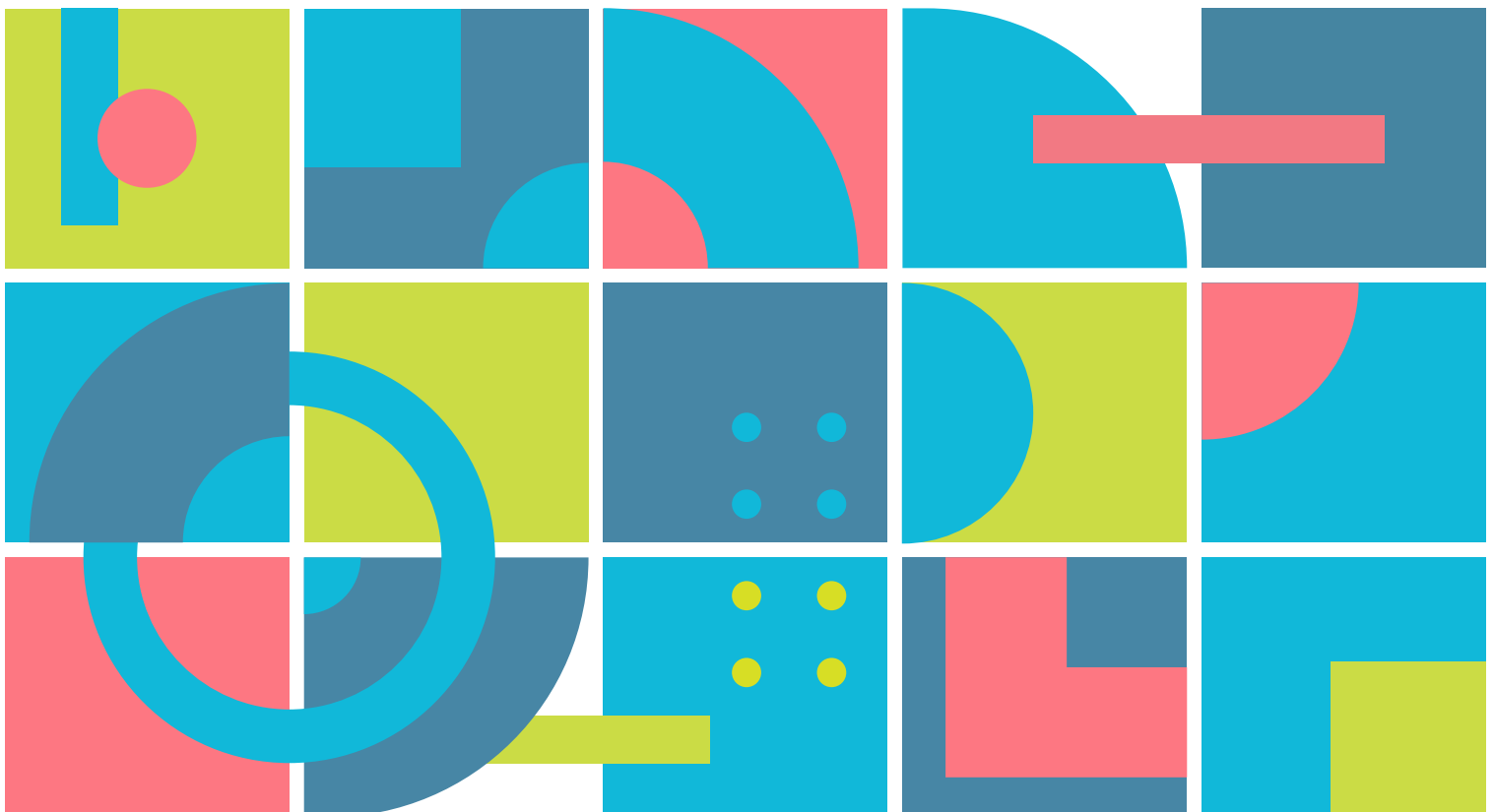


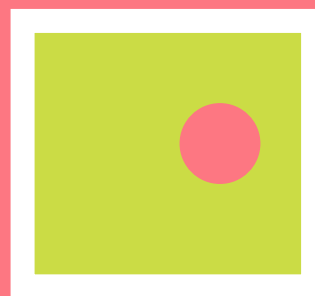


POUR MOI,
POUR LES AUTRES

SOIGNER SANS DOMINER :

REPENSER
LA SANTÉ MENTALE LGBTQI+
À PARTIR DES PRATIQUES
DE SOINS LOCALES AFRICAINES





Rapport rédigé par Renée NWOES

« Les propos dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs·rices et ne reflètent pas nécessairement les positions d'Égides ou de ses partenaires ».

2026



Alliance
internationale
francophone
pour l'égalité
et les diversités



SOIGNER SANS DOMINER :

REPENSER
LA SANTÉ MENTALE LGBTQI+
À PARTIR DES PRATIQUES
DE SOINS LOCALES AFRICAINES

TABLE DE MATIERE

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
REMERCIEMENTS	7
1. INTRODUCTION	9
1.1. Contexte et justification du mandat	13
1.2. Méthodologie utilisée dans la recherche	18
2. CADRE ANALYTIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE	23
2.1. Décoloniser la santé mentale : fondements théoriques et critiques épistémiques	23
2.2. Les Mad Studies : récits vécus et épistémologies divergentes	29
2.3. Les pratiques féministes africaines : vers des modèles enracinés	30
2.4. Antiracisme, genre et bien-être : décoloniser le « <i>wellness</i> »	32
2.5. Perspectives thérapeutiques décoloniales : entre soin, politique et création	33
3. PRÉSENTATION DES DONNÉES DU TERRAIN	35
3.1. Description du corpus qualitatif	35
3.2. Description de l'échantillon quantitatif	38
4. ANALYSE DES DONNÉES DE TERRAIN	42
4.1. Analyse qualitative thématique	42
4.1.1. Compréhensions locales de la santé mentale et du soutien	42
4.1.2. Expériences vécues avec les systèmes de santé mentale	45
4.1.3. Pratiques communautaires et alternatives de soin	47
4.1.4. Santé mentale, militantisme et lutte politique	50
4.1.5. Propositions formulées par les activis	53

4.2. Analyse quantitative	56
4.2.1. Indicateurs de bien-être et de détresse psychique	56
4.2.2. Accès aux soins et expériences de discrimination	58
4.2.3. Analyses croisées (genres, pays, statut militant)	60
4.3. Analyse croisée qualitative-quantitative : la parole comme miroir de la donnée	62
5. DISCUSSION ET INTERPRETATION	65
5.1. Santé mentale LGBTQI+ face à l'héritage colonial	65
5.2. Sexualité, genre et souffrance psychique en contexte postcolonial	67
5.3. Capitalisme, patriarcat et extraction émotionnelle	69
5.4. Pratiques locales de bien-être et résilience militante (Cameroun, RDC, Burundi)	71
6. RÉFÉRENTIEL DÉCOLONIAL DE SANTE MENTALE ET DE BIEN-ÊTRE	75
6.1. Construction de relations communautaires solides	75
6.2. Renforcement des capacités des professionnel.le.s de santé mentale	77
6.3. Autonomisation économique et santé mentale	79
6.4. Art, spiritualité, mouvement et guérison collective	80
7. CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS	84
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
ANNEXES	95
Annexe 1 : Guide d'entretien	96
Annexe 2 : Questionnaire	98
Annexe 3 : Description graphique des réponses du questionnaire	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cadres juridiques, criminalisation et dynamiques destigmatisation des personnes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est	14
---	-----------

LISTE DES ABREVIATIONS

CIM	Classification internationale des maladies.
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
EGIDES	Alliance internationale francophone pour l'égalité et la diversité.
IST	Infections Sexuellement Transmissibles.
LGBTQI+	Lesbiennes, Gays, Bisexuelle·s, Transgenres, Queer, Intersexes et autres identités de genre et orientations sexuelles.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale.
PMPA	Pour moi, Pour les autres.
PTSD	Trouble de stress post-traumatique.
RCA	République centrafricaine.
RDC	République Démocratique du Congo.
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine.

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la participation de toutes les personnes morales et physiques qui ont généreusement donné de leur temps et offert leur aide, leur soutien, tout au long du processus. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance.

Aux membres d'EGIDES, de MOLI et d'AVAF qui ont participé à l'élaboration de cette recherche.

A NKOUNKWEN Alain Delombard, notre assistant pour sa disponibilité et ses contributions techniques et méthodologiques dans toutes les phases de la recherche.

Aux experts Kamen Liwandi M. Nickel, Ntetmen Joachim, Terez Dongmo, Marco Momo, Nkouankep Chanelle pour le temps et les idées qu'ils ont accordé et apporté pour une meilleure structuration de ce travail.

Aux associations Page Blanche Gabon, l'APVC Congo Brazza, OASIS RD Congo, FONDKA RDC, Transamicale Cameroun, WEKA Organisation, CAMFAIDS Cameroun, MOLI Burundi, Wake Up Ladies Cameroon, AVAF pour la facilitation de l'accès sur le terrain.

À Awono Levodo Fabrice, Manga Andréa et à toute l'équipe d'enquêteur.trices et transcripteur.trice pour les données qu'ils nous ont fourni favorisant une lecture empirique et factuelle de la situation étudiée.

A Egides, Moli et AVAF pour la mise en œuvre du projet « *Pour moi, Pour les autres (PMPA)* » sans lequel ce travail n'aurait pas vu le jour.

A Équitas, au Réseau Dignité Canada et à Affaires mondiales Canada pour leur soutien constant au projet *Pour moi, Pour les autres*.



1. INTRODUCTION

Pendant longtemps, la santé mentale a été pensée et étudiée à partir des cadres théoriques et cliniques de savoirs qui puisent leurs racines dans les contextes occidentaux, établies comme des standards mondiaux.

Ces modèles, basés sur des idées individualistes, médicalisées ont été progressivement imposés comme des standards universels de soin psychique. Pourtant, dans de nombreux contextes du Sud Global, ces approches montrent leurs limites lorsqu'il s'agit de comprendre les expériences vécues par les communautés confrontées à des formes de multiples violences sociales, politiques et économiques.

Dans un monde où perdurent les influences coloniales sur le savoir, le pouvoir et l'existence, la santé mentale devient un domaine important où se manifestent des enjeux de domination, de marginalisation, mais aussi de contestation.

La situation des activités LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est illustre particulièrement cette réalité. Les résultats de la présente recherche montrent que la détresse psychique n'est pas un phénomène marginal dans cette population, mais une expérience largement partagée. L'étude révèle notamment que la totalité des activistes interrogé.e.s ont déclaré avoir déjà vécu une détresse psychologique, ce qui souligne l'ampleur et la profondeur du phénomène. Ce chiffre, particulièrement marquant, indique que la souffrance mentale n'est pas un accident isolé dans les trajectoires militantes, mais s'inscrit dans un environnement social et politique marqué par une pression constante.

Les activistes LGBTQI+ évoluent dans des contextes sociaux et politiques souvent marqués par des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de violence. De nombreuses études internationales montrent que ces environnements hostiles ont des effets directs sur la santé mentale et le bien-être des personnes concernées. L'Organisation mondiale de la santé rappelle que les personnes issues de minorités sexuelles et de genre présentent un risque plus élevé de troubles liés au stress, à l'anxiété ou à la dépression, principalement en raison des violences sociales, juridiques et institutionnelles auxquelles elles sont confrontées (OMS, 2022).¹

Il est toutefois important de préciser que ces difficultés de santé mentale ne sont pas liées à l'identité LGBTQI+ en elle-même. Elles sont largement le résultat d'un environnement social hostile, caractérisé par la discrimination sociale, la marginalisation et la criminalisation des diversités sexuelles et de genre, les violences institutionnelles et le rejet familial ou communautaire. Les activistes LGBTQI+, qui se trouvent souvent en première ligne dans la défense des droits humains, sont particulièrement exposé.e.s à ces pressions

structurelles et psychosociales. Les données recueillies dans le cadre de cette recherche montrent par exemple que **90,3 %** des participant.e.s déclarent subir des discriminations liées à leur orientation sexuelle, tandis que **64,5 %** rapportent des discriminations liées à leur identité de genre. A ces violences identitaires s'ajoutent des facteurs structurels tels que la précarité économique, citée par **80,6 %** des participant.e.s comme facteur majeur de détresses psychique, ainsi que les violences sociales et familiales rapportées par **72,2 %** des personnes interrogées.

Dans plusieurs pays de la région, notamment le Cameroun, la RDC, la République du Congo, Madagascar, ou le Burundi, les activistes LGBTQI+ évoluent dans des contextes juridiques et sociaux particulièrement contraignant. La criminalisation des relations entre les personnes de même sexe, les violences policières, les arrestations arbitraires et la stigmatisation sociale contribuent à créer un climat d'insécurité permanent dans ces conditions, la santé mentale devient indissociable des luttes pour la dignité, la reconnaissance et la survie.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (2022). Classification Internationale des maladies (CIM-11).

