

Médecins Sans Frontières : entre intégration et rejet par les populations locales

Ludovic Joxe

Doctorant au CEPED (Centre Population et Développement), Université Paris Descartes

Communication préparée en vue du congrès 2019 de l'AIFRIS à Beyrouth

Le 31/5/2019

Introduction

Cette communication propose un changement d'échelle de la thématique du congrès « Sociétés plurielles, travail social et vivre-ensemble ». Elle propose un déplacement de la focale de « l'action sociale » et du « vivre-ensemble » depuis le local vers l'international, et depuis le temps long vers le temps court. En effet, ma communication s'intéresse à l'action humanitaire et en particulier à Médecins Sans Frontières (MSF), et à l'acceptation, voire l'intégration de ses activités dans les contextes d'intervention. L'action humanitaire voit ainsi cohabiter des acteurs issus de pays très variés dans une zone et une période de temps souvent restreinte. Avec des travailleurs dits « expatriés » qui viennent du monde entier (139 pays différents en 2014), de niveaux d'éducation hétérogènes et de classes sociales variées (des électriciens ougandais et des chirurgiens américains, ou parfois des chirurgiens congolais et des électriciens français), sur des terrains d'intervention multiples, parfois au Nord, parfois au Sud, parfois en ville, parfois en brousse, les problématiques de « vivre ensemble » propres à tout travail social y semblent exacerbées. Il s'agit aussi bien du « vivre ensemble » avec le personnel dit « national » ou « staff nat » représentant environ 90% des ressources humaines de l'organisation (gardiens, chauffeurs, comptables, mais aussi infirmiers, médecins, etc.) que du « vivre ensemble » avec les populations locales, patients et autorités politiques.

Dans cette communication, je vais ainsi traiter des questions d'intégration ou de rejet de MSF dans ses contextes d'intervention. De quelle façon l'organisation est-elle perçue ? Comment se légitime-t-elle ? Et quelles sont les limites qu'elle rencontre dans son intégration ? Comment le vivre-ensemble existe-t-il sur un temps court et entre des populations aussi diverses ? Dans quelle mesure cette observation du travail de MSF et ce changement d'échelle nous en apprend-t-il sur la thématique de ce congrès, c'est-à-dire sur le travail social ? Pour répondre à ces questions, je m'appuie sur mon travail de thèse. Celui-ci repose sur une cinquantaine d'entretiens auprès d'expatriés de MSF et sur une observation participante en tant qu'expatrié sur une dizaine de missions MSF. Je détaillerai dans un premier temps mes résultats empiriques avant de proposer un développement théorique.

Des difficultés d'intégration de l'organisation ?

Pour illustrer empiriquement les questions d'intégration et de rejet de l'organisation et de son personnel expatrié, je reviens ici sur plusieurs difficultés d'intégration d'un projet humanitaire : d'abord les « règles de sécurité », ensuite la reconnaissance du projet par la population locale, puis la suspicion des autorités politiques et enfin la méfiance des partenaires du projet, y compris la méfiance du « staff nat ».

Des règles de sécurité contraignantes

Quelle que soit la situation du projet, les expatriés sont d'abord soumis à des règles de sécurité théoriquement adaptées au contexte mais souvent draconiennes¹. Celles-ci peuvent atteindre une telle extrémité qu'elles couperaient les équipes de leur environnement et deviendraient handicapantes (Vinhas 2014; Autesserre 2014). En Ukraine, celles-ci n'étaient pas autorisées à sortir de leur habitation entre 22h et 6h. À Bangui, il était interdit, y compris en journée, de marcher dans les rues de la ville. Tous les déplacements devaient se faire en véhicule MSF. Certains expatriés se retrouvent ainsi enfermés dans des *compounds*, enfermement à l'origine du néologisme indigène « *combound* », mélange de « *compound* » et « *bound* »². Selon Stéphane Vinhas, « la construction de murs surmontés de barbelés ou la réduction des mouvements de personnels peuvent certes protéger, mais elles [...] peuvent miner l'acceptation. Les maisons d'expatriés transformées en prisons volontaires et les “mentalités de bunker” peuvent être préjudiciables [...] dans les représentations des bénéficiaires » (Vinhas 2014, 76). Dès lors, suspicion, doutes et rumeurs se multiplient au sein de l'environnement local.

