pourraient ainsi demeurer d'actualité pour les cliniciens, survivants du tremblement de terre. Certaines formes de transmissions s'en trouveraient possiblement compromises. En ce sens, ma posture d'extériorité et la distance expérientielle face au sujet de cette thèse, tout en limitant la compréhension que je pouvais en avoir, a peut-être également rendu ce projet envisageable. Pour le dire autrement, il est possible qu'une forme d'altérité m'ait permis d'aborder ce sujet, de façon partielle, dégageant un espace où quelque chose pouvait se transmettre, se réfracter, se transformer et transformer en retour. Toutefois, les propos échangés avec cette informatrice témoignent également de la douleur encore vive, et des difficultés qu'ont pu soulever les entretiens de cette étude pour les participants. La recherche en contexte extrême exige également qu'on

s'interroge sur sa potentielle violence et de faire le deuil d'une position entièrement bienveillante. À ce propos, les mots de Glissant sont chargés de sens et nous interrogent sur ce besoin de la mémoire de l'autre, et celui de l'oubli.

ANNEXE A

PROFILS DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

Profil des 22 participants à la recherche

Caractéristiques		<i>n</i>
Genre		
	Féminin	16
	Masculin	6
Âge⁷⁶		
	20-29	2
	30-39	7
	40-49	7
	50 et plus	6
Profession		
	Psychologue	16
	Travailleur social	3
	Médecin thérapeute	2
	Psychiatre	1
Cycle d'études complétées		
	1er cycle	5
	2ème cycle	11
	3ème cycle	6
Lieu de l'obtention du dernier diplôme universitaire		
	Haïti	8
	Étranger	14
Années d'expérience de travail		
	2.5 à 5	5
	6 à 10	6
	11 à 20	6
	21 à 30	3
	31 et plus	2
Milieus de travail ⁷⁷		
	ONGI	16
	ONG haïtienne	14
	Secteur privé	10
	Secteurs publics ⁷⁸	7

⁷⁶ Les données sur l'âge et les années d'expérience sont présentées sous forme de tranches afin d'éviter de divulguer des informations qui permettrait de reconnaître les sujets.

⁷⁷ La majorité des professionnels avaient travaillé dans plusieurs cadres différents depuis le début de leur pratique. Il faut noter que les ONGI et ONG sont parfois difficiles à distinguer, compte tenu des multiples partenariats.

⁷⁸ Cette catégorie regroupe des emplois dans les secteurs de la santé (3) universitaire (3) et gouvernementaux (1)

ANNEXE B

CANEVAS D'ENTREVUE

Canevas d'entrevue

Travail clinique

- Pouvez-vous d'abord me parler brièvement de votre travail actuel?
- Pourriez-vous me décrire le travail clinique que vous avez réalisé depuis le séisme?

Accompagnement des patients

- Selon votre expérience, qu'est-ce qui était le plus difficile pour les personnes accompagnées?
- Selon vous, qu'est-ce qui était le plus soutenant pour les personnes qui venaient vous consulter?

Expérience du clinicien

- Comment les choses se sont passées pour vous suite au séisme? (cette question peut toucher les dimensions personnelles et/ou professionnelles)
- Qu'est-ce qui vous a aidé/aide actuellement sur les plans professionnels et personnel?
- Qu'est-ce qui a été /demeure plus difficile?
- Comment avez-vous composé avec ces enjeux?

Changements

- Diriez-vous que les expériences que vous m'avez partagées ont changé quelque chose pour vous? Si oui, comment? (plans personnels et professionnels)

Perspective globale

- Il y a eu plusieurs initiatives nationales et internationales en santé mentale en Haïti suite au séisme. Qu'en avez-vous pensé?

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

Titre de la recherche : « *L'accompagnement de personnes ayant vécu des événements traumatiques: Expériences et perspectives d'acteurs clés à Port-au-Prince* »

Chercheuse responsable du projet

Cette recherche est menée par Annie Jaimes, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

Objectifs du projet

À partir du point de vue d'acteurs clés, cette étude a pour objectif de mieux comprendre ce qui aide les personnes à faire face aux événements traumatiques. Cette recherche vise aussi à mieux comprendre ce qui soutient le travail des acteurs clés qui accompagnent les personnes ayant vécu de tels événements.

Nature de la participation

Votre participation consistera à la réalisation d'environ une heure trente ou deux heures. Un formulaire démographique sera aussi rempli.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous pouvez, à tout moment, refuser de répondre à certaines questions, ou mettre fin à votre participation sans explications ni préjudice.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Votre nom ne sera jamais utilisé dans les résultats de la recherche et tout détail qui permettrait de vous reconnaître serait déguisé. Les données anonymes seront gardées dans un endroit sous clef, et détruites après 10 ans.

Inconvénients

Il n'y a pas d'inconvénients à cette recherche. Il est possible que certaines questions évoquent des thèmes difficiles. Vous êtes libre de ne pas répondre aux questions ou de mettre fin à l'entrevue.

Bénéfices

Il n'y a pas d'avantage personnel à participer à cette recherche. Cependant cette étude permettra de mieux comprendre ce qui peut soutenir les personnes et les familles ayant vécu des événements difficiles, à partir du point de vue d'acteurs clés. Elle permettra aussi de comprendre ce qui soutient le travail de ces acteurs clés.

Résultats de la recherche et publication

Les données seront utilisées pour réaliser le projet de recherche doctorale décrit dans ce formulaire. Des conférences et publications seront produites. Votre nom n'apparaîtra pas dans ces communications.

Surveillance des aspects éthiques

Le comité d'éthique départemental de psychologie de l'Université du Québec à Montréal a approuvé ce projet de recherche. Pour toutes questions concernant cette recherche vous pouvez contacter Annie Jaimes au 509.48.13.91.10 ou par courriel à une des adresses suivantes : jaimes.annie@courrier.uqam.ca ou annie.jaimes@gmail.com.

Consentement libre et éclairé

Je, _____, déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Par la présente, j'accepte de participer librement au projet.

J'accepte de participer à la recherche :	Oui ☐	Non ☐
J'accepte que l'entrevue soit enregistrée :	Oui ☐	Non ☐

Signature: _____

À _____ (lieu), le _____ 20__.

Déclaration de la chercheuse

Je, _____, certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

À _____ (lieu), le _____ 20__.

RÉFÉRENCES

- Abu-Lughod, L. (2008). Writing against culture. In T. Oakes, & Price, Patricia L. (Ed.), *The Cultural Geography Reader* (pp. 62-71). London; New York: Routledge.
- Adler, P. A., & Adler, P. (2002). The reluctant respondent. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research : context & method*. Thousand Oaks Calif: Sage Publications.
- Akinsulure-Smith, A. M., & Keatley, E. (2014). Secondary Trauma and Local Mental Health Professionals in Post Conflict Sierra Leone. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(2), 125-135. doi: 10.1007/s10447-013-9197-5
- ALNAP. (2003). Global Study on Consultation and Participation of Disaster-affected Populations. Country-Monograph: The case of Angola. London: ALNAP. Overseas Development Institute.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th text-revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amundson, J. K., & Ross, M. W. (2016). The Wounded Healer: From the Other Side of the Couch. *The American journal of clinical hypnosis*, 59(1), 114-121. doi: 10.1080/00029157.2016.1163657
- Antares Foundation. (2006). Managing Stress in Humanitarian Aid Workers. Guidelines for Good Practice. Amsterdam: Antares Foundation.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod, 1985.
- Anzieu, D. (1987). *Les Enveloppes psychiques*. Paris: Dunod, 1987.
- Ayres, L., Kavanaugh, K., & Knafl, K. A. (2003). Within-Case and Across-Case Approaches to Qualitative Data Analysis. *Qualitative Health Research*, 13(6), 871-883. doi: 10.1177/1049732303013006008
- Bacqué, M.-F. (2003a). Deuil Post-Traumatiques et catastrophes naturelles. *L'Esprit du temps/ Études sur la mort*, 123(1), 111-130.
- Bacqué, M.-F. (2003b). Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique. *L'Esprit du temps / Études sur la mort*, 123(1), 131-141.