Les données recueillies montrent également un décalage important entre les besoins en santé mentale et les réponses institutionnelles disponibles. Alors que la détresse psychique est quasi universelle parmi les activistes interrogé.e.s près de la moitié soit **48,4 %** n'ont jamais eu recours à un service professionnel de santé mentale. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : le coût financier des consultations, la crainte de discrimination dans les structures de soins, mais aussi une méfiance vis-à-vis de modèles thérapeutiques perçus comme déconnectés des réalités sociales et culturelles locales.

Face à ces limites, les communautés LGBTQI+ développent leurs propres stratégies de soin et de résilience. L'étude révèle par exemple que **83,3 %** des participant.e.s ont déjà eu recours à des pratiques communautaires, traditionnelles ou spirituelles de bien-être, tandis que **40 %** privilégient les espaces de discussion et de soutien communautaire comme première source d'accompagnement. Ces pratiques montrent que le soin psychique ne se limite pas à la relation thérapeutique individuelle, mais qu'il peut également prendre la forme de solidarités collectives, d'espaces de parole ou de pratiques culturelles et spirituelles. Comme le résume une activiste interrogée dans le cadre de cette recherche :



*« Quand on parle,
on se libère.
Ce qui n'est pas dit
n'est pas connu...
C'est dans ma communauté
que j'ai trouvé la force. »*

Face à ce constat, de nombreuses voix critiques ont émergé pour proposer une transformation profonde des méthodes de soins. Les approches décolonisables en santé mentale, notamment développées par des chercheur.e.s, activistes et professionnel.le.s de santé mentale du Sud, remettent en question les bases mêmes de ce que signifient guérir, être en bonne santé, ou souffrir psychologiquement. Elles soulignent l'importance de replacer les expériences mentales dans leurs contextes historique, politique, économique et culturel.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet « *Pour Moi, Pour les Autres* » (PMPA), un projet pluriannuel visant à améliorer la santé mentale et le bien-être des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'est. Ce projet bénéficie du « *Fonds Agir ensemble pour l'inclusion* » (AGIRI), financé par le gouvernement du Canada à travers « *Affaires Mondiales Canada* ». Il est géré par Equitas en partenariat avec Réseau Dignité Canada. La première phase, portée par Égides, le Mouvement pour les Libertés Individuelles (MOLI), la Chambre Camerounaise des Acteurs en Psychologie (CCAP) et Femmes en Action contre la Stigmatisation et la Discrimination sexuelle (FACSDIS) a été mise en œuvre entre novembre 2021 et mars 2024. La deuxième phase a débuté en septembre 2024 et sera implémenté jusqu'à novembre

2026. La deuxième phase est portée par Égides, le Mouvement pour les Libertés Individuelles (MOLI) et l'Association pour la Valorisation de la Femme (AVAF).

De manière opérationnelle, le projet ambitionne de renforcer les capacités des organisations et des activistes, de documenter les besoins et les pratiques locales en matière de santé mentale, et de promouvoir des approches adaptées et inclusives. Dans cette dynamique, la présente recherche vise à approfondir la compréhension des liens entre santé mentale, systèmes d'oppression et héritages coloniaux, tout en identifiant des pratiques de soin enracinées dans les réalités locales et communautaires, afin de contribuer à l'élaboration d'un référentiel décolonial de bien-être adapté aux réalités de la région.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU MANDAT

Dans de nombreux contextes, notamment en Afrique centrale et de l'Est, les activistes LGBTQI+ évoluent dans des environnements marqués par des violences structurelles, une forte stigmatisation sociale et des cadres juridiques restrictifs. L'exposition répétée à la discrimination, aux violences physiques et psychologiques, à la criminalisation et au rejet social contribue fortement à l'apparition de troubles tels que le stress chronique, l'anxiété, la dépression ou les traumatismes. Ces problèmes sont constamment exacerbés par la discrimination, la criminalisation de l'homosexualité, la violence physique et psychologique, ainsi que le rejet social et familial. Ces réalités ayant des impacts profonds sur leur santé mentale, leur bien-être et leur capacité à poursuivre leurs engagements militants.

A l'échelle du continent, une majorité d'Etat maintient des dispositions pénales criminalisant les relations entre les personnes de même sexe, souvent à travers des lois héritées de la colonisation, notamment celles relatives aux « *actes contre nature* ». Toutefois, les situations nationales restent contrastées : certains pays maintiennent une

criminalisation explicite, tandis que d'autres présentent des formes de répression indirecte, marquées par l'absence de protection juridique, l'usage de lois relatives à la morale publique et une forte stigmatisation sociale. Par ailleurs, la transidentité demeure largement invisibilisée dans les cadres juridiques, sans reconnaissance légale ni mécanismes de protection adaptés.

Dans les huit pays couverts par cette étude, cinq en Afrique centrale (Gabon, République Démocratique du Congo, République Centrafricaine, République du Congo et Cameroun) et trois en Afrique de l'Est, (Burundi, Madagascar et Rwanda), ces dynamiques prennent des formes variées, comme l'illustre le tableau ci-dessous : ²

2 MOLI, « J'aime mon pays, mais mon pays ne m'aime pas » Droits de l'Homme : La Situation des Personnes Présumées et Réellement Lesbien, Gays, Bisexuelles, Transgenre et Intersexuées au Burundi (2003-2013), 2014, p.10.

TABEAU 1 : Cadres juridiques, criminalisation et dynamiques de stigmatisation des personnes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est

	Statut de l'homosexualité	Statut de transidentité
Cameroun	• Penalisée	• Non reconnu
Gabon	• Non pénalisée (depuis 2020)	• Non reconnu
République Centrafricaine	• Non pénalisée	• Non reconnu
République Démocratique du Congo	• Non pénalisée	• Non reconnu
République du Congo	• Non pénalisée	• Non reconnu
Burundi	• Partiellement pénalisée	• Non reconnu
Madagascar	• Non pénalisée	• Non reconnu
Rwanda	• Non reconnu	• Non reconnu

LOIS PÉNALES

Cameroun - Article 347-1 du Code pénal camerounais : Toute personne ayant des rapports sexuels avec une personne de son sexe est punie d'une peine de 6 mois à 5 ans de prison et d'une amende de 20 000 à 200 000 FCFA.

La loi de 2010 sur la cybersécurité précise : (article 83) punit d'1 à 2 ans de prison et d'une amende 500 000 à 1 000 000 FCFA toute personne faisant des propositions sexuelles à une personne de même sexe via des communications électroniques. Les peines sont doublées si ces propositions aboutissent à des rapports sexuels. ³

Gabon - Dépénalisation récente

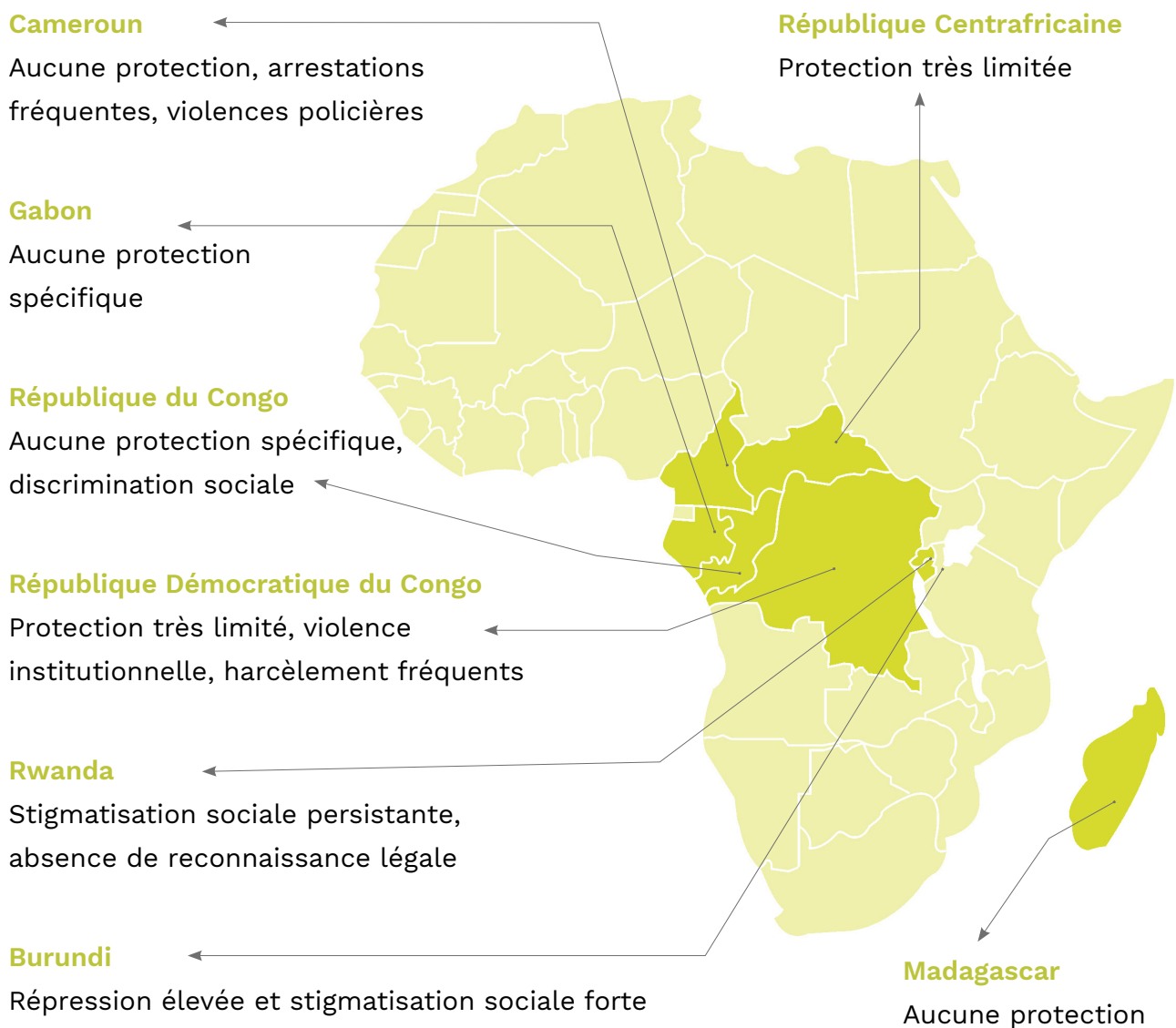
République Centrafricaine - Pas de loi spécifique, mais des lois sur la moralité publique

République Démocratique du Congo - Pas de loi spécifique, mais des lois sur la moralité publique utilisées de manière arbitraire

³ Cameroun. (2016). Loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal, article 347-1

- **République du Congo** - Pas de criminalisation directe
- **Burundi** - Article 567-1 du Code pénal (2009) : Relations sexuelles entre personnes de même sexe punies de 3 mois à 2 ans de prison et d'une amende ⁴
- **Madagascar** - Article 567-1 du Code pénal (2009) : Pas de pénalisation directe, mais la discrimination légale (âge de consentement différencié ...)
- **Rwanda** - Pas de loi spécifique

DROITS HUMAINS



⁴ République du BURUNDI, Loi n°1/05 du 22 avril 2009 portant révision du Code pénal

Ces cadres juridiques, qu'ils soient explicitement répressifs (comme au Cameroun ou au Burundi) ou marqués par des vides juridiques (comme en RDC, au Congo ⁵ ou au Rwanda), contribuent à produire des environnements globalement hostiles pour les personnes LGBTQI+. Même dans les contextes de dépénalisation, comme au Gabon ou à Madagascar, l'absence de reconnaissance et de protection légale, combinée à des normes sociales fortement conservatrices, limite l'effectivité des droits et expose les individus à des discriminations et violences. Dans ces contextes, les activistes LGBTQI+ se retrouvent en première ligne, à la fois exposé·e·s aux violences systémiques et engagé·e·s dans des luttes pour la reconnaissance et la justice. Cette double exposition engendre une charge mentale et émotionnelle importante, souvent exacerbée par l'isolement, la précarité et l'insécurité (Voa Afrique, 2023). ⁶

5 RITAC. (2023). Rapport d'enquête régionale d'évaluation des besoins des personnes trans de la République Démocratique du Congo et de la République du Congo-Brazzaville.

6 <https://www.voaafrique.com/a/silence-et-stigmatisation-les-hommes-africains-face-aux-troubles-mentaux>.