Une reconnaissance de la population en demi-teinte

En 2014, les acteurs de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, dont MSF faisait partie, étaient mal perçus par la population locale (Fribault 2015). De nombreuses rumeurs couraient autour des activités MSF ayant parfois fait croire, entre autres, à des trafics d'organe³. L'épidémie aurait été un complot. Les « blancs » seraient venus en Guinée pour tuer les

¹ Le CRASH (Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires) a consacré un ouvrage mettant en débat leur rigueur (Neuman 2016).

² Littéralement “lié au *compound*”.

³ Voir par exemple l'ouvrage de Paul Richards sur l'épidémie Ebola (Richards 2016) ou l'article « Ebola : en Guinée, méfiance et rumeurs sont gravement contagieuses », Jeune Afrique, 7/6/2015, <http://www.jeuneafrique.com/depeches/233774/politique/ebola-en-guinee-mefiance-et-rumeurs-sont-gravement-contagieuses/>

habitants⁴. En conséquence, des menaces lourdes pesaient sur les centres de traitement, dont certains ont été effectivement brûlés^{5,6} (Hofman et Au 2017). En Ukraine, en août 2015, un rassemblement composé d'une centaine de personnes s'était formé devant les bureaux MSF. Les manifestants agitaient des slogans disant : « Ne fermez pas les yeux », ou bien « MSF à la solde de l'Ukraine ».

Sans parler nécessairement de rumeurs, de suspicions ou de manifestations, les populations locales et les acteurs locaux sont plus simplement défiants. Au Pakistan, le médecin canadien responsable des urgences était quotidiennement menacé physiquement par les familles des patients, qui exprimaient ainsi leur désaccord avec les décisions médicales. Ce médecin canadien avait décidé de poster des vigiles devant chaque salle des urgences pour intimider les familles. Sur de nombreux projets, MSF est attaquée en justice pour différentes raisons : conflits au travail, licenciement abusif, non-respect du droit de propriété, etc.

Enfin, sans rumeur ou sans défiance, les locaux peuvent se montrer véhéments. La population locale attaque parfois violemment l'organisation pour des raisons davantage financières : *car-jacking*, assaut d'un convoi, braquage, séquestration, etc. En 2017, MSF annonçait un cambriolage armé de son projet à Mweso en RDC, doublé de violences physiques⁷. Lors de la fermeture d'un projet, les menaces de pillage des infrastructures MSF sont également fréquentes, parfois mises à exécution, renforçant une atmosphère de suspicion, de démoralisation ou d'anxiété générale (Swaen et al. 2004; Campbell et Pepper 2007).

MSF fait pourtant des efforts pour s'intégrer. Dans certaines situations, MSF épouse, dans les limites de sa Charte, les habitudes locales. Au Pakistan, les expatriés hommes portent les « *shalwar kameez* » traditionnels et les expatriées femmes se voilent. Au Niger et au Pakistan, MSF met en place des salles de prière dans les lieux de travail. Mais ces concessions pèsent souvent peu vis-à-vis des enjeux de l'intervention de MSF. « Dans l'œil des autres », l'acceptation par la population et par les autorités politiques reste compliquée (Abu-Sada 2011).

⁴ Au début de la lutte contre le SIDA, de telles rumeurs ont également courues, rumeurs que la mise en place des antirétroviraux n'a pas toujours éteintes.

⁵ « Faranah: un véhicule de MSF incendié... le CTE saccagé », Vision Guinée, 14/2/2015, <http://www.visionguinee.info/2015/02/14/faranah-un-vehicule-de-msf-incendie-le-cte-saccage/>

⁶ « Au Liberia, l'attaque d'un centre provisoire de traitement d'Ebola », RFI, 17/8/2014, <http://www.rfi.fr/afrique/20140817-ebola-centre-isolement-attaque-liberia-patients-fuite>

⁷ Voir les détails publiés par MSF sur son site : http://msf-seasia.org/news/17889/?utm_source=Linkedin&utm_medium=20171207+DRC+Robbery+Linkedin&utm_campaign=news