- Bacqué, M. F. (2006). Deuils et traumatismes. *Annales médico-psychologiques*, 164(4), 357-363. doi: 10.1016/j.amp.2006.02.006
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2000). *Le deuil* (7 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bala, J. (2005). Beyond the personal pain. In D. Ingleby (Ed.), *Forced migration and mental health rethinking the care of refugees and displaced persons* (pp. 169-182). New York: Springer.
- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice*, 13(3), 257-274. doi: 10.1080/14753630701455796
- Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 249-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019784>
- Baussion, J. (2014). Le psychologue au cœur du séisme. *Perspectives Psy*, 53(2), 124-128. doi: 10.1051/psy/2014532124
- Bauwens, J., & Tosone, C. (2010). Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians' perspectives on post-9/11 practice. *Journal of Loss and Trauma*, 15(6), 498-517.
- Bemme, D., & D'Souza, N. A. (2014). Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 850-874. doi: 10.1177/1363461514539830
- Benthall, J. (2018). Humanitarianism as Ideology and Practice. In H. Callan (Ed.), *The International Encyclopedia of Anthropology* (pp. 1-9). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Bernard, H. R. (2002). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative methods* (3rd ed.). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Bettelheim, B. (1943). Individual and mass behavior in extreme situations. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 417-452. doi: 10.1037/h0061208
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British Journal of Psychiatry*, 171(1), 78-81.
- Blackburn, R. (2006). Haiti, Slavery and the Age of Democratic Revolution *The William and Mary Quarterly*, 63(4), 643-674.
- Blais, L., Fournier, M., Kempeneers, M., & Otero, M. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151-163. doi: 10.7202/016377ar
- Blanc, J., Rahill, G. J., Laconi, S., & Mouchenik, Y. (2016). Religious Beliefs, PTSD, Depression and Resilience in Survivors of the 2010 Haiti Earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 190, 697-703. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.046
- Blankenburg, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris: PUF.
- Bokanowski, T. (2005). Variations sur le concept de " traumatisme " : traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse* (3), 891-905.

- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le Carnet PSY*, 155(6), 41-46. doi: 10.3917/lcp.155.0041
- Bolton, P., Surkan, P. J., Gray, A. E., & Desmousseaux, M. (2012). The mental health and psychosocial effects of organized violence: A qualitative study in northern Haiti. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 590-612. doi: 10.1177/1363461511433945
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Bonanno, G. A., & Field, N. P. (2001). Examining the Delayed Grief Hypothesis Across 5 Years of Bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 798-816. doi: 10.1177/0002764201044005007
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When Avoiding Unpleasant Emotions Might Not Be Such a Bad Thing: Verbal-Autonomic Response Dissociation and Midlife Conjugal Bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 975-989. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.975
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(1), 31-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10481885.2013.752700>
- Boulanger, G. (2017). Some dark reality: A community develops skills to cope with shared trauma. In J. L. G. Alpert, Elizabeth R. (Ed.), *Psychoanalysis, trauma, and community: History and contemporary reappraisals*. (pp. 85-90). New York; London: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boulanger, G. (2018). When Is Vicarious Trauma a Necessary Therapeutic Tool? *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 60-69. doi: 10.1037/pap0000089
- Boulanger, G., Floyd, L. M., Nathan, K. L., Poitevant, D. R., & Pool, E. (2013). Reports from the Front: The Effects of Hurricane Katrina on Mental Health Professionals in New Orleans. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(1), 15-30. doi: 10.1080/10481885.2013.752701
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève: Droz.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*: Cambridge, U.K. : Cambridge University Press.
- Bourgeois-Guérin, É., & Rousseau, C. (2014). La survie comme don : réflexions entourant les enjeux de la vie suite au génocide chez des hommes rwandais. *L'Autre*, 15(1), 55-63. doi: 10.3917/lautr.043.0055
- Bourgeois-Guérin, É., & Rousseau, C. (2014). La survie comme don: réflexions entourant les enjeux de la vie suite au génocide chez des hommes rwandais. *L'Autre*, 15(1), 55-63.

- Bracken, P., Giller, J., & Summerfield, D. (2016). Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(6), 506-510.
- Braudel, F. (1969). *Ecrits sur l'histoire*. Paris: Flammarion.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis In H. M. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology* (1st ed., Vol. 2). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 735-742. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20704>
- Brodwin, P. (1996). *Medicine and Morality in Haiti: The Contest for Healing Power*. New York and Cambridge: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BMC Psychology*, 4(18). doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Sage, C. A. M., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health*, 24(6), 385-413. doi: 10.3109/09638237.2015.1057334
- Brown, K. M. (1991). *Mama Lola : a Vodou priestess in Brooklyn*. Berkeley: University of California Press.
- Brunet, L. (2005). Les manifestations de l'archaïque et les fonctions de l'analyste. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 13(1), 57-76.
- Brunt, C. (2016). *Human Resource Management in International NGOs : Exploring Strategy, Practice and Policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Brunt, C., & McCourt, W. (2012). Do international non-governmental organizations walk the talk? Reconciling the 'Two participations' in international development. *Journal of International Development*, 24(5), 585-601. doi: 10.1002/jid.2851
- Bryant, R. A. (2012). Simplifying complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 252-253. doi: 10.1002/jts.21696
- Bryant, R. A., Gallagher, H. C., Gibbs, L., Pattison, P., MacDougall, C., Harms, L., . . . Lusher, D. (2017). Mental health and social networks after disaster. *American Journal of Psychiatry*, 174(3), 277-285. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15111403
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In R. Weiss, Berger, R. & Weiss, T. (Ed.),

- Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cancedda, C., Farmer, P. E., Kerry, V., Nuthulaganti, T., Scott, K. W., Goosby, E., & Binagwaho, A. (2015). Maximizing the Impact of Training Initiatives for Health Professionals in Low-Income Countries: Frameworks, Challenges, and Best Practices. *Plos Medicine*, 12(6), e1001840. doi: 10.1371/journal.pmed.1001840
- Cénat, J. M., & Derivois, D. (2014). Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal of Affective Disorders*, 159, 111-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.025>
- Cénat, J. M., & Derivois, D. (2015). Long-term outcomes among child and adolescent survivors of the 2010 Haitian earthquake. *Depression and Anxiety*, 32(1), 57-63. doi: 10.1002/da.22275
- Cénat, J. M., Derivois, D., & Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti: Le séisme et la culture comme analyseurs. *Psychothérapies*(1), 7-17.
- Cénat, J. M., Derivois, D., & Léveillé, S. (2017). Séisme de janvier 2010 en Haïti : Soutien social, résilience et bien-être chez les adultes survivants. *Revue québécoise de psychologie*, 38(2), 153-166.
- Cerda, M., Paczkowski, M., Galea, S., Nemethy, K., Pean, C., & Desvarieux, M. (2013). Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*, 30(5), 413-424. doi: 10.1002/da.22007
- Césaire, A. (1948). Victor Schoelcher et l'abolition de l'esclavage: Introduction. *Esclavage et Colonisation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Césaire, A. (1956). *Cahier d'un retour au pays natal*. Paris: Présence africaine.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Checchi, F., Warsame, A., Treacy-Wong, V., Polonsky, J., van Ommeren, M., & Prudhon, C. (2017). Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action. *The Lancet*, 390(10109), 2297-2313. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30702-X
- CIA. (2010). CIA World Factbook. Retrieved July 26, 2017, from <https://www.cia.gov/library/publications/download/download-2010/index.html>
- Cicchione, A. (2013). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*(2), 397-433.
- Cicchione, A. (2017). Psychanalyse ou psychothérapie Psychanalytique ? Fondements de la position clinique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7(1), 17-44. doi: 10.3917/jpe.013.0017

- Clark, T. (2008). "We're Over-Researched Here!" Exploring Accounts of Research Fatigue within Qualitative Research Engagements. *Sociology*, 42(5), 953-970.
- Clarke, J. N. (2013). Transitional coordination in Sudan (2006-08): lessons from the United Nations Resident Coordinator's Office. *Disasters*, 37, 420-441.
- Clarke, V., & Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 107-110. doi: 10.1002/capr.12165
- Clitandre, N. T. (2011). Haitian exceptionalism in the Caribbean and the project of rebuilding Haiti. *Journal of Haitian Studies*, 17(2), 146-153.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580. doi: 10.1037/a0030388
- Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., & Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiologic Reviews*, 34(1), 145-155. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxr026>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van Der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (3rd Edition)*: SAGE Publications Inc.
- Coreil, J. (1983a). Parallel structures in professional and folk health care: A model applied to rural Haiti. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7(2), 131-151. doi: 10.1007/BF00051846
- Corin, E., Uchôa, E., & Bibeau, G. (1992). Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*, 24(2), 183-204.
- Corin, E. (1995). Meaning games at the margins: the cultural centrality of subordinated structures *Beyond Textuality: Asceticism violence in anthropological interpretation* (pp. 173-195).
- Corin, E. (1997). Playing with Limits: Tobie Nathan's Evolving Paradigm in Ethnopsychiatry. *Transcultural Psychiatry*, 34(3), 345-358. doi: 10.1177/136346159703400304
- Corin, E. (2010). Le heurt des langues: Psychanalyse et anthropologie en dialogue. *Anthropologie et Sociétés*, 34(3), 9-23.
- Corin, E. (2013). Entre le même et l'autre, l'altérité comme passeur. *L'information psychiatrique*, 89(6), 435-442. doi: 10.3917/inpsy.8906.0435
- Corin, E., Thara, R., & Padmavati, R. (2004). Living through a staggering world: The play of signifiers in early psychosis in South India. In J. H. Jenkins & R. J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (pp. 110-145). Cambridge: Cambridge University Press.
- Costantini, D. (2008). *Mission civilisatrice: Le rôle de l'histoire coloniale dans la construction de l'identité politique française*. Paris: La Découverte.