Le vécu des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est tel que décrit ci-dessus est un vrai parcours de combattant avec un impact considérable sur leur santé mentale et leur bien-être. Les sources mentionnées au paragraphe précédent permettent d'identifier quelques conséquences négatives de ce vécu : les problèmes de santé mentale courants (l'anxiété, la dépression, le stress, etc.) ; le risque d'automutilation et de suicide ; les addictions et traumatismes (prévalence plus élevée de consommation de drogues, d'addictions et de troubles de stress post-traumatique) ; les difficultés d'accès aux services (un manque de services de santé mentale spécialisés et adaptés aux besoins spécifiques des activistes LGBTQI+ limitant leur accès au soutien nécessaire).

Les activistes travaillent alors dans le stress, l'anxiété, la dépression, les abus de substances, les addictions et les risques suicidaires. Cet état de mal-être est parfois justifié au-delà de la charge de travail par l'intériorisation des stigmatisations dont ils/elles sont victimes au quotidien.

En effet, subir des stigmatisations peut faire intérioriser une honte de soi, d'être soi, extrêmement préjudiciable à la construction de leur identité socioprofessionnelle. Face à cette situation inquiétante, des initiatives de soutien ont émergé, parmi lesquelles figure EGIDES (Alliance internationale francophone pour l'égalité et la diversité). EGIDES est une organisation qui œuvre au renforcement des capacités des organisations LGBTQI+ francophones, à la promotion des droits humains et à l'amélioration des conditions de vie des personnes LGBTQI+ à travers le monde francophone. Elle soutient notamment des actions de plaidoyer, de recherche, de mise en réseau et développement organisationnel, en mettant un accent particulier sur les contextes marqués par la criminalisation, la stigmatisation et les violences.

Dans le cadre du projet « *Pour Moi, Pour les Autres* », une recherche communautaire avait été menée par la CCAP en 2022-2023 afin de documenter les besoins en santé mentale des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'est. Aussi, lors de la première phase du projet, un guide pour les bailleurs de fonds sur l'intégration transversale de la santé mentale dans les programmes de défense des droits des personnes LGBTQI+ a été produit. À la suite, il y a eu une deuxième collecte

de données auprès des activistes LGBTQI au Cameroun et au Burundi pour documenter leurs besoins en santé mentale. En s'appuyant sur ces données, la présente recherche vise à repenser la santé mentale et le bien-être avec une approche ancrée dans les contextes locaux. Plus concrètement, il s'agit :

- d'étudier l'impact de la colonisation sur le bien-être et la santé mentale dans le contexte de l'Afrique centrale et de l'Est
- explorer le lien entre la colonisation, la santé mentale, le bien-être et les diversités sexuelles et de genre
- recenser et examiner des pratiques locales de bien-être et de santé mentale qui ont été utilisées avant ou qui le sont encore en Afrique centrale et de l'est
- étudier le rapport entre la santé mentale, le bien-être et les autres systèmes d'oppression comme le capitalisme et le patriarcat
- proposer un référentiel pour l'utilisation de l'approche décoloniale en santé mentale et le bien-être en Afrique centrale et de l'Est.

En effet, le bien-être et la santé mentale des activistes LGBTQI+ de l'Afrique centrale et de l'Est doit également pour être optimal, prendre en compte les événements de la traite négrière et de la colonisation qui ont profondément orienté le cours de l'histoire du continent africain.

Ces événements sont déterminants dans la négociation et la construction de l'identité actuelle des Africain.e.s. S'intéresser à l'impact de la colonisation sur les notions de bien-être et de santé mentale en Afrique centrale et de l'Est ; explorer le lien entre cet événement, le bien-être, la santé mentale et les diversités sexuelles et de genre ; examiner et documenter les pratiques locales de bien-être et de santé mentale utilisées en Afrique centrale et de l'Est peuvent être des initiatives à l'origine des données suffisamment riches et bénéfiques pour la promotion et l'entretien de la santé mentale et du bien-être au sein de la population LGBTQI et de ceux et celles qui se battent au quotidien pour leurs droits.

1.2. MÉTHODOLOGIE UTILISÉE DANS LA RECHERCHE

Décoloniale, intersectionnelle, communautaire et contextualisée.

La recherche repose sur une approche méthodologique mixte, qui articule des méthodes qualitatives et quantitatives, inscrites dans une posture décoloniale, intersectionnelle, communautaire et contextualisée. Le but de cette approche est de créer un écart avec des approches coloniales classiques, afin de produire des connaissances situées, ancrées dans les réalités vécues des activistes LGBTQI d'Afrique centrale et de l'Est, en évitant les logiques d'extraction des savoirs et de pathologisation des expériences.

Sur le plan épistémologique, la recherche s'inscrit dans une approche décoloniale qui remet en question la centralité des cadres occidentaux de la santé mentale et du bien-être. Elle considère que les catégories dominantes de diagnostic (DSM, CIM), de soin et de normalité psychique sont le fruit d'une histoire, traversée par des rapports de pouvoir hérités de la colonisation. Dans ce sens, la souffrance psychique des activistes LGBTQI+ est analysée comme une expérience politiquement et socialement située, en lien avec la criminalisation, la stigmatisation, la précarité et les violences structurelles.

L'approche intersectionnelle adoptée permet de prendre en considération la diversité des trajectoires au sein de la communauté LGBTQI+, en permettant une analyse de l'imbrication des rapports de domination liés à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, au genre, à la classe sociale, au contexte national, à l'âge et au statut militant. La recherche adopte aussi une démarche communautaire et participative qui lui permet de prendre les activistes, les organisations LGBTQI+ et d'autres personnes ressources, non plus comme des simples spectateurs.trices, mais comme des acteur.trice.s clés dans l'élaboration des différentes étapes du processus.

La méthodologie de la recherche s'est appuyée à la fois sur des aspects théoriques et empiriques. Sur le plan théorique, une revue de la littérature approfondie a été menée autour :

- des approches locales et régionales de la santé mentale et du bien-être en Afrique centrale et de l'Est
- des liens entre activisme, santé mentale, bien-être et diversités sexuelles et de genre dans la région
- des approches décoloniales de la santé mentale et du bien-être.

Sur le plan empirique, la recherche a mobilisé des entretiens individuels, des focus groups, des analyses documentaires et ethnographiques, ainsi qu'une enquête quantitative par questionnaire. Ces méthodes ont permis d'identifier, de documenter et d'analyser les pratiques formelles et informelles de soin, de résilience et de bien-être développées par les activistes LGBTQI+ dans leurs contextes respectifs.

La réalisation du mandat s'est déroulée en six grandes phases :

1

La recherche exploratoire à partir des connaissances acquises

Cette phase a permis d'explorer les approches locales/régionales de santé mentale et de bien-être existante dans les sous-régions de l'Afrique centrale et de l'Est ; d'explorer le rapport entre les initiatives de décolonisation de la santé mentale et le bien-être ; d'explorer les rapports entre l'activisme, la santé mentale, le bien-être et la diversité sexuelle et de genre en Afrique centre et de l'Est. L'on a rencontré des personnes ressources (activistes/organisations LGBTQI, le chercheur.es, les historiens et les professionnels de santé mentale) ; effectué des recherches documentaires et consulté l'équipe d'EGIDES pour la mise à disposition des ressources. Cette phase a abouti à l'élaboration d'une revue de la littérature sur l'approche décoloniale de la santé mentale, mais également à l'élaboration des outils de collecte de données sur le terrain (guide d'entretien, questionnaire, grille d'observation ethnographique).

2

Conception des outils de collecte de données

Au cours de cette phase, l'on a conçu des grilles d'analyse des documents obtenus à la première phase et des données ethnographiques. L'on a également élaboré le guide d'entretien et le questionnaire pour la collecte des données sur le terrain. La conception de ces outils a porté sur les pratiques locales de bien-être et de santé mentale, le bien-être émotionnel, social et socioprofessionnel, les expériences de violence et d'événements traumatiques, ainsi que les stratégies individuelles et collectives de résilience.

3

Collecte de données empiriques

La collecte des données s'est déroulée dans huit (08) pays d'Afrique centrale (Gabon, République du Congo, RCA, RDC et Cameroun) et de l'Est (Burundi, Madagascar et Rwanda), auprès d'environ 200 participant.e.s, selon une logique de représentativité qualitative et régionale plutôt que statistique. Par pays, la recherche a impliqué en moyenne : environ 5 entretiens individuels, 1 à 2 focus groups d'environ 7 participant.e.s chacun, 12 à 13 questionnaires administrés. Les focus groups et les entretiens ont été menés avec des activistes LGBTQI+, des membres d'organisations communautaires, ainsi que des personnes ressources disposant d'une expertise historique, militante ou clinique. Selon les contextes sécuritaires, les échanges ont eu lieu en présentiel ou à distance.

4

Transcription et analyse des données

Les données qualitatives issues des entretiens et focus groups ont été intégralement transcrites, puis analysées à l'aide d'une analyse de contenu thématique, permettant de faire émerger des catégories inductives à partir des récits des participant.e.s. Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse descriptive, visant à documenter les tendances générales en matière de bien-être, de détresse psychique, d'accès aux soins et d'expériences de discrimination.

5

Restitution et validation des résultats

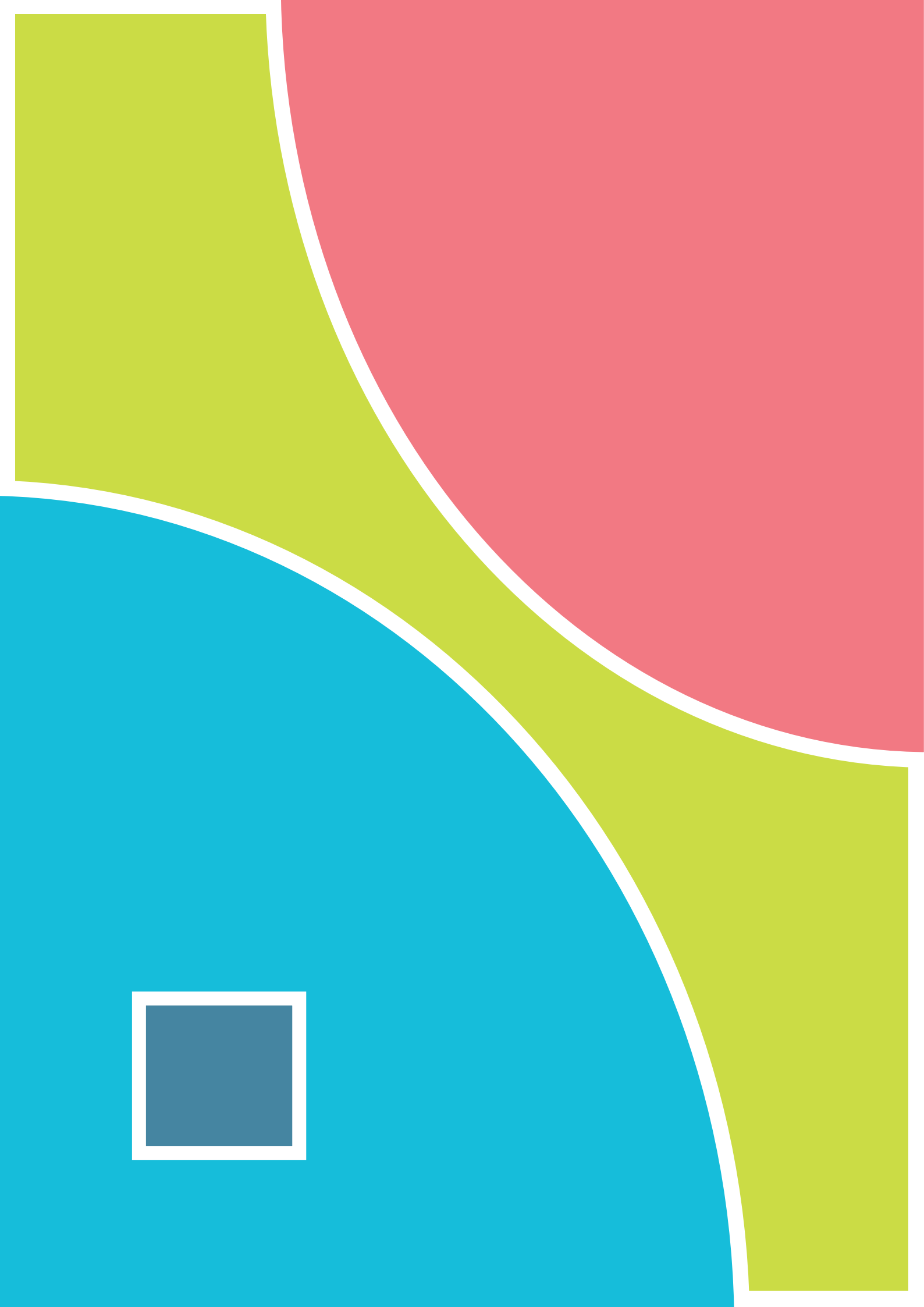
Cette phase a consisté à organiser des espaces de restitution auprès des participant.e.s afin de partager les résultats préliminaires de la recherche et de recueillir leurs retours. Elle a permis de confronter les analyses produites aux expériences vécues, d'affiner l'interprétation des données et de valider collectivement les principales conclusions. Cette étape a également favorisé une appropriation des résultats par les participant.e.s et renforcé leur engagement dans les dynamiques de transformation portées par le projet PMPA.