Une suspicion des autorités politiques

En mettant en place ses activités, MSF devient en effet un marqueur clivant et un enjeu pour les autorités politiques locales. Selon leurs ambitions propres, celles-ci sont tantôt bienveillantes, voyant en MSF un vecteur d'argent, d'emplois, d'amélioration de la santé publique, susceptible redorer leur blason, ou tantôt hostiles, voyant leurs prérogatives diminuer à la suite de l'arrivée de l'organisation. Au Pakistan en 2017, deux responsables sanitaires régionaux s'affrontaient, chacun souhaitant que MSF intervienne dans la zone dont il avait la responsabilité. Au niveau national, MSF était sous surveillance des services secrets ; des enquêteurs menaient des interrogatoires directement dans les bureaux des projets. En DNR (Donetsk People's Republic) et LNR (Luhansk People's Republic)⁸, MSF avait été progressivement mise hors-la-loi par le gouvernement lui-même. Après des mois de pression, il avait fini par expulser MSF et mettre sous scellés ses entrepôts. En Éthiopie, considérant que MSF devait employer des ressources humaines locales et non internationales, les autorités refusaient de délivrer des visas de travail aux expatriés.

Dans d'autres pays où les indicateurs économique et sanitaire sont plus élevés, où l'État est peut-être plus fort, l'accueil est souvent encore plus difficile. En 2016, MSF souhaite ouvrir un camp d'accueil de réfugiés sur la commune de Grande-Synthe en France. Les négociations sont longues entre l'État et les différents acteurs pour que le projet aboutisse⁹. En 2017, l'Italie impose un « code de conduite » aux ONG qui repêchent des migrants dans la mer Méditerranée. Beaucoup, dont MSF, refusent de le signer¹⁰.

Une méfiance des partenaires du projet

Enfin, les relations avec les partenaires techniques d'un projet peuvent aussi être tourmentées. Régulièrement, MSF investit des structures de santé qui existent déjà. En Tanzanie, MSF avait pris en charge le service de pédiatrie de la structure hospitalière du camp de réfugiés de Nyarugusu. En Ukraine, des équipes MSF proposaient des consultations gratuites dans des postes de santé préexistants. En RCA, MSF avait investi une aile de l'hôpital général de Bangui. Ces structures de santé disposent toujours préalablement d'un ou plusieurs responsables, mais l'arrivée de MSF bouscule l'ordre des choses.

⁸ Ces deux républiques à l'Est de l'Ukraine ont déclaré leur indépendance en 2014, mais ne sont reconnues internationalement que par la Russie.

⁹ MSF à Grande-Synthe : enseignements d'une improbable coalition d'acteurs, Angélique Muller et Michaël Neuman, 2016 : <https://www.msf-crash.org/sites/default/files/2017-05/db56-mn-2016-msf-grande-synthe.pdf>

¹⁰ « Migrants: plusieurs ONG rejettent un «code de "conduite" », article du Figaro, le 31/7/2017 : <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2017/07/31/97001-20170731FILWWW00285-migrants-plusieurs-ong-rejettent-un-code-de-conduite.php>

Le plus souvent, l'accord signé avec les responsables politiques locaux ou nationaux précise la répartition des activités. Les responsables techniques desdites structures doivent alors mettre en pratique des décisions pour lesquelles ils n'ont pas été nécessairement consultés. Un ressentiment vis-à-vis de l'organisation peut alors apparaître. En Haïti, suite à l'ouragan Matthew de 2016, l'aide de MSF s'est progressivement transformée en « cauchemar » pour la directrice de l'hôpital d'un village. Selon elle, la structure dont elle avait la responsabilité lui échappait : « C'est un manque de respect. Je ne peux pas supporter ça [...]. MSF contrôle mes heures de travail ? Et puis quoi encore ! ». Elle démissionnera quelques semaines plus tard de son poste de la fonction publique.

Une réflexivité de l'organisation vis-à-vis de ces difficultés

Bien que dans certaines situations, MSF soit relativement bien accueillie, comment interpréter cette difficulté que connaît dans d'autres cas l'organisation à s'intégrer dans le tissu local, auprès des différents acteurs, en un mot à « vivre ensemble » ? Les acteurs expatriés avancent eux-mêmes plusieurs hypothèses.

Un manque d'ancrage local lié à la rapidité de l'intervention ?

Certains considèrent que MSF est hors-sol, déconnectée du milieu social dans lequel ils interviennent. Anton, médecin allemand envoyé au Libéria, se plaint de cette situation.