- Côté, D. (2014). Un espace politique menacé. Le mouvement féministe haïtien et les effets pervers de l'aide humanitaire. In N. Thede & M. Dufour-Ooirier (Eds.), *L'Amérique Latine. Laboratoire du politique autrement* (pp. 123-140). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Crane, K., Dobbins, J., Miller, L. E., Ries, C. P., Chivvis, C. S., Haims, M. C., . . . Wilke, E. (2010). *Building a more resilient Haitian state*: RAND Corporation.
- Creswel, J. W., & Zhang, W. (2009). The application of mixed methods designs to trauma research. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 612-621.
- Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., & Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 188. doi: 10.1186/s12888-016-0891-9
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Das, V. (1997). Language and body: transactions in the construction of pain. In A. Kleinman, Das, Veena, & Lock, Margaret M. (Ed.), *Social Suffering* (pp. 67-92). Berkeley: University of California Press.
- Dash, J. M. (2001). *Culture and customs of Haiti*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dekel, R., Nuttman-Shwartz, O., & Lavi, T. (2016). Shared Traumatic Reality and Boundary Theory: How Mental Health Professionals Cope With the Home/Work Conflict During Continuous Security Threats. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 15(2), 121-134. doi: 10.1080/15332691.2015.1068251
- Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 331-350. doi: 10.3917/rfp.702.0331
- Denis, P. (2010). *Rives et dérives du contre-transfert*. Paris: PUF.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed., ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Deren, M. (1983). *Divine Horsemen: The Living Gods of Haiti*. New Paltz, NY: McPherson.
- Derivois, D. (2013). Vers une psychanalyse transculturelle et généraliste. Entretien avec René Roussillon. *L'Autre*, 14(3), 271-283. doi: 10.3917/la.042.0271
- Derivois, D. (2017). *Clinique de la mondialité: Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres*: Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Desantis, L., & Thomas, J. T. (1990). The Immigrant Haitian Mother: Transcultural Nursing Perspective on Preventive Health Care for Children. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(1), 2-15. doi: 10.1177/104365969000200102
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion, 1980.
- Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris Flammarion.

- Disaster Emergency Committee. (2015). Haiti earthquake facts and figures. Retrieved July 27, 2017, from <https://www.dec.org.uk/articles/haiti-earthquake-facts-and-figures>
- Dodds, P. (2017, July 25th). More than 100 UN peacekeepers ran a child sex ring in Haiti. None were ever jailed, *The Star*. Retrieved from <https://www.thestar.com/news/world/2017/04/12/un-peacekeepers-child-sex-ring-left-victims-but-no-arrests.html>
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge & K. Paul.
- Dow, J. (1986). Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis. *American Anthropologist*, 88(1), 56-69. doi: 10.1525/aa.1986.88.1.02a00040
- Droždek, B., & Wilson, J. P. (2007). *Voices of trauma treating psychological trauma across cultures*. New York: Springer.
- Dubois, L. (2012). *Haiti : the aftershocks of history* (1st ed.). New York: New York : Henry Holt and Co.
- Dupuy, A. (2012). The neoliberal legacy in Haiti. In M. Schuller, & Morales, Pablo (Ed.), *Tectonic shifts: Haiti since the earthquake* (pp. 23-27). Sterling, Va.: Kumarian Press.
- Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and variations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 713-724. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000180>
- Erichsen, J. E. (1867). *On railway and other injuries of the nervous system*. Philadelphia: Walton and Meberly.
- Ewing, K. P. (1990). The Illusion of Wholeness: Culture, Self and the Experience of Inconsistency. *Ethos*, 18(3), 251-278. doi: 10.1525/eth.1990.18.3.02a00020
- Fabian, J. (1983). *Time and the other: How anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press, 1983.
- Fabrega, H. (1979). Elementary systems of medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3(2), 167-198.
- Fan, L. (2013). Disaster as opportunity? Building back better in Aceh, Myanmar and Haiti. HPG Working Paper. London: Humanitarian Policy Group.
- Fanon, F. (1968). *Les damnés de la terre*. Paris: Maspero.
- Farber, B. A., Manevich, I., Metzger, J., & Saypol, E. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road? *Journal of Clinical Psychology*, 61(8), 1009-1031. doi: 10.1002/jclp.20174
- Farmer, P. (1988). Bad blood, spoiled milk: bodily fluids as moral barometers in rural Haiti. *American Ethnologist*, 15(1), 62-83. doi: 10.1525/ae.1988.15.1.02a00050
- Farmer, P. (1992). The Birth of the Klinik. A Cultural History of Haitian Professional Psychiatry. *Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries*, 251.
- Farmer, P. (1994). *The Uses of Haiti*. Monroe ME: Common Courage Press.

- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325. doi: 10.1086/382250
- Farmer, P. (2004). Who removed Aristide? *The London Review of Books*, 26(8), 28-31.
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of power : health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2011). *Haiti after the earthquake*. New York: Public Affairs.
- Farmer, P. (2011, July 29th). Partners in help: assisting the poor over the long term, *Foreign Affairs*. Retrieved from Retrieved from <http://www.foreignaffairs.com/articles/68002/paul-farmer/partners-in-help>
- Farmer, P. (2012). Accompaniment in aid delivery: a concept note. R  tr  ved from: http://www.lessonsfromhaiti.org/download/Report_Center/accompaniment-in-aid-deliverycon
- Fassin, D. (2007). *L'empire du traumatisme : enqu  te sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. doi: 10.1177/160940690600500107
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of Tongues Between the Adult and the Child (The Language of Tenderness and of Passion). *The International Journal of Psycho-Analysis*, 30(4), 225-230.
- Fernandez-Duque, D. (2017). Lay Theories of the Mind/Brain Relationship and the Allure of Neuroscience. In C. M. Zedelius, B. C. N. M  ller & J. W. Schooler (Eds.), *The Science of Lay Theories: How Beliefs Shape Our Cognition, Behavior, and Health* (pp. 207-227). Cham: Springer International Publishing.
- Fernando, S. (2014). Globalization of psychiatry – A barrier to mental health development. *International Review of Psychiatry*, 26(5), 551-557. doi: 10.3109/09540261.2014.920305
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD: The Sidran Press.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris, France: Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1997). "Il faut défendre la société" : *Cours au Collège de France (1975-1976)*. Paris: Seuil/Gallimard.
- Frank, H., & Paris, J. (1987). Psychological Factors in the Choice of Psychiatry as a Career. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 32(2), 118-122. doi: 10.1177/070674378703200208

- Freud, S. (1915 [2004]). Deuil et Mélancolie. Extrait de Métapsychologie. (Republié). *Sociétés*, 86(4), 7-19. doi: 10.3917/soc.086.0007
- Freud, S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1919 [1955]). Introduction to Psycho-Analysis and the War Neurosis *Standard Edition of the complete psychological work of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 205-210). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Au delà du principe de plaisir. *Essais de psychanalyse* (pp. 7-81). Paris: Petite bibliothèque Payot (1963).
- Freud, S. (1924). Psychologie collective et analyse du moi. *Essais de psychanalyse* (pp. 83-164). Paris: Petite bibliothèque Payot (1963).
- Freud, S., & Breuer, J. (1895 [1956]). *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF.
- Fricchione, G. L., Borba, C. P. C., Alem, A., Shibre, T., Carney, J. R., & Henderson, D. C. (2012). Capacity Building in Global Mental Health: Professional Training. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 47-57. doi: 10.3109/10673229.2012.655211
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM5 : Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548-556. doi: 10.1002/jts.21840
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769. doi: 10.1002/da.20767
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. doi: 10.1177/002234336900600301
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience : perils and possibilities*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gil, S. (2015). Is Secondary Traumatization a Negative Therapeutic Response? *Journal of Loss and Trauma*, 20(5), 410-416. doi: 10.1080/15325024.2014.921036
- Glaser, B., & Strauss, A. (1964). Awareness contexts and social interaction. *American sociological review*, 29(5), 669-678.
- Godelier, M. (1995). L'énigme du don, I. Le legs de Mauss. *Social Anthropology*, 3(1), 15-47. doi: 10.1111/j.1469-8676.1995.tb00291.x
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental Health Consequences of Disasters. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 169-183. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182435
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience : an anthropological perspective*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Good, B., & Hinton, D. E. (2015). *Culture and PTSD trauma in global and historical perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2015.
- Good, M.-J. D., Hyde, S. T., Pinto, S., & Good, B. (2008). *Postcolonial disorders*. Berkeley: University of California Press.