6

Collecte de données empiriques

La phase finale a consisté en la rédaction du rapport de recherche, intégrant les apports de la revue de la littérature, les résultats qualitatifs et quantitatifs, ainsi que leur analyse croisée. Cette synthèse a permis d'aboutir à la formulation d'un référentiel décolonial de santé mentale et de bien-être, fondé sur les données empiriques et les savoirs communautaires recueillis.

Tout au long de la recherche, une attention particulière a été portée aux enjeux éthiques et sécuritaire. La participation reposait sur le volontariat et un consentement libre et éclairé. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis par la pseudonymisation des données et leur stockage sécurisé. Compte tenu des contextes de criminalisation et de stigmatisation, des mesures spécifiques ont été mises en place pour protéger la sécurité physique, sociale et psychologique des participant.e.s et des chercheur.e.s, notamment par le choix de lieux sûrs, l'utilisation d'outils numériques sécurisés et la possibilité de participation à distance.



2. CADRE ANALYTIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

La réalisation de la présente étude s'est effectuée autour de plusieurs points fondamentaux. Une première phase a consisté en l'élaboration d'une revue de la littérature qui a permis de documenter les approches existantes en santé mentale et de bien-être, d'aborder les travaux disponibles sur la décolonisation de la santé mentale et du bien-être, l'activisme, la diversité sexuelle et de genre en Afrique centrale et de l'est. Cette partie du travail évoque un rappel des points essentiels que cette revue littéraire a permis d'aborder.

2.1. DÉCOLONISER LA SANTÉ MENTALE : FONDEMENTS THÉORIQUES ET CRITIQUES ÉPISTÉMIQUES

Les travaux de Walter Mignolo ⁷, de Boaventura de Sousa Santos ⁸, et d'Anibal Quijano ⁹ ont montré dans quelle mesure les savoirs occidentaux continuaient d'alimenter les champs scientifiques africains sur la santé mentale et le bien-être. Ils ont remarqué une domination des cadres de référence européens occidentaux, à l'instar du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et de la CIM (Classification internationale des maladies), dont l'application est souvent faite de manière inadaptée dans les pays du Sud.

7 Mignolo, W. D. (2009). Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. *Theory, Culture & Society*, 26(7-8), 159–181. <https://doi.org/10.1177/0263276409349275>

8 Boaventura de Sousa Santos. (2014). *Épistémologies du Sud. Mouvements citoyens et polémique sur la science*. Presses de Sciences Po.

9 Quijano, A. (2000). Coloniality of power, eurocentrism, and Latin America. *Nepantla: Views from South*, 1(3), 533–580

Ces outils, pourtant eurocentriques s'imposent alors comme des standards universels, exemptes le plus souvent de toutes dimensions culturelles et sociales propres à chaque région.

En 2000, Anibal Quijano ¹⁰ a proposé le concept de colonialité, comme expression qualifiant la persistance des structures de domination coloniale dans les sphères sociales, économiques, culturelles et épistémologique, allant au-delà des indépendances politiques. Dans cette logique, il a décrit une colonialité du savoir comme une hégémonie des épistémologies occidentales sur les autres formes des connaissances qui se manifeste dans le champ de la santé mentale par l'application universalisante des cadres psychiatriques de référence occidentale. La conséquence immédiate d'une telle démarche étant la marginalisation, voire la délégitimation des savoirs indigènes, spirituels et communautaires.

Walter Mignolo ¹¹ a prolongé en 2009 les critiques avancées par

Quijano. Pour lui, la colonialité n'est pas seulement un héritage matériel ou politique, mais un processus de contrôle des connaissances. Dans cette logique, les savoirs qui sont produits en dehors des institutions scientifiques occidentales sont mis de côté des standards mondiaux, pour non-conformité aux critères du positivisme dominant.

C'est l'idée qui aboutit dans l'adoption des du DSM ou de la CIM comme des outils universels de classification de la maladie mentale+ même s'ils ont été produits dans des contextes eurocentrés. Cela a poussé China Mills ¹² à penser en 2014 que : *l'exportation des savoirs psychiatriques occidentaux vers les pays du Sud global peut contribuer à dépolitiser les souffrances et à maintenir les inégalités, sous couvert d'aide* ¹³, une exportation qui transforme la détresse sociale et politique en troubles mentaux, négligeant toutes causes systémiques (pauvreté, violence, racisme structurel).

10 Quijano, A. (2000). Coloniality of power, eurocentrism, and Latin America. *Nepantla: Views from South*, 1(3), 533–580

11 Mignolo, W. D. (2009). Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. *Theory, Culture & Society*, 26(7-8), 159–181. <https://doi.org/10.1177/0263276409349275>

12 Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.

13 Mills, C. (2014). « The export of Western psychiatric knowledge to the global South can serve to depoliticize suffering and maintain inequalities under the guise of aid. ».

Cet état de chose crée un clivage entre les approches biomédicales qui sont institutionnalisées et les modèles traditionnels de soin. Au Cameroun, des études (Monteillet, 2005) ¹⁴ ont révélé que l'absence de services psychiatriques dans les zones rurales pousse les populations à se tourner vers des médecines alternatives. Aussi, les considérations socio-culturelles influencent fortement la compréhension des troubles mentaux et orientent les choix thérapeutiques vers des pratiques traditionnelles.

Quelques études de cas ont permis de mettre en évidence la nécessité d'adapter les services de santé mentale et de bien-être au contexte des bénéficiaires. Pigeon-Gagné et al. (2017) ¹⁵ ont révélé dans une étude exploratoire une forte prévalence de détresse psychologique parmi les populations autochtones, qui contraste avec une sollicitation et utilisation faibles des services de

14 Monteillet, N. (2005). Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : Enjeux et dynamiques d'un espace médical en recomposition. *Cahiers d'études africaines*, 45(179-180), 645–669. <https://doi.org/10.4000/etudesaficaines.6851>

15 Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M., Ridde, V., & Zunzunegui, M. V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: a step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 143.

santé mentale. En Afrique du Sud, la période post-apartheid a imposé une nécessité une lutte d'équité entre les épistémologies occidentales de la médecine et les pratiques autochtones. Ce mouvement a donné naissance à des programmes de réhabilitation communautaire, incluant des guérisseurs traditionnels qui ont démontré leur efficacité dans le traitement des traumatismes liés aux violences structurelles.



**« L'exportation
des savoirs
psychiatriques
occidentaux
vers les pays
du Sud global
peut contribuer
à dépolitiser les
souffrances et
à maintenir les
inégalités,
sous couvert. »**



Fort de ce constat, Boaventura de Sousa Santos (2014) ¹⁶ a proposé une reconfiguration des savoirs sur la santé mentale à travers son concept d'écologie des savoirs, dont le but est de dépasser l'idée d'une hiérarchie entre les savoirs scientifiques et traditionnels pour favoriser leur coexistence et leur dialogue dans une logique de justice cognitive. Cela implique selon l'auteur :

- une reconnaissance des pratiques traditionnelles comme formes légitimes de soin ;
- une dépsychiatisation des catégories diagnostiques ;
- une formation interculturelle des professionnel.le.s

La guérison en Afrique dépasse la notion de traitement biomédicale comme le précise Ramugondo (2018) ¹⁷ à travers son concept de *healing work* avec lequel elle décrit une pratique ancrée dans des dynamiques sociales, politiques et spirituelles ¹⁸.

16 Boaventura de Sousa Santos. (2014). *Épistémologies du Sud. Mouvements citoyens et polémique sur la science*. Presses de Sciences Po.

17 Ramugondo, E. L. (2018). *Healing work: Intersections for decoloniality*. World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 74(2), 83–91

18 Horn, J. (2020). *Decolonising emotional well-being and mental health in development: African feminist innovations*. African Women's Development Fund (AWDF).

Le healing work (travail de guérison) dans une perspective féministe africaine ne se limite pas à des approches individuelles ou cliniques de la santé mentale. Il s'inscrit dans une compréhension holistique du bien-être, qui relie les dimensions émotionnelles, sociales, économiques et politiques de la vie des femmes et des personnes marginalisées. Comme le souligne Jessica Horn (2020) ¹⁹, les approches féministes africaines du bien-être émotionnel mettent en avant la nécessité de repolitiser le trauma, en reconnaissant que les souffrances vécues sont profondément liées à des structures d'inégalités telles que le patriarcat, la pauvreté ou les violences systémiques. Ainsi, le *healing work* vise non seulement à accompagner les individus, mais aussi à transformer les conditions structurelles qui produisent ces violences.

China Mills (2014) ²⁰ a rejeté l'idée d'une mondialisation des politiques de santé mentale, dans la mesure où elles tendent à psychiatiser la pauvreté. Dans sa perspective, ces politiques interprètent la souffrance

19 Horn, J. (2020). *Decolonising emotional well-being and mental health in development: African feminist innovations*. African Feminist Initiative. <https://www.researchgate.net/publication/339836903>

20 Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203796757>

sociale comme un problème individuel, ce qui masque les causes structurelles telles que les inégalités économiques et les injustices sociales. Cette incohérence est à l'origine des initiatives communautaires visant à combler les manquements, la nature ayant horreur du vide. L'exemple du Burundi avec des projet comme l'IZERE offre une expérience qui montre qu'une politique de santé mentale efficace ne peut se passer d'un dialogue franc avec les savoirs locaux à l'instar des figures traditionnelles et de médiation, comme le *Bashingantahe*.

Des chercheur.e.s à l'instar de Jessica Horn (2020) ²¹, ont prôné une approche féministe et politique de la souffrance mentale, critiquant les modèles psychiatriques occidentaux qui isolent les expériences individuelles, pourtant dans les sociétés africaines, la détresse psychique s'interprète le plus souvent à travers des relations et des dynamiques collectives. Dans cette même suite logique, Taiwo Afuape (2011) ²² parle d'une libération de la psychothérapie. L'idée est

de penser les psychothérapies en intégrant les logiques de résistance et de justice sociale dans les modèles thérapeutiques.

La question de la santé mentale des militants LGBTQI en Afrique centrale et de l'Est devient un sujet crucial, au croisement des violences systémiques, de l'invisibilité institutionnelle et des dynamiques d'engagement excessif. Trois recherches récentes : un guide stratégique (Égides, CCAP, MOLI, 2024) ²³, un rapport de cartographie au Burundi (MOLI & Égides, 2023) ²⁴, et une étude communautaire multisite (Égides, MOLI, Equitas, 2024) offrent un regard inédit sur les réalités psychologiques auxquelles font face les défenseurs des droits LGBTQI dans des environnements politiques et sociaux fortement répressifs.

D'un côté, les rapports présentent un constat préoccupant : les militants LGBTQI francophones évoluent dans des lieux marqués par la criminalisation, la stigmatisation, l'instabilité économique et le danger physique. Cette accumulation de tensions entraîne l'apparition de symptômes de souffrance psychique

21 Horn, J. (2020). Decolonising emotional well-being and mental health in development: African feminist innovations. African Feminist Initiative. <https://www.researchgate.net/publication/339836903>

22 Afuape, T. (2011). Power, resistance and liberation in therapy with survivors of trauma: To have our hearts broken. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203806401>

23 NTETMEN, J., Guide d'intégration transversale de la santé mentale des activistes LGBTQI, Égides, 2024.

24 Kounkeu Ngoumba, D. C., Cartographie des stratégies de résilience des activistes LGBTQI au Cameroun, CCAP / Égides / MOLI, 2023.

chronique, tels que le stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil ou le sentiment de perte de sens. Cependant, ces expériences demeurent largement invisibles tant par les systèmes de santé publique que par les programmes des organisations militantes elles-mêmes, qui ont du mal à faire du soin mental une priorité.

D'un autre côté, ces recherches révèlent des réponses institutionnelles largement insuffisantes : manque de professionnels formés, stigmatisation dans les structures de soins, rareté des ressources psychologiques disponibles, et ignorance des problématiques

particulières des personnes LGBTQI+. Face à ce manque systémique, les communautés réagissent par des formes d'autonomie collective : groupes de parole, retraites de repos, art-thérapie, spiritualités alternatives, espaces de soutien tels que REMURUKA ou HUMURE, formations de pairs aidants. Ces pratiques relèvent d'une épistémologie du soin enracinée, queer et communautaire, qui réinvente les codes du soin en dehors des paradigmes dominants de la médecine.