Anton *Pendant la préparation de ma mission (un jour à Berlin et deux jours à Paris), aucune réunion n'a traité de la culture ou de la langue du pays de la mission. Aucun effort n'est fait pour encourager l'expatrié à connaître la culture du pays d'accueil, aucun fascicule de langue n'est distribué. Dans notre lieu d'habitation, je n'ai pas vu de documents sur la culture ou l'histoire du peuple du Libéria, pays que nous souhaitions aider. Excepté les 30 minutes ou l'heure passée par le [responsable MSF] sur l'histoire du Libéria, rien ne préparait l'expatrié à communiquer de manière pratique, à éviter les tabous culturels et être sensible à l'atmosphère locale.¹¹*

De plus, le reproche fait à MSF n'est pas seulement que les expatriés seraient ignorants du contexte local mais que la stratégie de l'organisation dans un pays donné ne prendrait pas suffisamment en compte les spécificités et les institutions locales, justement parce que ses membres ou ses acteurs ne les connaissent pas et changent plusieurs fois par an. Maude,

¹¹ “During my preparation for the mission (1 day in Berlin, 2 days in Paris) no meeting dealt with the culture or language of the receiving country. No effort is done to encourage the expat to learn about the culture of the host country or a language aid handed out. In our compound I saw no book or document about the culture or history of the people of Liberia which we wish to serve. Apart from a 30 min to 1 hr run through the history of Liberia by the HoM there was nothing that could prepare the expat on how to communicate effectively, how to avoid cultural taboos and be sensitive to local feelings.”

anciennement administratrice sur le terrain, et dans le service juridique au moment de l'entretien, ainsi que Julien, médecin congolais, témoignent de leur incompréhension.

Maude *Très souvent, on arrive, on met en place notre propre prise en charge médicale du personnel¹² parce qu'on est MSF. On met en place des structures, des cabinets, MSF assure la continuité du salaire pendant l'arrêt maladie. Ce sont des choses qui nous paraissent positives, mais finalement, en gros, on dit à l'État : « vos institutions, pfff ! » On considère de prime abord qu'elles fonctionnent mal. Au Tchad, on y est depuis 30 ans. On connaît à peine les institutions. C'est complètement incroyable. [...]. Ça me paraît assez dingue et devoir être un des premiers des respects que de connaître les institutions : par exemple, la sécurité sociale [locale], est-ce qu'elle fonctionne, est-ce qu'on peut obtenir des remboursements de sa part ?*

Julien *À Carnot (en Centrafrique, ndla) où je travaille, on ne fait qu'attendre le malade de l'hôpital, alors qu'il y a un aspect communautaire qui doit être pris en compte, mais qu'on ne fait pas, vu l'aspect sécuritaire. Donc la prise en charge périphérique et communautaire, ce n'est pas bien...*

Les règles de sécurité contraignent là encore les expatriés. Au Pakistan, les seules interactions sociales autorisées étaient celles avec les collègues ou les chauffeurs qui ne parlaient pas toujours anglais ou français. Si l'échange était possible, il était de toute façon limité par ces mêmes règles qui interdisaient d'aborder la politique, la pratique religieuse, ou tout sujet estimé sensible par l'organisation. Emilien, ancien coordinateur de projet pour PU-AMI (Première Urgence – Aide Médicale Internationale), a quitté le secteur humanitaire entre autres pour ces raisons.

Emilien *On est happé par l'urgence, par la culture gestionnaire, par les objectifs, par les rapports d'activité, et puis finalement on met en place des projets mais on rencontre peu les gens. Il y a ce côté relation humaine qui a été un peu perdu, ou pas suffisamment développé dans l'action humanitaire.*

Une « arrogance » des expatriés et un « cavalier seul » de l'organisation ?

La critique du manque d'ancrage local rejoint une autre critique. « MSF est souvent perçue par les autres organisations humanitaires et par les gouvernements nationaux comme douée d'une très grande assurance en elle voire d'une certaine arrogance »¹³ (Fassin 2013, 103). Cette réputation que l'organisation véhicule n'est pas due à une pure décontextualisation de son action, mais aussi à l'idée concomitante selon laquelle elle ferait souvent « cavalier seul ».