- Goodwin-Gill, G., & McAdam, J. (2017). UNHCR and climate change, disasters and displacement: UNHCR.
- Goyet, C. d. V., Sarmiento, J. P., & Grünewald, F. (2011). *La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti Janvier 2010*. Washington, D.C.: Organisation panaméricaine de la Santé.
- Granek, L. (2017). The Transnational Affective Kaleidoscope as a Research Tool in Qualitative Research. *Qualitative Psychology*, 4(3), 287-301. doi: 10.1037/qup0000071
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The Roles of Individual and Organizational Factors in Burnout among Community-Based Mental Health Service Providers. *Psychological services*, 11(1), 41-49. doi: 10.1037/a0035299
- Green, J., Willis, K., Hughes, E., Small, R., Welch, N., Gibbs, L., & Daly, J. (2007). Generating best evidence from qualitative research: The role of data analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(6), 545-550. doi: 10.1111/j.1753-6405.2007.00141.x
- Greene, M. C., Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Ventevogel, P., Kirmayer, L. J., Hassan, G., . . . Tol, W. A. (2017). Addressing culture and context in humanitarian response: preparing desk reviews to inform mental health and psychosocial support. *Conflict and Health*, 11(1), 1-10. doi: 10.1186/s13031-017-0123-z
- Grimaud, J., & Legagneur, F. (2011). Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti. *Intervention*, 9(1), 26-34.
- Grunewald, F., & Binder, A. (2010). Inter-agency real time evaluation in Haiti: 3 months after the earthquake *Groupe URD and Global Public Policy Institute*.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2016). Annual Disaster Statistical Review 2015: The Numbers and Trends. Brussels CRED.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., Below, R., Vos, F., & Ponserre, S. (2011). Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends. Brussels: CRED.
- Guha-Sapir, D., Vos, F., Below, R., & Ponserre, S. (2012). Annual disaster statistical review 2011: The numbers and trends: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED).
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277-302. doi: 10.1080/0308514042000225671
- Hall, S. (1996). Introduction : Who needs 'Identity'. In S. Hall & P. du Guay (Eds.), *Questions of Cultural Identity* (pp. 1-17). London: Sage Publications.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575. doi: 10.2307/3178066
- Harris, J. I., Leskela, J., & Hoffman-Konn, L. (2016). Provider lived experience and stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 604-609. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000179>
- Harrison, L. E. (1993). Voodoo politics. *The Atlantic Monthly*, 271(6), 101.

- Hartman, C. W., & Squires, G. D. (2006). *There is no such thing as a natural disaster : race, class, and Hurricane Katrina*. New York: Routledge.
- Haver, K. (2007). Duty of care? Local staff and aid worker security. *Forced Migration Review*(28), 10-11.
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Hergenhahn, B. R. (2007). *Introduction à l'histoire de la psychologie*. Mont-Royal, Québec: Groupe Modulo, 2007.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious Resilience, Vicarious Trauma, and Awareness of Equity in Trauma Work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153-172. doi: 10.1177/0022167814534322
- Herz, A. (2010, July 23rd). How to write about Haiti, *Huffington Post*. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/crossover-dreams/a-guide-for-american-jour_b_656689.html
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernandez, R. (2010). A critical review of DSM-IV-TR's diagnosis of PTSD from a cross-cultural perspective. *Depression and Anxiety*, Published Online. doi: doi 10.1002/da.20753.
- Hobfoll, S. E., Tirone, V., Holmgreen, L., & Gerhart, J. (2016). Conservation of Resources Theory Applied to Major Stress *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress* (pp. 65-71).
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Hoffmann, L. F. (1990). *Haïti: couleurs croyances créole*. Montréal: Centre international de documentation et d'information haïenne, caraïbéenne et afro-canadienne.
- Holland, D. C., Lachicotte, W., Skinner, D., & Cain, C. (1998). *Identity and agency in cultural worlds*. Cambridge Harvard University Press.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., & Bonanno, G. A. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Hoshmand, T. (2007). Cultural-Ecological Perspectives on the Understanding and Assessment of Trauma. In Wilson & S.-K. Tang (Eds.), *Cross cultural assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 31-50.). New York: Springer.
- Human Rights Watch. (2007). *World Report 2007 - Events of 2006*. New York: Human Rights Watch.

- Husseini, M., Mouchenik, Y., & Moro, M. (2015). Figuration of Haiti's native collective history through its traumatic reverberation. *L'Autre*, 16(1), 28-37.
- Husseini, M. E., Skandrani, S., Sahab, L. T., Dozio, E., & Moro, M. R. (2016). Countertransference in Trauma Clinic: A Transitional Breach in the Therapists' Identity. In G. El-Baalbaki & C. Fortin (Eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder - from Theory to Practice* (pp. Ch. 08). Rijeka: InTech.
- IASC. (2007). Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
- IASC. (2014). Review of the Implementation of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
- IESM-OMS. (2011). Rapport sur le système de santé mentale en Haïti.
- Isaranuwatthai, W., Coyte, P. C., McKenzie, K., & Noh, S. (2017). The 2004 tsunami and mental health in Thailand: a longitudinal analysis of one and two year post disaster data. *Disasters*, 41(1), 150-170. doi: 10.1111/disa.12188
- Iyamuremye, J., & Brysiewicz, P. (2010). Exploring secondary traumatic stress in mental health nurses working in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 12(2), 96-106.
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2012). Challenges encountered by mental health workers in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 14(1), 63-75.
- Jaimes, A., Hassan, G., & Rousseau, C. (accepté). Hurtful gifts? Trauma and Growth Transmission among Local Clinicians in Post-Earthquake Haiti *Journal of Traumatic Stress*.
- James, E. C. (2010). *Democratic insecurities: Violence, trauma, and intervention in Haiti*. Berkeley: University of California Press.
- James, E. C. (2015). Culture, Trauma, and the Social Life of PTSD in Haiti. In B. Good & D. E. Hinton (Eds.), *Culture and PTSD trauma in global and historical perspective* (pp. 359-386). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- James, L. E., & Noel, J. R. (2013). Lay mental health in the aftermath of disaster: Preliminary evaluation of an intervention for haiti earthquake survivors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 15(2), 165-178.
- James, L. E., Noel, J. R., & Pierre, Y. M. R. J. (2014). A mixed-methods assessment of the experiences of lay mental health workers in postearthquake Haiti. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 152-163. doi: 10.1037/h0099387
- Jansen, S., White, R., Hogwood, J., Jansen, A., Gishoma, D., Mukamana, D., & Richters, A. (2015). The "treatment gap" in global mental health reconsidered: sociotherapy for collective trauma in Rwanda. *Eur J Psychotraumatol*, 6, 28706. doi: 10.3402/ejpt.v6.28706
- Jenkins, J. (1996). Culture, emotion, and PTSD. In M. F. A. Marsella, E. Gerrity, & R. Scurfield (Ed.), *Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder* (pp. 165-182). Washington, DC: American Psychological Association.

- Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, 117(4), 33-39. doi: 10.3917/lcp.117.0033
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643. doi: 10.3917/jpe.004.0643
- Kaiser, B. N. (2015). *An anthropological investigation of mental health in Haiti: Language, measurement, and the socio-spiritual world*. (10010019 Ph.D.), Emory University, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Kaiser, B. N., McLean, K. E., Kohrt, B. A., Hagaman, A. K., Wagenaar, B. H., Khoury, N. M., & Keys, H. M. (2014). Reflechi twòp—Thinking too much: Description of a cultural syndrome in haiti's central plateau. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 38(3), 448-472.
- Karray, A., Cénat, J. M., Derivois, D., Anaut, M., & Jacome, M.-C. (2017). Soigner aux frontières: Regard psychodynamique sur le quotidien traumatique des soignants/réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 79-98.
- Kelly, A., & Roberts, J. (2010). Is Haiti's health system any better? A report calling for a more coordinated, collaborative approach to disaster response. Merlin Report.
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A.-R. T. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine*, 75(3), 555-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.040
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The psychoanalytic study of the child*, 18(1), 286-306.
- Khan, M. M. R. (1971). Infantile neurosis as a false-self organization. *The Psychoanalytic Quarterly*, 40(2), 245-263.
- Khan, M. R. (1987). Introduction. In D. W. Winnicott (Ed.), *Holding and Interpretation. Fragments of an analysis* (pp. 1-18). New York: Grove Press.
- Khoury, N., Kaiser, B., Keys, H., Brewster, A.-R., & Kohrt, B. (2012). Explanatory Models and Mental Health Treatment: Is Vodou an Obstacle to Psychiatric Treatment in Rural Haiti? *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36(3), 514-534. doi: 10.1007/s11013-012-9270-2
- Kirmayer, L. J. (1996). Confusion of the senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In F. M. Marsella AJ, Gerrity ET, Scurfield RM (Ed.), *thnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*, (pp. 131-163.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kirmayer, L. J. (2003). Asklepian dreams: the ethos of the wounded-healer in the clinical encounter. *Transcultural Psychiatry*, 40(2), 248.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E., & Guzder, J. (2003). *The cultural context of clinical assessment in psychiatry* (3rd ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257. doi: 10.1177/1363461506070794

- Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (2014). *Cultural consultation encountering the other in mental health care*: New York : Springer.
- Kirmayer, L. J., Kienzler, H., Afana, A. H., & Pedersen, D. (2010). Trauma and disasters in social and cultural context. *Principles of social psychiatry*, 2, 155-177.
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 45(5), 438-446.
- Kirmayer, L. J., & Pedersen, D. (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 759-776. doi: 10.1177/1363461514557202
- Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In M. Klein (Ed.), *Deuil et Dépression* (pp. 169-177). Paris: Dunod.
- Klein, M. (1939). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In M. Klein (Ed.), *Deuil et Dépression*. Paris: Dunod.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 151, 447.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1997). "Everything that really matters": social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harvard Theological Review*, 90(3), 315.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social science & medicine*, 11(1), 3. doi: 10.1016/0037-7856(77)90138-X
- Kligerman, M., Walmer, D., & Merrell, S. B. (2015). The socioeconomic impact of international aid: A qualitative study of healthcare recovery in post-earthquake Haiti and implications for future disaster relief. *Glob Public Health*, 1-14. doi: 10.1080/17441692.2015.1094111
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: an examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 459. doi: 10.1177/000306515900700304
- Kolbe, A. R. (2015). 'It's Not a Gift When It Comes with Price': A Qualitative Study of Transactional Sex between UN Peacekeepers and Haitian Citizens.(Research article)(Report). *Stability: International Journal of Security and Development*, 4(1). doi: 10.5334/sta.gf
- Kolbe, A. R., & Hutson, R. A. (2006). Human rights abuse and other criminal violations in Port-au-Prince, Haiti: A random survey of households. *The Lancet*, 368(9538), 864-873. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69211-8

- Kraepelin, E. (1920). Die erscheinungsformen des irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 62(1), 1-29.
- Labelle, M. (1978). *Idéologie de couleur et classes sociales en Haïti*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés*. Paris: Pensée sauvage.
- Lachal, C. (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, 253(10), 50-54. doi: 10.3917/jdp.253.0050
- Laferrière, D. (2010). *Tout bouge autour de moi*. Montréal: Mémoire d'encrier.
- Laguerre, M. (1987). *Afro-Caribbean folk medicine*: Bergin and Garvey Publishers, Inc.
- Lahire, B. (1996). La variation des contextes dans les sciences sociales. Remarques épistémologiques. *Annales*, 51(2), 381-407. doi: 10.3406/ahess.1996.410853
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse*: Paris: Presses Universitaires de France.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- Lemay-Hebert, N. (2011). The "Empty-Shell" Approach: The Setup Process of International Administrations in Timor-Leste and Kosovo, Its Consequences and Lessons. *International Studies Perspectives*, 12(2), 190-211. doi: 10.1111/j.1528-3585.2011.00427.x
- Lemay-Hébert, N. (2014). Resistance in the Time of Cholera: The Limits of Stabilization through Securitization in Haiti. *International Peacekeeping*, 21(2), 198-213. doi: 10.1080/13533312.2014.910399
- Lemay-Hébert, N., Martel, A., & Robitaille, P. (2018). Haïti: tensions entre aide humanitaire et développement dans le secteur de la santé. from <http://alternatives-humanitaires.org/en/2018/07/03/haiti-tensions-between-aid-relief-and-development-in-the-health-sector/>
- Lembcke, J. (1998). *The spitting image : myth, memory, and the legacy of Vietnam*. New York: New York University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris: Paris Plon.
- Levy, S. (2004). Containment and validation: Working with survivors of trauma. In A. Lemma & S. Levy (Eds.), *The perversion of loss: psychoanalytic perspectives on trauma*. New York: Brunner-Routledge.
- Lister, S. (2000). Power in partnership? An analysis of an NGO's relationship with its partners. *Journal of international development*, 12(2), 227-240.
- Little, M. (1987). Le contre-transfert et la réponse qu'y apporte le patient. In M. Little (Ed.), *Le Contretransfert*. Paris: Navarin.
- Lock, M., & Scheper-Hughes, N. (1990). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 3, 47-73.

- Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., . . . Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 7(9), e44948. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>
- Lotfi, T., Bou-Karroum, L., Darzi, A., Hajjar, R., El Rahyel, A., El Eid, J., . . . Akl, E. (2016). Coordinating the Provision of Health Services in Humanitarian Crises: a Systematic Review of Suggested Models. *PLoS Currents*, 8, ecurrents.dis.95e78d95a93bbf99fca68be64826575fa. doi: [10.1371/currents.dis.95e78d95a93bbf99fca68be64826575fa](http://dx.doi.org/10.1371/currents.dis.95e78d95a93bbf99fca68be64826575fa)
- Maercker, A., & Hecker, T. (2016). Broadening perspectives on trauma and recovery: a socio-interpersonal view of PTSD†. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29303. doi: [10.3402/ejpt.v7.29303](http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.29303)
- Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 465-481.
- Maguire, R. E. (1995). *Demilitarizing public order in a predatory state: The case of Haiti*. Coral Gables, Fla.: North-South Center Press, University of Miami.
- Mahoney, D., & Markel, B. (2016). An Integrative Approach to Conceptualizing and Treating Complex Trauma. *Psychoanalytic Social Work*, 23(1), 1-22. doi: [10.1080/15228878.2015.11104640](http://dx.doi.org/10.1080/15228878.2015.11104640)
- Malkki, L. H. (2015). *The Need to Help: The Domestic Arts of International Humanitarianism*. Durham: Duke University Press.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: [10.1177/1403494812465030](http://dx.doi.org/10.1177/1403494812465030)
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi: [10.1177/1049732315617444](http://dx.doi.org/10.1177/1049732315617444)
- Maqueda, F. (2005). L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne. *L'Autre*(1), 111.
- Marcelin, L. H., Cela, T., & Shultz, J. M. (2016). Haiti and the politics of governance and community responses to Hurricane Matthew. *Disaster Health*, 3(4), 151-161. doi: [10.1080/21665044.2016.1263539](http://dx.doi.org/10.1080/21665044.2016.1263539)
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., & Fairbank, J. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907. doi: [10.1176/ajp.151.6.902](http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.6.902)
- Marotte, C., & Razafimbahiny, H. R. (1997). *Mémoire oubliée: Haïti 1991-1995*: Éditions Regain [Montréal]: CIDIHCA.
- Mars, L. (1953). Introduction à l'ethnopsychiatrie. *Bulletin de l'Association médicale haïtienne*. Port-au-Prince : Imprimerie de l'État.