Les rapports présentent un constat préoccupant : les militants LGBTQI francophones évoluent dans des lieux marqués par la criminalisation, la stigmatisation, l'instabilité économique et le danger physique.

2.2. LES MAD STUDIES : RÉCITS VÉCUS ET ÉPISTÉMOLOGIES DIVERGENTES

Les Mad Studies ²⁵ sont des méthodes impulsées par des personnes ayant vécu l'expérience de psychiatisation qui offrent une dynamique de justice cognitive, où les voix marginalisées deviennent sources de connaissance et de transformation. Peter Beresford et Diano Rose (2023) ²⁶, soulignent l'importance d'un renversement de paradigme permettant de prendre au sérieux les récits subjectifs et les visions du monde des personnes concernées. Leur article *Decolonising global mental health: The role of Mad Studies*, trois axes fondamentaux dans ce processus : une critique radicale des modèles psychiatriques occidentaux et de leur expansion mondiale ; une

méthodologie décoloniale centrée sur les savoirs subalternes ; et des implications cliniques et politiques en faveur de pratiques situées et libératrices.

Ces axes permettent aux Mad Studies de déconstruire la position parfois trop rigide des modèles biomédicaux afin d'offrir des alternatives décoloniales ; de nourrir leur volonté de réinventer la recherche en santé mentale, en rupture avec les méthodologies dominantes, de redéfinir les contours de la clinique et de la recherche en encourageant sur le plan clinique une humilité culturelle et en faisant la promotion des pratiques collectives, comme les cercles de parole, les thérapies communautaires ou des dispositifs hybrides qui combinent savoirs traditionnels et psychosociaux.

25 Mad Studies : Champ interdisciplinaire qui analyse la santé mentale à partir des expériences vécues des personnes concernées (souvent appelées « survivant.e.s de la psychiatrie »). Il remet en question les approches médicales dominantes et valorise des perspectives alternatives, politique et décoloniale sur le souffrance Psychique.

26 Beresford, P., & Rose, D. (2023). *Decolonising global mental health: The role of Mad Studies*. Cambridge Prisms : Global Mental Health, 10, e30, 1-8. <https://doi.org/1017/gmh.2023.21>

2.3. LES PRATIQUES FÉMINISTES AFRICAINES : VERS DES MODÈLES ENRACINÉS

Cet aspect de la revue littéraire a permis d'aborder des pratiques thérapeutiques africaines qui se positionnent contre une tendance qui vise à pathologiser les souffrances psychiques sur des modèles classiques du DSM et de la CIM ²⁷ sans accorder une importance primordiale aux causes structurelles. Jessica Horn (2020) ²⁸ a critiqué cette vision individualiste et a rappelé leur manque d'efficacité parfois dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Les féministes africaines proposent des alternatives comme les chants, les danses, les cercles de parole comme des

27 DSM et CIM sont des outils utilisés par des professionnel.le.s de santé pour diagnostiquer les troubles mentaux. Le DSM est principalement utilisé en Amérique du Nord, tandis que la CIM est utilisée à l'échelle internationale. Ces classifications standardisent les diagnostics, mais font aussi l'objet de critiques, notamment par leur tendance à médicaliser des expériences humaines et à refléter des perspectives occidentales.

28 Horn, J. (2020). Decolonising emotional well-being and mental health in development: African feminist innovations. African Feminist Initiative. <https://www.researchgate.net/publication/339836903>

pratiques thérapeutiques enracinées. Les alternatives communautaires ont été étudiées dans ce contexte à l'instar d'Ubuntu. Cette initiative soutenue par des activistes comme Ruth Ojiambo Ochieng, soutient qu'une véritable guérison ne peut s'opérer que si l'on tient compte du système dans lequel évolue la personne malade. Les pratiques de guérison s'appuient sur des dynamiques collectives telles que les cercles de parole, les espaces communautaires de soutien, ou encore les formes de médiation sociale qui permettent de restaurer les liens, la dignité et le sentiment d'appartenance. L'approche Ubuntu insiste sur le fait que la guérison individuelle est indissociable de la guérison du collectif :

**« Guérir
une personne,
c'est aussi
guérir
sa maison ».**

Ce mouvement mobilise des ressources culturelles plutôt que de recourir à une institutionnalisation. C'est l'exemple des Isis-WICCE en Ouganda ²⁹ qui utilise la musique, la danse et rituels pour reconnecter les personnes en souffrances à leur histoire, à leur corps et à leur dignité collective. C'est aussi l'exemple des thérapies de subsistance, utilisées à Panzi ³⁰ où la guérison passe par une distribution d'outils agricoles et la formation professionnelle pour renforcer l'autonomie des personnes en souffrance.

Les pratiques féministes africaines ont également souligné l'importance de prendre soin de ceux qui soignent. Iels ont proposé une écologie du soin où les personnes

qui soignent devraient prendre soin de leur propre corps à travers une organisation avec l'âme (temps de respiration, célébration collective, soins mutuels au sein des équipes) ; un soutien émotionnel structuré (mettre en place des débriefings émotionnel, pour que le soin ne soit pas un lieu de souffrance secondaire). Cette façon de voir les choses fait du féministe décoloniale une porteuse de soin et non plus seulement une bénéficiaire des soins selon Jessica Horn. La résilience vicariante qui en découle est à l'origine de deux compétences fondamentales pour la santé mentale et le bien-être : des apprentissages mutuels et la réciprocité.

29 Isis-WICCE (Women's International Cross-Cultural Exchange), désormais connu sous le nom de Women's International Peace Centre (The Peace Centre), est une organisation féministe internationale basée à Kampala, en Ouganda, depuis 1993. Elle travaille pour la documentation des expériences des femmes, au leadership, à la consolidation de la paix et à la défense des droits humains dans les zones de conflit et post-conflit en Afrique.

30 À l'hôpital de Panzi, fondé par le Dr Denis Mukwege à Bukavu (RDC), la « thérapie de subsistance », ou plus précisément, le programme de réinsertion socio-économique et de transformation des moyens de subsistance est un pilier essentiel du modèle de prise en charge holistique des survivantes de violences sexuelles.

2.4. ANTIRACISME, GENRE ET BIEN-ÊTRE : DÉCOLONISER LE « *WELLNESS* »

L'ouvrage de Dalia Kinsey (2022), *Decolonizing Wellness* ³¹, a ouvert une autre discussion essentielle pour l'approche décoloniale de la santé mentale. Kinsey a recentré le bien-être sur la justice corporelle, l'autonomie alimentaire et l'affirmation identitaire dans une approche qui ne se limite plus seulement à la diaspora afro-américaine, mais qui résonne également profondément dans les contextes africains. Ces idées trouvent un écho puissant en Afrique centrale et de l'est face aux défis liés à la stigmatisation des corps et des identités non normatives.

Les mouvements africains et les initiatives queer ont démontré que le bien-être peut être un outil puissant de résistance et d'affirmation identitaire. Une approche décoloniale comme celle proposée par Kinsey, soutient un retour aux pratiques enracinées dans les cultures locales tout en luttant contre des inégalités raciales et de genre, à condition que ses initiatives gagnent en visibilité et offrent des alternatives au modèle globale et homogène du « *wellness* ».

31 Kinsey, D. (2022). *Décoloniser le bien-être : un guide centré sur les personnes LGBTQI+ pour échapper au piège des régimes, guérir son image de soi et atteindre la libération corporelle*. BenBella Books.

2.5. PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES DÉCOLONIALES : ENTRE SOIN, POLITIQUE ET CRÉATION

L'approche décoloniale de la santé mentale est une transformation profonde de la manière de penser le soin pour y intégrer des dimensions artistiques, spirituelle, mémorielle et politique. Elle propose des méthodes thérapeutiques qui défient les paradigmes médicaux de l'occident. Ces méthodes sont fondées sur les réalités historiques, économiques et culturelles des groupes marginalisés. Dans ces approches, le soin n'est plus réduit à l'individu, il devient un acte de résistance collective et de reconstruction identitaire. Parmi les innovations thérapeutiques allant dans ce sens, la thérapie des moyens de subsistance conceptualisée par Jessica Horn met en relief l'interconnexion entre autonomie matérielle et pouvoir émotionnel. Les travaux de Taiwo Afuape ont montré comment le processus thérapeutique pouvait devenir un espace de transformation politique. Pour cet auteur, la libération et la guérison sont indissociables. La thérapie ne devrait seulement viser à soulager la douleur, mais aussi à redéfinir les identités et les relations sociales en dehors des cadres normatifs contraignants.

Ces conceptions intègrent bien les réalités collectives du soin en Afrique, où la guérison est après tout une expérience partagée. Lorsqu'on examine le concept de résilience vicariante ³², on peut souligner l'importance du rôle des professionnel.le.s de santé mentale comme porteurs de mémoires et facilitateurs de la résilience collective. En Afrique du Sud par exemple, les cercles de guérison pour les survivants des violences intercommunautaires rassemblent les praticiens et les survivant.e.s dans un processus de soin commun, où les récits personnels deviennent des ressources partagées.

32 La résilience vicariante est le processus par lequel les professionnel.le.s de l'aide (psychologues, travailleurs sociaux, activistes, etc.) transforment positivement leur propre vie en réponse à la résilience et au rétablissement de leurs clients, malgré l'exposition répétée à des récits traumatiques. Contrairement au trauma vicariant (négatif), elle engendre espoir, sens, et croissance personnelle.



3. PRÉSENTATION DES DONNÉES DU TERRAIN

3.1. DESCRIPTION DU CORPUS QUALITATIF

Comme indiqué dans la section méthodologique, la présente étude s'appuie sur de données qualitatives, qui sont mobilisées pour rendre compte, de façon approfondie et contextualisée, des expériences subjectives, collectives et professionnelles liées à la santé mentale et au bien-être des personnes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Le recours à une méthodologie qualitative s'est imposé au regard de la nature sensible des thématiques abordées, de la diversité des contextes sociopolitiques et culturels, ainsi que de la nécessité de privilégier une approche compréhensive, située et participative.

La collecte des données qualitatives s'est appuyée sur un guide d'entretien semi-structuré, construit autour de cinq grands axes thématiques.

1

COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE ET DU SOUTIEN :

Découvrir les visions culturelles et communautaires du bien-être.

2

EXPÉRIENCES AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE :

Collecter des témoignages sur la psychiatrie, le diagnostic, l'hospitalisation, et les soins professionnels.

3

PRATIQUES COMMUNAUTAIRES ET APPROCHES ALTERNATIVES

DE SOIN : Mettre en avant les connaissances, soutiens et stratégies présentes dans les communautés LGBTQI.

4

SOINS, COMBAT ET ÉQUITÉ SOCIALE :

Examiner les connexions entre santé psychologique, oppression et résilience.

5

IMAGINER ET ENVISAGER DES SOINS DÉCOLONIAUX ET ALTERNATIFS :

Encourager une vision collective et contextuelle du soin.

Ces axes ont été élaborés à partir de la revue de la littérature, des échanges préliminaires avec des personnes ressources, ainsi que des principes théoriques de l'approche intersectionnelle et décoloniale adoptée dans cette recherche. Le guide d'entretien a été construit de manière souple pour permettre aux participant.e.s de développer leurs récits de manière libre, en garantissant une cohérence thématique entre les focus groups. Cette souplesse méthodologique a favorisé l'émergence de discours singuliers, ancrés dans les réalités locales et les trajectoires personnelles.

Le corpus qualitatif est constitué d'un total de six (06) focus groups et de dix (10) entretiens individuels, réalisés dans quatre pays de l'Afrique centrale et de l'Est : le Cameroun, la République Démocratique du Congo (RDC), le Burundi et le Gabon. Ces pays ont été retenus en raison de leur partenariat

avec EGIDES, de la diversité de leurs contextes socioculturels, juridiques et militants, mais également de l'existence de réseaux communautaires actifs permettant un accès éthique et sécurisé aux participant.e.s. Les focus groups ont réuni en moyenne 7 participant.e.s par groupe, favorisant des échanges collectifs dynamiques et la co-construction de savoirs à partir d'expérience partagées. Les entretiens individuels, quant à eux, ont permis d'explorer plus en profondeur les trajectoires personnelles, les vécus subjectifs et les dimensions cliniques plus intimes liées à la santé mentale et au bien-être.

Les participant.e.s au corpus qualitatif présentent des profils diversifiés, conformément à l'orientation intersectionnelle de la recherche. Ils incluent :



Des activistes LGBTQI+,
engagé.e.s dans des
organisations communautaires
ou des mouvements de
défense des droits humains.



Des personnes LGBTQI+
issues des différents
milieux sociaux, générations
et identités de genre et
d'orientation sexuelle.