¹² MSF s'assure systématiquement que son personnel national puisse bénéficier d'une prise en charge médicale pour lui-même et ses ayants droit en cas de problèmes de santé.

¹³ "MSF is often regarded by other humanitarian organizations and by national governments as self-confident and even arrogant."

Contrairement à la « politique de la vie » que suggère Didier Fassin (Fassin 2010, 1:287), l'organisation serait convaincue que la raison qui la pousse à l'action – la « raison humanitaire » - ne serait pas une politique comme une autre, mais serait supérieure et l'autoriserait à agir de façon indépendante.

En interne, le constat sur l'arrogance est le même¹⁴. MSF viendrait, selon Suzie, une logisticienne française, avec ses « gros sabots ». Dans une interview en 2011, Rony Brauman, ancien président de MSF, raconte : « J'entends souvent parler de MSF [...] comme d'une organisation arrogante qui cultive son isolement et je comprends d'autant mieux les raisons d'une telle perception que je la partage parfois et que je ne suis pas le seul à MSF. [...] Cette politique du “cavalier seul” est une réalité. Elle a ses raisons, que l'on trouve encore dans l'histoire de MSF, les circonstances dans lesquelles elle s'est forgé son éthos »¹⁵. Rony Brauman mentionne à ce sujet l'épisode cambodgien de 1980¹⁶, l'épisode éthiopien de 1985 (Binet 2013) ou la création de Liberté Sans Frontière en 1985 (Brauman 1986). En 2011, pour l'anniversaire de sa création, MSF avait communiqué sur le slogan « 40 ans d'indépendance »¹⁷. Dans les entretiens avec Charlie, médecin congolais, avec Yannick, coordinateur médical congolais, ou avec Axel, coordinateur de projet nigérien, le constat d'indépendance se traduit ainsi :

Charlie *Si MSF veut faire quelque chose, MSF va le faire. Personne ne peut empêcher MSF. MSF va dire, est-ce que je peux construire un hôpital ? [...] Et la personne qui dit non, MSF la contourne et monte au-dessus d'elle. Si tu ne veux pas, MSF va saisir le ministre.*

Convaincus du bien-fondé de leur projet et de la légitimité de MSF, certains considèrent que la manière dont la communication est opérée avec la population, les partenaires techniques et les responsables locaux est défailante. D'autres estiment que les partenaires techniques et les responsables locaux sont incompetents, ne comprenant pas les enjeux de santé publique dont ils ont la responsabilité. En Tanzanie, Marta, une médecin expatriée allemande, se retrouvait confrontée à des responsables techniques dont elle ne comprenait pas le comportement.

¹⁴ Voir par exemple le billet de Eric Stobbaerts en 2007 intitulé “Yet another arrogant move? MSFs stance on its relationship with the rest of the international aid system” (<http://odihpn.org/blog/yes-another-arrogant-move-msf%C2%92s-stance-on-its-relationship-with-the-rest-of-the-international-aid-system/>), ou le rapport de Jonathan Whittall en 2014 intitulé “The ‘new humanitarian aid landscape’ Case study: MSF interaction with non-traditional and emerging aid actors in Syria 2013-14” (https://www.msf.org.uk/sites/uk/files/humanitarian_aid_landscape_-_syria.pdf).

¹⁵ Interview en 2011 de Jean-Jacques Louarn à Rony Brauman, pour le magazine Grotius, intitulée « Médecins sans Frontières ou la politique assumée du “cavalier seul” » (<https://grotius.fr/msf-medecins-sans-frontieres-ou-la-politique-assumee-du-cavalier-seul/#.WeSvn4hpG00>).

¹⁶ Voir l'article de Roland-Pierre Paringaux dans Le Monde du 8/2/1980 intitulé « “La marche pour la survie du Cambodge” Pour que nul ne dise “je ne savais pas...” ».

¹⁷ <https://www.msf.fr/actualite/dossiers/40-ans-independance>, consulté le 13/10/2017.