- Martel, A. (2013). *La coordination humanitaire en Haïti suite au séisme : le mécanisme des clusters, un enjeu de gouvernance*. Université du Québec à Montréal. Retrieved from <http://www.archipel.uqam.ca/6663/>
- Mauss, M. (1923). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *L'Année Sociologique*, 1(1), 30-186.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative research design an interactive approach* (2 ed. Vol. 29). Portland: Ringgold Inc.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176(6), 589-593. doi: 10.1192/bjp.176.6.589
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. doi: 10.1007/bf00975140
- McGannon, K. R., & Smith, B. (2015). Centralizing culture in cultural sport psychology research: The potential of narrative inquiry and discursive psychology. *Psychology of Sport and Exercise*, 17, 79-87. doi: 10.1016/j.psychsport.2014.07.010
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual review of psychology*, 54(1), 229-252.
- Mekki-Berrada, A., Rousseau, C., & Bertot, J. (2001). Research on Refugees: Means of Transmitting Suffering and Forging Social Bonds. *International Journal of Mental Health*, 30(2), 41-57. doi: 10.1080/00207411.2001.11449518
- Merlin. (2011). Is Haiti's health system any better? London: Merlin.
- Métraux, A. (1958). *Le vaudou haïtien* (2nd ed.). Paris: Gallimard.
- Metzl, J. (2012). Structural Competency. *American Quarterly*, 64(2), 213-218. doi: 10.1353/aq.2012.0017
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
- Midgley, N. (2006). Psychoanalysis and qualitative psychology: Complementary or contradictory paradigms? *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 213-231.
- Miles, M. B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, G. (2014). Is the agenda for global mental health a form of cultural imperialism? *Medical Humanities*, 40(2), 131-134. doi: 10.1136/medhum-2013-010471
- Miller, K., & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129-138. doi: 10.1017/s2045796016000172
- Miller, K. E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H., & Rasmussen, A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 219-237. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1363461509105813>

- Mills, S. (2016). *Une place au soleil : Haïti, les Haïtiens et le Québec*: Montréal: Mémoire d'Encrier.
- Ministère de la santé publique et de la population. (2012). Politique nationale de sante Retrieved June 2016, from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%2021juillet%20version%20finale.pdf>
- Minn, P. (2016). Components of a Moral Economy: Interest, Credit, and Debt in Haiti's Transnational Health Care System. *American Anthropologist*, 118(1), 78-90. doi: 10.1111/aman.12500
- Minn, P. H. (2011). "Where they need me": the moral economy of international medical aid in Haiti. McGill University. Retrieved from http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full¤t_base=GEN01&object_id=104501
- Mintz, S. W. (1986). *Sweetness and power: The place of sugar in modern history*. New York: Penguin Books.
- Modell, A. H. (1976). "The Holding Environment" And The Therapeutic Action Of Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(2), 285-307. doi: 10.1177/000306517602400202
- Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec* 17(2), 71.
- Moro, M. R., Rousseau, Cécile. (1998). De la nécessité du métissage en clinique *PRISME*, Vol. 8(no 3), p. 8-19.
- Mouchenik, Y., Dauriac-Le, V. M., Marquer, C., Marty-Chevreuil, A., Georges, R., Derivois, D., & Moro, M. (2017). Trauma and resilience among children 3 to 6 years old in three neighborhoods of Port-au-Prince after the 2010 earthquake in Haiti. *L'Encephale*, 43(1), 27-31.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*: Paris: Dunod.
- Nathan, T., Elbaz, M., & Corin, E. (1993). L'oeil, le poison magique et le talisman. Cause et sens en pratique ethnopsychanalytique. *Anthropologie et Sociétés*, 17(1-2), 99-124. doi: 10.7202/015253ar
- Neria, Y., & Litz, B. T. (2004). Bereavement By Traumatic Means: The Complex Synergy of Trauma and Grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15325020490890660>
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(3), 306-313. doi: 10.1177/1524838015584365
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379-408. doi: 10.1007/BF00054782
- Nicolas, G., Desilva, A. M., Grey, K. S., & Gonzalez-Eastep, D. (2006). Using a Multicultural Lens to Understand Illnesses Among Haitians Living in America.

- Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 702-707. doi: 10.1037/0735-7028.37.6.702
- Nicolas, G., Desilva, A. M., Subreboast, K. L., Breland-Noble, A., Gonzalez-Eastep, D., Manning, N., . . . Prater, K. (2007). Expression and treatment of depression among Haitian immigrant women in the United States: clinical observations. *American Journal of Psychotherapy*, 61 (1), 83-98.
- Nicolas, G., Schwartz, B., & Pierre, E. (2009). Weathering the storms like bamboo: The strengths of Haitians in coping with natural disasters. [References] *Mass trauma and emotional healing around the world: Rituals and practices for resilience and meaning-making, Vol 1: Natural disasters* (pp. 93-106). Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO.
- Nicolas, G., Wheatley, A., & Guillaume, C. (2015). Does one trauma fit all? Exploring the relevance of PTSD across cultures. *International journal of culture and mental health*, 1-12. doi: 10.1080/17542863.2014.892519
- Nordahl, S. (2016). *Mental health in and psychosocial support for humanitarian field workers. A literature review*. (Master Thesis), University of Oslo.
- Nouvet, E., Abu-Sada, C., de Laat, S., Wang, C., & Schwartz, L. (2016). Opportunities, limits and challenges of perceptions studies for humanitarian contexts. *Canadian Journal of Development Studies*, 1-20. doi: 10.1080/02255189.2015.1120659
- Nuttman-Shwartz, O., & Shoval-Zuckerman, Y. (2016). Continuous Traumatic Situations in the Face of Ongoing Political Violence: The Relationship Between CTS and PTSD. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 562-570. doi: 10.1177/1524838015585316
- Obeyesekere, G. (1981). *Medusa's hair : an essay on personal symbols and religious experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- Obeyesekere, G. (1985). Depression, Buddhism and the Work of Culture in Sri Lanka. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder* (pp. 134-152). Berkeley: University of California Press.
- Obeyesekere, G. (1990). *The work of culture : symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: University of Chicago Press.
- OCHA. (2011). Annual Plan and Budget: Responding in a Changing Word.
- OMS/WHO. (2009). Humanitarian action: Health cluster guide. Retrieved December 15, 2012, from <http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/>
- Oppenheim, H. (1911). *Textbook of nervous diseases for physicians and students*: O. Schulze & Company.
- Ortner, S. B. (2006). *Anthropology and social theory culture, power, and the acting subject*. Durham: Duke University Press.
- Ortner, S. B. (2016). Dark anthropology and its others: Theory since the eighties. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6(1), 47-73. doi: 10.14318/hau6.1.004

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2ème ed.). Paris: Armand Colin.
- Panaccio, M. (2002). Le concept de trauma chez Freud. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 155-164.
- Pandolfi, M. (2008). Laboratory of Intervention: The Humanitarian Governance of the Postcommunist Balkan Territories. In M.-J. D. Good (Ed.), *Postcolonial disorders* (pp. 157-186). Berkeley : University of California Press.
- Panter-Brick, C. (2014). Health, risk, and resilience: Interdisciplinary concepts and applications. *Annual Review of Anthropology*, 43, 431-448.
- Parat, C. (2013). L'affect partagé. [The Shared Affect]. *Revue française de psychosomatique*, 44(2), 167-182. doi: 10.3917/rfps.044.0167
- Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Patel, R. B., & Gleason, K. M. (2018). The association between social cohesion and community resilience in two urban slums of Port au Prince, Haiti. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 27, 161-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.10.003>
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Payen, M. (2017, Mercredi, 2 août). Des centaines de migrants illégaux entrent par le Québec, *Le Journal de Montréal*. Retrieved from <https://www.journaldemontreal.com/2017/08/02/des-centaines-de-migrants-illegaux-entrent-par-le-quebec>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. doi: 10.1037/0735-7028.26.6.558
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York, NY: WW Norton & Co.
- Pélouas, A. (2017, Publié le 27 décembre 2017). Migrants illégaux au Canada : le syndicat national des douaniers lance un cri d'alarme, *Le Monde*. Retrieved from https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2017/12/27/migrants-illegaux-au-canada-le-syndicat-national-des-douaniers-lance-un-cri-d-alarme_5234935_3222.html
- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., . . . Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti: Une revue de littérature. *Santé Mentale au Québec*, 35(1), 13-47.
- Pierre, J. (2013). Haiti and the "Savage Slot". *Journal of Haitian Studies*, 19(2), 110-116. doi: 10.1353/jhs.2013.0039

- Pinel, J.-P. (2005). La déliaison pathologique des liens institutionnels. Perspectives économiques et principes d'intervention. In R. Kaës (Ed.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels: Éléments de la pratique psychanalytique en institution*. (pp. 51-77): Paris: Dunod.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169).
- Pistrang, N., & Barker, C. (2012). Varieties of Qualitative Research: A Pragmatic Approach to Selecting Methods In H. M. Cooper & P. M. Camic (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Shear, M., Frank, E., & Beery, L. C. (1997). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
- Prigerson, H. O., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Project Sphere. (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project.
- Project Sphere. (2011). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project.
- Pupavac, V. (2001). Therapeutic Governance: Psycho-Social Intervention and Trauma Risk Management. *Disasters*, 25(4), 358-372. doi: 10.1111/1467-7717.00184
- Putman, K. M., Lantz, J. I., Townsend, C. L., Gallegos, A. M., Potts, A. A., Roberts, R. C., . . . Foy, D. W. (2009). Exposure to violence, support needs, adjustment, and motivators among Guatemalan humanitarian aid workers. *American Journal of Community Psychology*, 44(1-2), 109-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-009-9249-5>
- Racker, H. (1953). A contribution to the problem of counter-transference. *The International journal of psycho-analysis*, 34(4), 313.
- Ramachandran, V., Walz, J. (2012). Haiti: Where Has All the Money Gone? CGD Policy, Paper 004 Washington, D.C.: Center for Global Development.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York, NY: Guilford Press.
- Raphael, B., Martinek, N., & Wooding, S. (2004). Assessing Traumatic Bereavement *Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed)* (pp. 492-510). New York, NY: Guilford Press; US.