Des prestataires de
soins, notamment des
professionnel.le.s de santé
mentale (psychologues,
psychiatres, travailleurs.euses
psychosociaux.ales).



Des chercheur.e.s et historien.
ne.s, impliqué.e.s dans la
production de savoirs sur la
diversité sexuelle et de genre,
les dynamiques culturelles et
les héritages historiques.

Cette pluralité de profils a permis de croiser les regards profanes, militants, cliniques et académiques, enrichissant ainsi la compréhension des enjeux étudiés.

Les entretiens et focus groups ont été conduits dans un cadre éthique visant à garantir la confidentialité, la sécurité et le consentement libre et éclairé des participant.e.s. Les échanges ont privilégié une posture non directive, bienveillante et respectueuse, permettant l'expression de vécus parfois marqués par la violence, la stigmatisation ou la souffrance psychique. Selon les contextes, nationaux, et les préférences des participant.e.s, les discussions ont été menées en français et, lorsque nécessaire, avec des ajustements linguistiques et culturels afin de faciliter ma compréhension et l'authenticité des récits. L'attention portée aux dynamiques de pouvoir, aux rapports de genre et aux positions sociales a constitué un élément central dans l'animation des échanges, notamment au sein des focus groups.

3.2. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON QUANTITATIF

L'analyse des données produites par le questionnaire montre que 31 participant.e.s ont fourni des réponses exploitables. La répartition par âge indique une population constituée des jeunes adultes et des adultes, avec des âges allant de 26 à 55 ans. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 27 et 38 ans, correspondant à une période de vie marquée par :

- une implication militante souvent active,
- une forte exposition aux pressions sociales, économiques et politiques,
- une charge émotionnelle importante liée à la visibilité LGBTQI+ dans des contextes criminalisants.

Un pic se forme autour de 27-28 ans, ce qui traduit une forte présence de jeunes activistes en début ou en consolidation de parcours militant. L'on note également une représentation significative des personnes âgées de 31 à 38 ans, correspondant à des profils souvent plus expérimentés, occupant parfois des rôles de

leadership communautaire. En fin, l'on a relevé une présence plus réduite des personnes au-delà de 40 ans, suggérant une participation intergénérationnelle, bien que minoritaire.

La distribution décrite ci-dessus ne doit pas être interprétée uniquement comme un biais d'âge, mais comme le reflet des dynamiques de visibilité et de prise de parole dans les espaces militants. Elle doit aussi être lue comme l'expression des inégalités générationnelles dans l'accès aux outils numériques (questionnaire en ligne). En fin cette distribution doit traduire les risques sécuritaires différenciés, les personnes plus âgées pouvant être plus exposées ou plus réticentes à participer à des enquêtes formelles.

Cette structure d'âge est fondamentale pour l'analyse de la santé mentale et du bien-être dans la mesure où, elle concerne une population en pleine activité militante, exposée à une pression sociale constante (répression, précarité, violences, burn-out militant) et souvent sans accès durable à des dispositifs de soin adaptés. Elle renforce l'hypothèse selon laquelle :

« La santé mentale et le bien-être des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est est étroitement liée aux conditions sociales, politiques et économiques dans lesquelles s'inscrit leur engagement ».

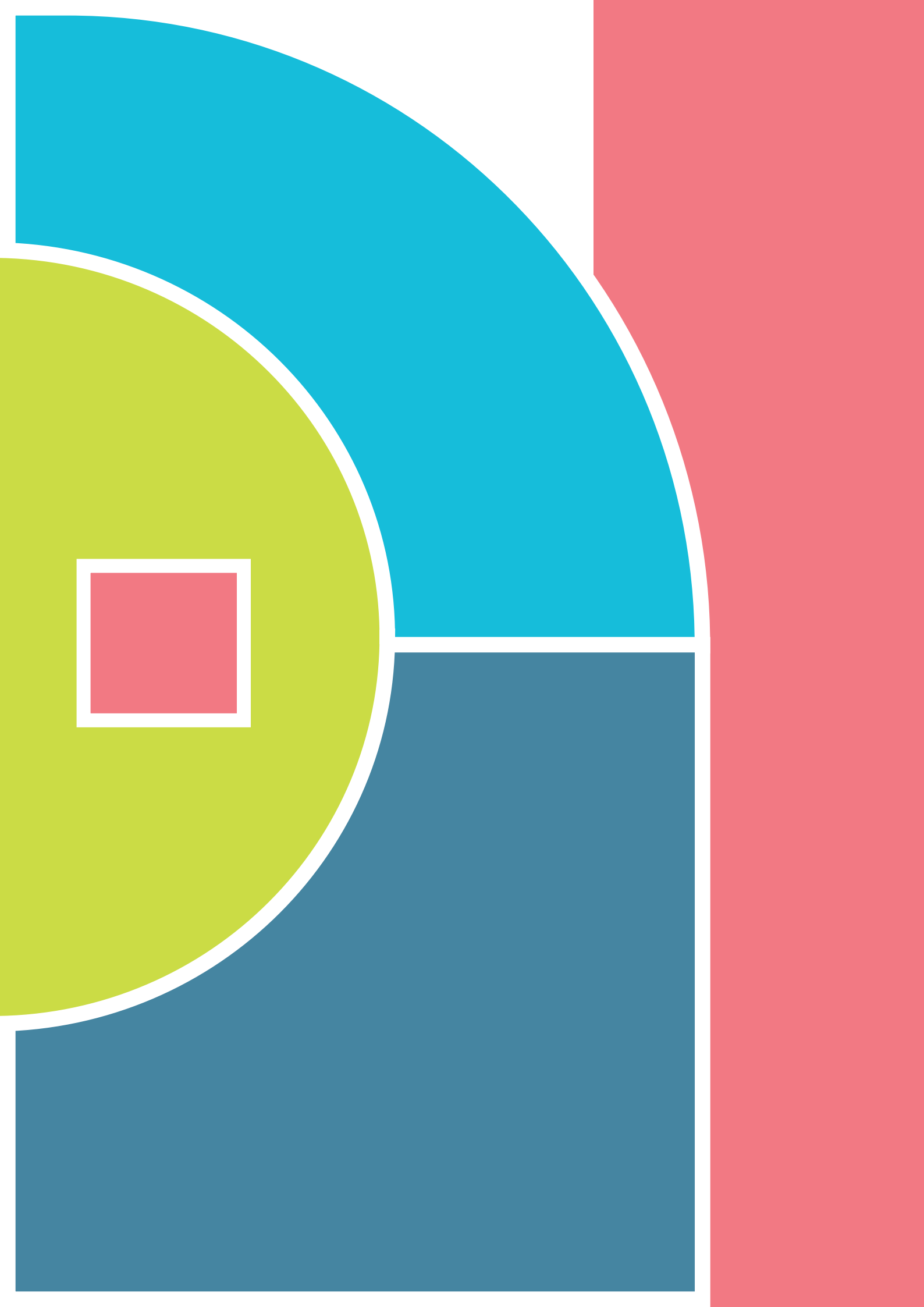


En sommes, la recherche s'est basée sur un corpus de 31 questionnaires complets et exploitables. Si la taille de cet échantillon paraît modeste pour une analyse statistique généralisable, elle est tout à fait significative pour une recherche ciblée sur des populations activistes en contexte de vulnérabilité. Elle permet une analyse des tendances pouvant être croisées avec les données qualitatives (entretiens et focus groups). L'échantillon a couvert trois (03) pays clés de l'Afrique centrale et de l'Est : la République Démocratique du Congo (RDC), représentant la majorité des participant.e.s avec 45,2% de participation ; le Burundi, 29% de participation et le Cameroun 25,8% de participation. Cette répartition assure une perspective transfrontalière, qui permet une comparaison des contextes politiques et sociaux de ces trois pays. Les participant.e.s ont utilisé des termes variés pour s'autodéfinir conformément à l'approche décoloniale. Ainsi, l'on a noté une représentation significative des femmes cis (19,4%), des personnes transgenres, non-binaires et hommes cis. La diversité a été également marquée avec la prédominance des personnes homosexuelles (32,3%), suivies des bisexuel.le.s (29%) et des pansexuel.le.s (22,6%).

L'échantillon est constitué sur le plan socio-professionnel et engagement militant des personnes fortement investies dans la lutte pour les droits humains. Une majorité de 80,6% des participant.e.s se déclare « *engagée activement* » dans la communauté, garantissant ainsi la pertinence des données dans leur rôle de reflet des réalités et des besoins spécifiques liés au militantisme. Toutefois, une précarité relative ou une dépendance au secteur associatif a été observée, avec 32,3% d'activistes à temps plein et 16,1% de personnes sans emploi. Les salariées (25,8%) et étudiant.e.s (19,1%) ont complété le tableau.

La prédominance des jeunes adultes dans l'échantillon constitue une limite relative, dans la mesure où les expériences des personnes LGBTQI+ plus âgées, souvent porteuses de savoirs historiques et de stratégies de résilience sur le long terme, restent sous-représentées. Toutefois, cette distribution reflète les réalités actuelles de l'activisme LGBTQI+, largement porté par des générations jeunes à intermédiaires. Notons également que l'accès au questionnaire a nécessité une connexion internet et un certain degré de littératie numérique. Par conséquent, les activistes ruraux ou ceux n'ayant pas accès aux outils digitaux sont sous-représentés. Néanmoins, ce biais a été compensé par la profondeur des réponses

obtenues sur le terrain urbain et militant. Le taux d'engagement (80,6%) que cet échantillon a permis de mettre en évidence prouve que la recherche n'a pas porté sur le « *grand public* » LGBTQI+, mais sur la « première ligne ». L'on a étudié ceux qui portent le mouvement sur leurs épaules.



4. ANALYSE DES DONNÉES DE TERRAIN

4.1. ANALYSE QUALITATIVE THÉMATIQUE

4.1.1. COMPRÉHENSIONS LOCALES DE LA SANTÉ MENTALE ET DU SOUTIEN

L'analyse des entretiens individuels et des focus groups met en évidence des compréhensions locales, situées et relationnelles de la santé mentale, qui s'écartent des définitions biomédicales ou strictement psychologisantes.

La santé mentale n'est pas pensée comme l'absence de trouble, mais comme une capacité à tenir, à continuer à vivre et à agir dans des contextes marqués par la violence, la peur et l'exclusion.

Plusieurs participant.e.s ont décrit la santé mentale comme un équilibre fragile, constamment menacé par l'environnement social et politique :



« La santé mentale, ce n'est pas être toujours bien. C'est réussir à ne pas s'effondrer malgré tout ce qu'on vit. »

(Activiste LGBTQI+, RDC).

La souffrance psychique est ainsi perçue comme relationnelle et contextuelle. Elle a un lien étroit avec les expériences de rejet familial, de stigmatisation sociale et de criminalisation. La famille apparaît fréquemment comme le premier espace de fragilisation psychique :

« Quand ta propre famille te rejette, tu commences à douter de toi-même. C'est là que la tête commence à lâcher. »

(Participant.e, Cameroun).

Au-delà de la sphère familiale, les participant.e.s ont évoqué un climat permanent de peur, alimenté par les lois répressives, les discours religieux et la violence institutionnelle. Cette peur constante engendre un stress chronique, une hypervigilance et un sentiment d'insécurité durable :

« Tu ne peux jamais être tranquille. Même quand tout va bien, tu as peur que quelque chose arrive. »

(Activiste focus group RDC-Congo).

Dans ce contexte, le mal-être psychique n'est pas interprété comme une faiblesse individuelle, mais comme une réaction à des conditions de vie anormales. Les récits soulignent une lecture collective et politique de la souffrance, en rupture avec les approches individualisantes de la santé mentale.

Le soutien quant à lui, est défini comme la présence de relations sécurisantes. Être soutenu.e signifie avoir la possibilité de parler librement, d'être cru.e et reconnu.e dans son vécu :

**« Le soutien,
ce n'est pas
forcément
un psychologue.
C'est quelqu'un
qui t'écoute
sans te juger. »**

(Participant.e, Burundi).

**« Avant,
nos cultures
n'étaient pas
comme ça.
Beaucoup des choses
viennent de
la colonisation
et des religions. »**

(Expert en santé mentale)

Les espaces communautaires apparaissent ainsi comme des lieux centraux de régulation émotionnelle, où le partage d'expériences similaires permet de rompre l'isolement et de restaurer un sentiment d'appartenance.

Enfin certains discours établissent de façon explicite un lien entre la souffrance actuelle et l'histoire coloniale, en soulignant que les normes qui condamnent les identités et orientations LGBTQI+ sont comme importées et imposées :

Dans l'ensemble, les compréhensions locales de la santé mentale qui émergent de ces récits mettent en évidence une vision holistique, politique et collective du bien-être. La santé mentale est conçue comme un processus de résistance et de survie, étroitement lié aux conditions sociales, historiques et communautaires dans lesquelles évoluent les personnes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est.