Marta *Dr. Gombo n'est pas coopératif, il n'accepte pas les conseils, est paresseux et médicalement incompetent. Il pense que je ne devrais pas interférer avec son travail [...]. La coordinatrice « santé », “Dr.” Fantine n'est jamais disponible pour discuter des problèmes observés. Elle bloque la plupart de nos activités et n'accepte pas le soutien offert. Je l'ai identifié comme le problème principal pour améliorer les performances des activités.*¹⁸

Marta, dans une attitude quasi néocoloniale, semble reproduire un rapport de domination Nord/Sud duquel elle ne saurait échapper, s'empêchant de se mettre à la place du Dr. Gombo ou de Dr. Fantine, et plaquant ses schèmes de soin sur un contexte qui lui est étranger.

Conclusion

Finalement, ces observations mettent en évidence une défiance symétrique des parties prenantes. D'un côté, MSF ne fait peu ou pas confiance dans les institutions locales (par exemple en court-circuitant leur système de santé) et peu ou pas confiance dans les acteurs locaux (par exemple en considérant que leurs pratiques managériales ou médicales ne seraient pas adéquates). De l'autre, les acteurs locaux rejettent l'intervention de MSF : manifestations, plaintes, vols, braquages, etc.

De cette manière, ces différentes observations posent en filigrane la question du lien social et de la confiance. Le « vivre ensemble » signifierait, dans le cas de l'intervention humanitaire, la possibilité d'établir un lien social entre des populations très diverses sur des périodes de temps très courtes. Or si l'on entend le lien social comme une « solidarité organique » au sens d'Émile Durkheim, alors il est nécessaire d'établir une réglementation formelle ou informelle entre organes pour « vivre ensemble ». C'est la réglementation, c'est-à-dire la possibilité de constituer des « boîtes noires » (Callon et Latour 2013, 19) par lesquelles les différentes parties prenantes se font mutuellement confiance, qui pose les bases d'un rejet ou d'une acceptation réciproque.

Bibliographie

Abu-Sada, Caroline. 2011. *Dans l'oeil des autres : Perception de l'action humaine et de MSF*. Lausanne: Antipodes.

¹⁸ “Dr. Gombo is not helpful, not accepting any advice, not willing to cooperate, lazy and medically not competent. He has the opinion I shouldn't interfere with TRC work. [...] The health coordinator “Dr.” Fantine is never available to discuss any observed problems. She is blocking many of our activities or doesn't accept offered support. I identified her as the biggest problem in improving any TRC activities/performance.”

- Autesserre, Severine. 2014. « Introduction to “Peaceland: Conflict Resolution and the Everyday Politics of International Intervention” ». *Peaceland: Conflict Resolution and the Everyday Politics of International Intervention*, 1-19.
- Binet, Laurence. 2013. *Famine et Transferts Forcés de Populations En Ethiopie 1984-1986*. Médecins Sans Frontières.
- Brauman, Rony. 1986. *Le tiers-mondisme en question : [colloque, Paris, 23-24 janvier]*. Liberté Sans Frontières. Paris: O. Orban.
- Callon, Michel, et Bruno Latour. 2013. « Le grand Léviathan s'apprivoise-t-il? » In *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*, par Madeleine Akrich, Michel Callon, et Bruno Latour, 11-32. Sciences sociales. Paris: Presses des Mines.
- Campbell, Richard, et Lewis Pepper. 2007. « Downsizing and Social Cohesion: The Case of Downsizing Survivors ». *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* 16 (4): 373-93.
- Fassin, Didier. 2010. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Vol. 1. Hautes études. Paris: Gallimard : Seuil.
- . 2013. « When Humanitarianism Turns Realistic ». *Dissent (00123846)* 60 (2): 99-103.
- Fribault, Mathieu. 2015. « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 11 (novembre).
- Hofman, Michiel, et Sokhieng Au. 2017. *The Politics of Fear: Médecins sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*. Oxford University Press.
- Neuman, Michaël. 2016. *Secourir sans périr ?* Paris: CNRS.
- Richards, Paul. 2016. *Ebola: how a people's science helped end an epidemic*. African arguments. London: Zed Books.
- Swaen, Gerard M. H., Ute Bültmann, Ijmert Kant, et Ludovic G. P. M. van Amelsvoort. 2004. « Effects of Job Insecurity from a Workplace Closure Threat on Fatigue and Psychological Distress ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 46 (5): 443-49.
- Vinhas, Stéphane. 2014. « La sécurité des humanitaires en question ». *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, n° 37 (mars): 74-85.