- Raphaël, F. (2010). L'ethnopsychiatrie haïtienne et ses particularités. In Y. L. F. Raphaël (Ed.), *Santé mentale en Haïti: La pensée critique en santé mentale*. Montréal.
- Rasmussen, A., Keatley, E., & Joscelyne, A. (2014). Posttraumatic stress in emergency settings outside North America and Europe: A review of the emic literature. *Social Science & Medicine*, 109, 44-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.015>
- Rasmussen, A., Smith, H., & Keller, A. S. (2007). Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 271-280. doi: 10.1002/jts.20208
- Rasmussen, B. (2005). An intersubjective perspective on vicarious trauma and its impact on the clinical process. *Journal of Social Work Practice*, 19(1), 19-30. doi: 10.1080/02650530500071829
- Raviola, G., Eustache, E., Oswald, C., & Belkin, G. S. (2012). Mental health response in Haiti in the aftermath of the 2010 earthquake: A case study for building long-term solutions. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 68-77. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/10673229.2012.652877>
- Raviola, G., Severe, J., Therosme, T., Oswald, C., Belkin, G., & Eustache, E. (2013). The 2010 Haiti earthquake response. *Psychiatr Clin North Am*, 36(3), 431-450. doi: 10.1016/j.psc.2013.05.006
- Rivers, W. H. R. (1920). *Instinct and the unconscious: a contribution to a biological theory of the psycho-neuroses*. Cambridge: Cambridge University press.
- Romano, H., Baubet, T., Rezzoug, D., & Roy, I. (2006). Psychotherapy of children with post-traumatic grief following a natural disaster. *Annales Medico-Psychologiques*, 164(3), 208-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2006.01.010>
- Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., & Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29(4), 793-799. doi: 10.1017/S0033291799008624
- Rousseau, C. (1998). Se décentrer pour cerner l'univers du possible: Penser l'intervention en psychiatrie transculturelle. *Prisme*, 8(3), 20-37.
- Rousseau, C. (2002). Incertitude et clinique transculturelle. *L'Evolution psychiatrique*, 67(4), 764-774. doi: 10.1016/S0014-3855(02)00168-8
- Rousseau, C., & Foxen, P. (2010). "Look me in the eye": Empathy and the transmission of trauma in the refugee determination process. *Transcultural Psychiatry*, 47(1), 70-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1363461510362338>
- Rousseau, C., & Measham, T. (2007). Posttraumatic suffering as a source of transformation: A clinical perspective *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives* (pp. 275-294).
- Rousseau, C., Measham, T., & Nadeau, L. (2013). Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), 121-136. doi: 10.1177/1359104512444117

- Rousseau, C., & Mekki-Berrada, A. (2008). La transmission traumatique au cœur des processus de reconstruction. In L. Blais (Ed.), *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale* (pp. 105-120). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue Belge de Psychanalyse*, 40, 25-42.
- Roussillon, R. (2004). Le potentiel et l'impasse. *Revue française de psychanalyse*(5), 1889-1895.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In J. Furtos & C. Laval (Eds.), *La santé mentale en actes: de la clinique au politique* (pp. 221-238). Ramonville St-Agne: Érès.
- Roussillon, R. (2007). Postface: Les situations extrêmes et leur devenir. In A. Aubert & R. g. Scelles (Eds.), *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (pp. 215-240). Toulouse: ERES.
- Roussillon, R. (2012). Le potentiel et l'impasse. *Revue française de psychanalyse*(5), 1889-1895. doi: 10.3917/rfp.685.1889
- Rubin, G. (1996). Fonctions structurantes et contenantes des rituels de deuil. *Revue française de psychanalyse*, 60(1), 211-218. doi: 10.3917/rfp.g1996.60n1.0211
- Russo-Netzer, P., & Moran, G. (2018). Positive growth from adversity and beyond: Insights gained from cross-examination of clinical and nonclinical samples. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(1), 59-68. doi: 10.1037/ort0000224
- Rylko-Bauer, B., & Farmer, P. (2016). Structural Violence, Poverty, and Social Suffering. In B. David & M. B. Linda (Eds.), *The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty*. New York : Oxford University Press.
- Saint-Éloi, R. (2010). *Haïti, Kenbe la*. Neuilly-du-Seine: Michel Lafon Éditeur.
- Samuel, S. (2018). 'There's a Perception That Canada Is Being Invaded'. *The Atlantic*. Retrieved September 12, 2018, from <https://www.theatlantic.com/international/archive/2018/05/theres-a-perception-that-canada-is-being-invaded/561032/>
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., . . . Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164-1174. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61263-X
- Satkunanayagam, K., Tunariu, A., & Tribe, R. (2010). A qualitative exploration of mental health professionals' experience of working with survivors of trauma in Sri Lanka. *International journal of culture and mental health*, 3(1), 43-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17542861003593336>
- Sauveur, P. E. (1997). Haïti: l'invasion des ONG. Port-au-Prince, CIDIHCA.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (Vol. 5, pp. 337-360). Québec Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2013). Interrelations entre le singulier et l'universel: les propositions de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 15, 7-24.

- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., . . . Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28186. doi: 10.3402/ejpt.v6.28186
- Schoelcher, V. (1966). *Conférence sur Toussaint Louverture, général en chef de l'armée de Saint Domingue*. Pointe-à-Pitre: Éditions Panorama.
- Schöneberg, J. M. (2017). NGO partnerships in Haiti: clashes of discourse and reality. *Third World Quarterly*, 38(3), 604-620. doi: 10.1080/01436597.2016.1199946
- Schuller, M. (2016). *Humanitarian Aftershocks in Haiti*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Schuller, M. (2017). Haiti's 'Republic of NGOs'. *Current History*, 116(787), 68-73.
- Schuller, M., & Morales, P. (2012). *Tectonic shifts : Haiti since the earthquake* (1st ed.. ed.). Sterling, Va.: Sterling, Va. : Kumarian Press, c2012.
- Schwandt, T. A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry: Interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. *Handbook of qualitative research*, 2, 189-213.
- Scott, J. C. (1985). *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven, London: Yale UP.
- Selao, C. (2011). Échos de la négritude césairienne chez Gaston Miron et Paul Chamberland. *Voix et Images*, 36(3), 99-114. doi: 10.7202/1005126ar
- Shear, K., Shair, H., Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Shear, M., & Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 38(10), 662-670. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00485713-20081001-10>
- Sheller, M. (2013). The islanding effect: Post-disaster mobility systems and humanitarian logistics in Haiti. *Cultural Geographies*, 20(2), 185-204.
- Shuller, M. (2012). Haitian People Want UN Troops to Leave. from <https://www.counterpunch.org/2012/02/13/haitian-people-want-un-troops-to-leave/>
- Shweder, R., & Bourne, E. J. (1982). Does the concept of the person vary cross-culturally. In A. J. Marsella & G. M. White (Eds.), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy* (pp. 97-137). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Silove, D., Steel, Z., & Psychol, M. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(2), 121-125.
- Somasundaram, D. (2007). Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 5. doi: 10.1186/1752-4458-1-5
- Somasundaram, D. (2014). Addressing collective trauma: conceptualisations and interventions. *Intervention*, 12 Supplement(S1), 43-60.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary

- perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338
- Spiro, M. E. (1993). Is the Western conception of the self "peculiar" within the context of the world cultures? *Ethos*, 21(2), 107-153.
- Stepick, A., & Portes, A. (1986). Flight into Despair: A Profile of Recent Haitian Refugees in South Florida. *The International Migration Review*, 20(2), 329-350. doi: 10.2307/2546039
- Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 112-121.
- Stevens, G., Eagle, G., Kaminer, D., & Higson-Smith, C. (2013). Continuous traumatic stress: Conceptual conversations in contexts of global conflict, violence and trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 75-84.
- Stoddard, A., Harmer, A., Haver, K., Taylor, G., & Harvey, P. (2015). *The state of the humanitarian system*: Overseas Development Institute London (ALNAP).
- Stoddard, A., Harmer, A., & Ryou, K. (2014). Aid worker security report 2014: Unsafe passage. Road attacks and their impact on humanitarian operations. New York: Humanitarian Outcomes.
- Strohmeier, H., & Scholte, W. F. (2015). Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: A systematic review of the literature. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28541. doi: 10.3402/ejpt.v6.28541
- Stumpenhorst, M., Stumpenhorst, R., & Razum, O. (2011). The un OCHA cluster approach: Gaps between theory and practice. *Journal of Public Health*, 19(6), 587-592. doi: 10.1007/s10389-011-0417-3
- Suárez-Orozco, M. M., & Robben, A. C. G. (2000). Interdisciplinary perspectives on violence and trauma. In C. G. M. Antonius, M. Robben & M. M. Suárez-Orozco (Eds.), *Cultures under siege : collective violence and trauma*. New York, Cambridge: Cambridge University Press.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social science & medicine*, 48(10), 1449-1462. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536%2898%2900450-X>
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Medical Journal*, 336(7651), 992-994.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against "global mental health". *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530.
- Summerfield, D. (2013). "Global mental health" is an oxymoron and medical imperialism. *Bmj-British Medical Journal*, 346, f3509.
- Thomas, L. V. (1995). Leçon pour l'Occident: ritualité du chagrin et du deuil en Afrique noire. In T. Nathan (Ed.), *Rituel de deuil, travail de deuil*. Paris: La Pensée sauvage.
- Thompson, G. (2005, June 6th). A New Scourge Afflicts Haiti: Kidnappings, *The New York Times*, p. A1.

- Thormar, S. B., Sijbrandij, M., Gersons, B. P. R., Van de Schoot, R., Juen, B., Karlsson, T., & Olff, M. (2016). PTSD Symptom Trajectories in Disaster Volunteers: The Role of Self-Efficacy, Social Acknowledgement, and Tasks Carried Out. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 17-25. doi: 10.1002/jts.22073
- Tierney, K. (2012). Disaster Governance: Social, Political, and Economic Dimensions. *Annual Review of Environment and Resources*, 37, 341-363. doi: 10.1146/annurev-environ-020911-095618
- Tomasella, S. (2017). Resubjectivations après une catastrophe ou la subjectivité dévastée. *Psychologie Clinique*, 43(1), 123-133. doi: 10.1051/psyc/201743123
- Tosone, C., Bauwens, J., & Glassman, M. (2016). The shared traumatic and professional posttraumatic growth inventory. *Research on Social Work Practice*, 26(3), 286-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731514549814>
- Tosone, C., McTighe, J. P., & Bauwens, J. (2015). Shared traumatic stress among social workers in the aftermath of Hurricane Katrina. *British Journal of Social Work*, 45(4), 1313-1329. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct194>
- Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O., & Stephens, T. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 231-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-012-0395-0>
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-410. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024204>
- Trouillot, M.-R. (1990a). The Odd and the Ordinary: Haiti, the Caribbean, and the World. *Cimarrón: New Perspectives on the Caribbean*, 2(3), 3-12.
- Trouillot, M.-R. (1990b). *Haiti, state against nation: The origins and legacy of Duvalierism*. New York: Monthly Review Press.
- Trouillot, M.-R. (2004). *Global Transformations: Anthropology and the Modern World*. New York: Palgrave Macmillan.
- Turner, V. (1964). Betwixt and Between: The Liminal period in Rites of Passage. In W. A. Lessa & E. Z. Vogt (Eds.), *Reader in Comparative Religion: An Anthropological Approach* (4 ed., pp. 234-243). New York: Harper and Row Publishers.
- Ulysse, G. A., & Trouillot, E. (2015). *Why Haiti needs new narratives: A post-quake chronicle*. Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.
- Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102. doi: 10.1177/1473325003002001123
- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma Violence Abuse*, 14(3), 255-266. doi: 10.1177/1524838013487805
- Ungar, M., Ghazinour, M., & Richter, J. (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development? *J Child Psychol Psychiatry*, 54(4), 348-366. doi: 10.1111/jcpp.12025
- UNHCR. (2012). *UNHCR's Mental Health and Psychosocial Support for People of Concern*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.

- UNHCR. (2013). UNHCR's Mental Health and Psychosocial Support for Staff. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2016). Staff well-being and mental health in UNHCR. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- United Nations. (n.d.). Key Statistics. *Office of the Secretary-General's Special Advisor on Community-Based Medicine & Lessons from Haiti*. Retrieved July 27, 2017, from <http://www.lessonsfromhaiti.org/lessons-from-haiti/key-statistics/>
- UNPD. (2016). Human Development Report 2016.
- Van Der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage; étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.* Paris Éditions Nourry.
- Wagenaar, B. H., Kohrt, B. A., Hagaman, A. K., McLean, K. E., & Kaiser, B. N. (2013). Determinants of Care Seeking for Mental Health Problems in Rural Haiti: Culture, Cost, or Competency. *Psychiatric Services, 64*(4), 366-372.
- Wagner, L. (2014). Haiti is a sliding land: Displacement, community, and humanitarianism in post-earthquake Port-au-Prince. In P. Redfield, L. Dubois, C. Price, M. Rivkin-Fish, M. Singer & K. Slocum (Eds.): ProQuest Dissertations Publishing.
- Walby, K., & Monaghan, J. (2011). "Haitian Paradox" or Dark Side of the Security-Development Nexus? Canada's Role in the Securitization of Haiti, 2004-2009. *Alternatives, 36*(4), 273-287. doi: 10.1177/0304375411431760
- Warren, C. A. B. (2002). Qualitative Interviewing. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: context & method*. Thousand Oaks Calif: Sage Publications.
- Weber, L., & Hilfinger Messias, D. K. (2012). Mississippi front-line recovery work after Hurricane Katrina: an analysis of the intersections of gender, race, and class in advocacy, power relations, and health. *Social Science & Medicine, 74*(11), 1833-1841. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.034>
- Welton-Mitchell, C. E. (2013). Mental Health and Psychosocial Support: UNHCR
- Wessells, M. G. (2009). Do No Harm: Toward Contextually Appropriate Psychosocial Support in International Emergencies. *American Psychologist, 64*(8), 842-854. doi: 10.1093/jrs/fem008
- Whitley, R. (2015). Global Mental Health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 24*(4), 285-291. doi: 10.1017/s2045796015000451
- Wilson, J. P. (2004). Empathy, Trauma Transmission, and Countertransference in Posttraumatic Psychotherapy *Broken spirits: The treatment of traumatized*

- asylum seekers, refugees, war and torture victims* (pp. 277-316). New York, NY: Brunner-Routledge; US.
- Wilson, J. P., & Droždek, B. (2007). Wrestling with the Ghosts from the Past in Exile: Assessing Trauma in Asylum Seekers. In J. P. Wilson & C. S.-k. Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 113-131). Boston, MA: Springer US.
- Winnicott, C. (1955). Casework techniques in the child care services. In J. Kanter (Ed.), *Face to Face with Children* (pp. 145-165): Routledge.
- Winnicott, D. (1949). Hate in the Counter-Transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- Winnicott, D., W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.
- Winnicott, D. W. (1955). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. *The International journal of psycho-analysis*, 36(1), 16-26.
- Winnicott, D. W. (1963). Psychiatric disorder in terms of infantile maturational processes *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 230-241). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Winnicott, D. W. (1965a). The concept of trauma in relation to the development of the individual within the family. *Psychanalytic Explorations*, 130-148.
- Winnicott, D. W. (1965b). *The maturational processes and the facilitating environment studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Winnicott, D. W. (1965c). The Psychology of Madness: A contribution form Psychoanalysis *Psychoanalytic Explorations* (pp. 119-129). Cambridge MA: Harvard UP.
- Wolbring, G. (2011). Disability, displacement and public health: a vision for Haiti. *Can J Public Health*, 102(2), 157-159.
- World Bank. (2015). Haïti: Towards a new narrative. Systemic country diagnostic.
- World Health Organization (WHO). (2011). Rapport d'évaluation du système de Santé mentale en Haïti à l'aide de l'instrument d'évaluation conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé mentale (OMS) pour les systèmes de Santé Mentale. IESM-OMS: Haiti.
- World Health Organization (WHO)/PAHO. (2010). Culture and Mental Health in Haiti: A Literature Review. Geneva: WHO/PAHO.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions : inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The Dilemma of the Wounded Healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. doi: 10.1037/a0027824

Zoraster, R. (2010). Disaster coordination needs more than the "health cluster".
Prehospital and disaster medicine, 25(4), 372-373. doi:
10.1017/S1049023X00008384