4.1.2. EXPÉRIENCES VÉCUES AVEC LES SYSTÈMES DE SANTÉ MENTALE

La relation des personnes LGBTQI+ qui ont participé à l'étude avec le système de santé mentale classique est une relation fondamentalement méfiante, ambivalente et parfois violente. Iels perçoivent ces systèmes comme des espaces peu sûrs, marqués par la stigmatisation, l'ignorance des réalités LGBTQI+ et des pratiques explicitement pathologisantes. Plusieurs participant.e.s ont rapporté des expériences de jugement moral ou de remise en question de leur identité lors de consultations psychologiques ou psychiatriques :

***« Quand j'ai parlé de mon orientation,
le psychologue a commencé à me dire
que c'était sûrement la cause
de mes problèmes. »***

(Entretien individuel, Cameroun)

Dans certains cas, la consultation devient un espace de violence symbolique, où la souffrance expérimentée est réduite à l'identité sexuelle ou de genre :

***« On ne m'a pas écouté.
Tout était ramené au fait que je sois gay. »***

(Activiste, RDC)

Ces expériences renforcent un sentiment de défiance durable envers les institutions de soin. Plusieurs participant.e.s ont expliqué avoir interrompu toute démarche thérapeutique après une première expérience négative :

« Après ça, je me suis dit que je ne retournerai plus jamais voir un psy. »

(Participant.e, focus group)

La crainte de l'exposition, du manque de confidentialité et des conséquences sociales est également très présente, notamment dans des contextes où l'homosexualité et la transidentité sont criminalisées :

« Tu ne sais jamais si ce que tu dis va rester dans le bureau ou sortir dehors. »

(Activiste, Burundi)

Certain.e.s participant.e.s évoquent aussi des tentatives de normalisation forcée, parfois sous couvert de soin, incluant des discours religieux ou moralisateurs :

**« On m'a proposé de prier pour guérir.
Ce n'était plus un soin,
c'était une correction. »**

(Entretien, RDC).

Face à ces expériences, les systèmes de santé mentale sont souvent perçus comme inadaptés, car construits à partir de référentiels occidentaux et biomédicaux qui ignorent les dimensions sociales, politiques et communautaires de la souffrance :

**« Ils veulent soigner l'individu,
mais ils ne regardent jamais
le système qui nous détruit. »**

(Activiste, Cameroun).

Toutefois, quelques récits nuancent ce constat en mentionnant des professionnel.l.e.s perçu.e.s comme allié.e.s, bien que rares et souvent identifiés grâce aux réseaux communautaires :

« C’est parce qu’on me l’a recommandé dans la communauté que j’ai osé y aller et c’était plutôt une belle expérience. »

(Participant.e, RDC)

Dans l’ensemble, les expériences vécues avec les systèmes formels de santé mentale apparaissent comme marquées par une violence structurelle, contribuant parfois davantage à la détresse psychique qu’au soulagement de la souffrance. Ces constats expliquent en grande partie le recours privilégié à des formes alternatives et communautaires de soin, qui sont développées dans la section suivante.

4.1.3. PRATIQUES COMMUNAUTAIRES ET ALTERNATIVES DE SOIN

Face à la méfiance et aux violences vécues dans les systèmes formels de santé mentale, les personnes LGBTQI+ interrogées ont décrit un recours massif à des formes communautaires, informelles et alternatives de soin, perçues comme plus sûres, plus humaines et plus adaptées à leurs réalités. Ces pratiques ne sont pas toujours nommées comme « *soin* » au sens biomédical, mais comme des espaces de respiration, de réparation et de survie psychique. Les participant.e.s dans leurs discours ont évoqué le rôle central des espaces communautaires comme lieux de soutien émotionnel et de régulation de la détresse :

« C’est quand on se retrouve entre nous, qu’on parle librement, que je me sens mieux. »

(Participant.e, focus group RDC).

Ce type de discours souligne le soin comme un processus relationnel, fondé sur la reconnaissance mutuelle et le partage d'expériences similaires. Le fait de parler « *entre nous* » renvoie à un espace non jugeant, affranchi du regard normatif dominant. Ces cercles fonctionnent comme des lieux de contenance psychique collective, où la parole circule sans être immédiatement pathologisée. Le bien-être ne vient pas d'une expertise extérieure, mais de la présence des pairs et de la possibilité d'être compris sans avoir à se justifier.

D'autres récits mettent en avant l'importance du soutien entre pairs comme première ligne de réponse face à la souffrance :

***« Quand ça ne va pas,
je parle d'abord à un.e aîné.e
de la communauté qui peut
me donner des conseils
à partir de ses expériences
dans la communauté. »***

(Entretien individuel, Cameroun).

Ce choix traduit une hiérarchisation implicite des ressources de soin, où la communauté précède des institutions. Le pair est perçu comme plus accessible, plus sûr et plus apte à comprendre les enjeux spécifiques liés à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et à l'activisme. Cette pratique témoigne d'une auto-organisation communautaire du care, développée en réponse à l'exclusion structurelle des systèmes officiels de santé mentale.

Les pratiques artistiques, culturelles et corporelles apparaissent également comme des moyens essentiels de régulation émotionnelle :

**« La danse,
la musique,
ça m'aide à sortir
ce que je garde
à l'intérieur. »**

(Activiste, RDC)

Ces pratiques sont décrites comme des espaces d'expression de l'indicible, permettant de transformer la souffrance en mouvement, en création ou en partage. Elles jouent un rôle de médiation psychique, en particulier dans des contextes où la verbalisation directe est difficile ou risquée. L'art devient ainsi une forme de soin incarnée, inscrite dans le corps et dans la culture, échappant aux cadres thématiques classiques.

La dimension spirituelle et symbolique est également évoquée comme ressource de soutien :

**« Il y a des choses
qu'on règle
par la prière ou les rituels,
pas à l'hôpital. »**

(Activiste, Cameroun)

Ce type de discours rappelle que la santé mentale est pensée de manière holistique, intégrant le spirituel, le social et l'émotionnel. Ces pratiques ne sont pas nécessairement opposées à la médecine moderne, mais elles répondent à des besoins que celle-ci ignore ou disqualifie. Elles participent à une continuité culturelle du soin, souvent marginalisée par les politiques publiques de santé.

En fin, plusieurs participant.e.s ont insisté sur le caractère politique de ces pratiques alternatives :

**« Prendre soin entre nous,
c'est aussi une forme de résistance. »**

(Activiste, Expert en santé mentale)

Le soin communautaire apparaît comme un acte de survie mais aussi comme un geste de contestation face à des systèmes qui produisent de la souffrance. Il s'agit de reprendre un pouvoir d'agir sur sa santé mentale, en dehors des cadres imposés. Ces pratiques constituent ainsi des formes de résilience militante, au croisement du bien-être individuel et de la lutte collective.

Dans l'ensemble, les pratiques communautaires et alternatives de soin décrites par les participant.e.s montrent que la santé mentale, dans ces contextes, ne peut être pensée uniquement à partir des institutions. Elle se construit dans des espaces relationnels, culturels et politiques, portés par les communautés elles-mêmes, et constitue un socle central pour toute approche décoloniale du bien-être.

4.1.4. SANTÉ MENTALE, MILITANTISME ET LUTTE POLITIQUE

Les données recueillies montrent que la santé mentale des activistes LGBTQI+ est indissociable de leur engagement militant. L'activisme apparaît à la fois comme une source majeure de souffrance psychique et comme un espace de sens, de résistance et de réparation. Cette ambivalence traverse l'ensemble des récits, révélant une tension constante entre engagement politique et épuisement émotionnel. Plusieurs participant.e.s ont décrit le militantisme comme un facteur d'exposition accrue à la violence et à la détresse :

« Être activiste, c'est être toujours sous pression, toujours en alerte. »

(Entretien individuel, Cameroun)

Ce discours met en évidence un état de vigilance permanente, lié aux menaces sécuritaires, aux attaques publiques et à la criminalisation. La lutte pour les droits devient une charge psychique continue, sans véritable espace de repos. L'activisme est ici vécu comme un travail émotionnel intense, rarement reconnu, qui fragilise progressivement l'équilibre psychologique des personnes engagées.

D'autres récits ont insisté sur l'épuisement militant et la difficulté à prendre soin de soi dans des contextes de lutte :

« On s'oublie beaucoup dans le combat. »

(Activiste, RDC)

Cette phrase révèle une dynamique sacrificielle, où le collectif et la cause priment sur les besoins individuels. Le soin de soi est souvent perçu comme secondaire, voire illégitime, face à l'urgence des luttes. Cette logique contribue à l'installation de formes de fatigue chronique, de découragement et parfois de désengagement, mettant en lumière les coûts psychiques invisibles de l'activisme.

Cependant, le militantisme est aussi décrit comme un facteur protecteur, porteur de sens et de valorisation subjective :

« Ce que je fais me donne une raison de tenir. »

(Activiste, Burundi)

Dans ce registre, l'engagement politique fonctionne comme un soutien psychique, en permettant de transformer la souffrance individuelle en action collective. Le militantisme offre une narration cohérente de l'expérience vécue, où la douleur trouve une place et une utilité. Cette dimension renforce l'estime de soi et le sentiment d'appartenance, malgré les violences subies.

Les participant.e.s ont également permis de relever que l'activisme crée des espaces de solidarité émotionnelle :

**« Le collectif m'a sauvé
à un moment où j'avais des difficultés. »**

(Entretien individuel, RDC)

Ce type de discours montre que les organisations et réseaux militants jouent un rôle de soutien comparable à celui d'un dispositif thérapeutique informel. Le collectif agit comme un contenant psychique, offrant écoute, reconnaissance et entraide. Ces espaces permettent de rompre l'isolement et de partager une souffrance qui, autrement, resterait silencieuse et individualisée.

Enfin, certains récits expriment une conscience aiguë du caractère politique de la santé mentale :

**« Notre mal-être vient aussi du système,
pas seulement de nous. »**

(Focus group mixte RDC-Congo)

Cette prise de parole déplace la responsabilité de la souffrance hors de l'individu, en la replaçant dans des structures sociales, juridiques et politiques oppressives. Elle remet en question les approches psychologisantes qui décontextualisent la détresse psychique. La santé mentale est ainsi pensée comme un enjeu collectif et politique, intimement lié aux conditions de vie, de lutte et d'existence des personnes LGBTQI+.

En somme, les données montrent que le militantisme constitue un espace paradoxal ; à la fois un lieu de vulnérabilité psychique et ressource fondamentale de résilience. Comprendre la santé mentale des activistes LGBTQI+ nécessite donc d'analyser les conditions mêmes de l'engagement, ses coûts émotionnels, mais aussi ses fonctions protectrices et réparatrices dans des contextes de marginalisation extrême.

4.1.5. PROPOSITIONS FORMULÉES PAR LES ACTIVISTES

Les activistes LGBTQI+ rencontré.e.s ne se sont pas limité.e.s à un constat des souffrances vécues ; leurs discours ont été traversés par des propositions concrètes pour transformer les pratiques de santé mentale et de bien-être. Ces propositions s'inscrivent dans une critique des modèles dominants et dans une volonté affirmée de construire des réponses enracinées dans les réalités locales, communautaires et politique. Une première proposition récurrente concerne la nécessité de créer des espaces de soin communautaires sécurisés :

**« Il nous faut
des espaces à nous,
où on peut parler
sans peur. »**

(Focus group, Cameroun)

Ce discours souligne l'importance de lieux non jugeants, protégés de la violence institutionnelle et sociale. Les participant.e.s expriment un besoin de cadres où la parole LGBTQI+ puisse circuler librement, sans crainte de stigmatisation ou de dénonciation. Ces espaces sont pensés non seulement comme des lieux d'écoute, mais aussi comme des espaces de reconstruction collective et de reconnaissance mutuelle.

Les activistes ont également insisté sur la formation des professionnel.le.s de la santé mentale aux réalités LGBTQI+ :

**« Beaucoup
de psychologue
ne comprennent pas
nos réalités. »**

(Entretien individuel, RDC)

Cette proposition met en évidence le décalage entre les pratiques cliniques existantes et les expériences vécues des personnes LGBTQI+. Les participant.e.s appellent à des formations sensibles aux questions de genre, de sexualité, de colonialité et de violences structurelles. L'enjeu n'est pas seulement technique, mais profondément éthique et politique : il s'agit de déconstruire les biais normatifs qui traversent les dispositifs de soin.

Plusieurs discours ont valorisé l'intégration des pratiques culturelles, artistiques et spirituelles dans les approches de bien-être :

**« Le soin, ce n'est pas
seulement parler chez un psy. »**

(Focus group mixte, RDC-Congo)

Cette affirmation élargit la définition du soin au-delà du cadre biomédical. Les activistes évoquent la danse, la musique, les rituels, la spiritualité ou les cercles de soin comme des ressources thérapeutiques légitimes. Ces pratiques sont perçues comme plus accessibles, plus collectives et mieux adaptées aux réalités locales, contribuant à une conception holistique de la santé mentale.

Une autre proposition centrale concerne la reconnaissance du lien entre conditions matérielles et santé mentale :

**« Quand on
n'a rien à manger,
parler de bien-être
devient compliqué. »**

(Entretien individuel, Burundi)

Ce discours rappelle que la détresse psychique est étroitement liée à la précarité économique. Les activistes appellent à intégrer des dimensions d'autonomisation économique dans les programmes de santé mentale. Le bien-être est ainsi pensé comme indissociable des conditions de vie, du travail, du logement et de la sécurité financière.

Enfin, plusieurs participant.e.s ont souligné l'importance d'un retour des résultats aux communautés :

« Il faut que ce qu'on dit serve vraiment à quelque chose. »

(Focus group, Cameroun)

Cette demande exprime une exigence de redevabilité et de participation continue. Les activistes souhaitent être considéré.e.s comme des co-producteurs de savoirs, et non comme de simples sources de données. Cette posture rejoint une épistémologie décoloniale, qui valorise les savoirs situés et la restitution comme acte politique et éthique.

De manière synthétique, les propositions formulées dessinent les contours d'une approche de la santé mentale fondée sur la communauté, la reconnaissance des savoirs locaux, la justice sociale et la transformation des rapports de pouvoir. Elles constituent une base solide pour l'élaboration d'un référentiel décolonial de santé mentale et de bien-être adapté aux contextes d'Afrique centrale et de l'Est.

4.2. ANALYSE QUANTITATIVE

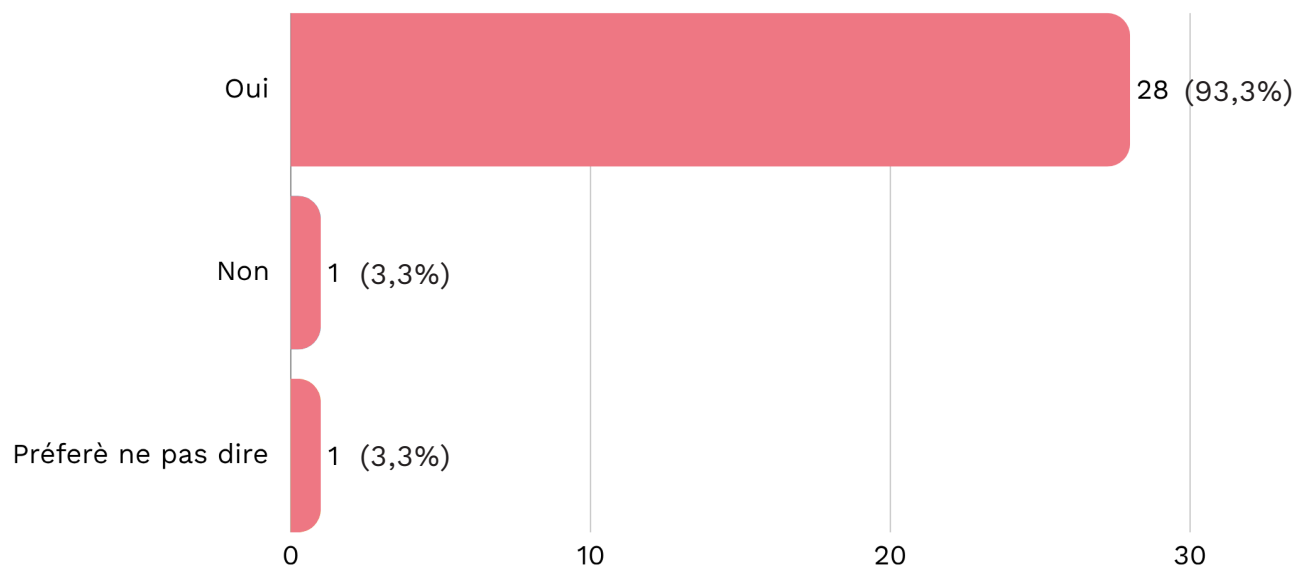
L'analyse quantitative vise à dégager des tendances générales relatives à la santé mentale, au bien-être et aux expériences de soin des personnes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Elle repose sur le questionnaire élaboré et administré en ligne. Cette analyse s'inscrit dans une démarche descriptive et interprétative, sans prétention à la généralisation statistique. Dans une perspective décoloniale, ces données sont appréhendées comme des indicateurs situés, venant éclairer les récits qualitatifs et non comme des mesures objectives ou universelles de la souffrance psychique.

4.2.1. INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE ET DE DÉTRESSE PSYCHIQUE

QUESTION 10 - A :

AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU DES MOMENTS DE MAL-ÊTRE OU DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ?

30 RÉPONSES



Le résultat le plus saillant de la recherche est l'unanimité des participant.e.s face à la souffrance psychique : en réponse à la question 10 (avez-vous déjà vécu des moments de mal-être ou de détresse psychologiques ?), presque 100% (93,3%) des activistes interrogés ont déclaré avoir déjà vécu des moments de mal-être ou de détresse psychologique. Cette statistique marque un « *choc* » et souligne que la détresse n'est pas une

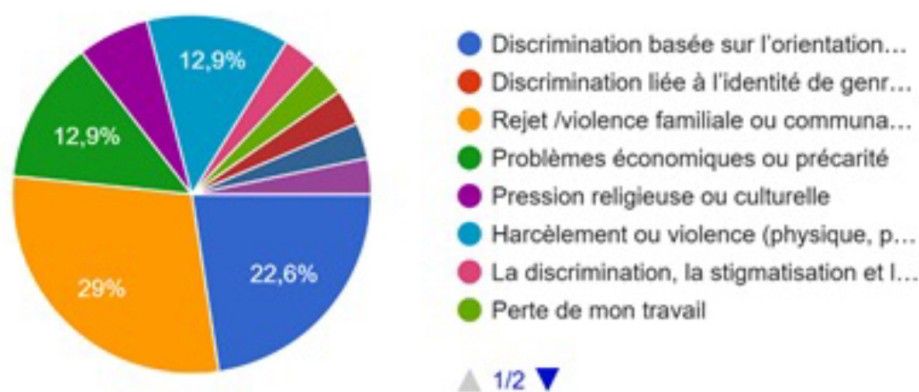
exception, mais une composante structurelle de la vie des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Elle est l'expression d'un environnement de vie et de lutte marqué par une pression psychologique constante.

QUESTION 11 :

D'APRÈS VOUS, QUELS ÉLÉMENTS ONT CONTRIBUÉ À CES DIFFICULTÉS ?

(PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)

31 RÉPONSES



L'analyse des causes de cette détresse montre qu'elle n'est pas uniquement liée à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre, mais à un système emboîté de violences :

DISCRIMINATIONS IDENTITAIRES : 90,3% des participant.e.s subissent des discriminations basées sur leur orientation sexuelle et 64,5% sur leur identité de genre, faisant ainsi de ces deux sources les premiers vecteurs de souffrance dans la communauté LGBTQI+.

PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE (80,6%) : c'est un point majeur pour l'approche décoloniale. La détresse psychique est intimement liée à l'incapacité de subvenir à ses besoins fondamentaux, souvent accentuée par l'exclusion du marché de l'emploi classique.

VIOLENCES SOCIALES ET FAMILIALES (72,2%) : le rejet familial et communautaire prive les activistes de leurs premiers cercles de sécurité, occasionnant un isolement social observé chez 71% des participant.e.s.

Les descriptions qualitatives fournies par les répondant.e.s ont mis en lumière des symptômes récurrents qui dépassent le simple stress. L'on a ainsi noté : le sentiment d'être incompris.e, perte d'identité, sentiment d'être seule au monde, dégoût et envie de disparaître, anxiété chronique liée à la sécurité (peur de l'arrestation ou de l'agression), épisodes dépressif, pensées suicidaires, etc.

Le fait que 80% des participant.e.s soient des activistes de première ligne suggère que le travail militant, loin d'être uniquement un espace d'épanouissement, est aussi un lieu d'exposition à une forte charge émotionnelle. Le « *burn-out militant* » est ici aggravé par des conditions de vie précaires. Cela implique pour les bailleurs et décideurs que tout programme de santé mentale ne soit pas limitée à une approche clinique (thérapie individuelle ou de groupe), mais doivent intégrer des dimensions structurelles qui intègre un volet d'autonomisation économique et de sécurisation des espaces communautaires, car la détresse est nourrie par des facteurs extérieurs et matériels.

4.2.2. ACCÈS AUX SOINS ET EXPÉRIENCES DE DISCRIMINATION

QUESTION 15 - A :

AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ UN.E PROFESSIONNEL.LE EN SANTE MENTALE ?

31 RÉPONSES



L'accès aux soins cliniques (psychologues, psychiatres) reste marqué par une forte fracture :

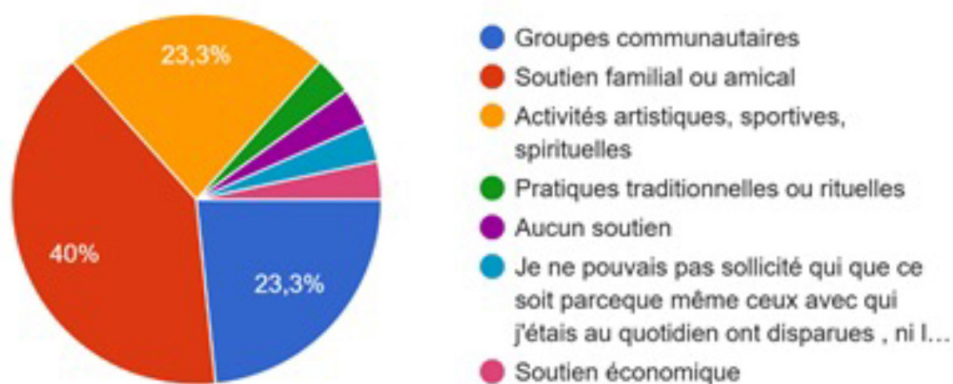
- Si **58,1%** des participant.e.s ont déjà consulté un.e professionnel.le.,
- **38,7%** n'ont jamais eu recours à ce type de service.

Les chiffres ci-dessus révèlent une situation digne d'intérêt : alors qu'à peu près 100% de l'échantillon exprime une détresse psychique, près de la moitié reste en dehors du circuit de soin formel. Le fossé s'explique par plusieurs facteurs identifiés dans les réponses ouvertes : le coût financier, la crainte d'être pathologisé.e ou discriminé.e par le personnel soignant, et le manque de services « *sensibles* » aux réalités LGBTQI+.

QUESTION 18 :

QUELLES AUTRES FORMES DE SOUTIEN AVEZ-VOUS SOLLICITÉES ?

30 RÉPONSES



Face aux barrières du système classique, les activistes ont développé des stratégies de soin endogènes. Lorsqu'on les interroge sur les formes de soutien sollicitées (question 18 du questionnaire),

- **40%** privilégient les groupes de discussion et espaces communautaires,
- **23,3%** s'appuient sur le soutien des ami.es ou des proches,
- **23,3%** investissent les activités artistiques, spirituelles ou sportives.

Le soutien communautaire apparaît dans ce cas comme une véritable « *ligne première* » de soin. Le groupe de pairs n'est pas seulement un espace militant, c'est un espace thérapeutique informel. L'étude révèle un attachement des participant.e.s aux méthodes de guérison non-occidentales, validant ainsi l'approche décoloniale de la recherche. L'on a noté :

- **83,3%** des participant.e.s ayant déjà eu recours à des rituels, guérisseurs traditionnels ou cercles communautaires.

- Bien que près de la moitié (**48,4%**) de la population disent que leur culture possède des pratiques de soutien, une part significative (22, 6%) ignore l'existence de ces savoirs, suggérant une rupture de transmission liée à la colonisation des esprits et des savoirs.
- **36,7%** des activistes ont déclaré ressentir un conflit entre leurs croyances culturelles/religieuses et les approches médicales classiques.

Cette partie de l'analyse met en évidence 1/3 des participant.e.s qui ressentent un conflit avec la médecine « *classique* » ; ce qui prouve que l'approche purement biomédicale ou psychologique occidentale ne suffit pas. Elle peut même être perçue comme une forme de violence épistémique qui nie les croyances du patient. Le recours massif aux pratiques traditionnelles (**83,3%**) montre que ces méthodes ne sont pas « *dépassées* » mais constituent un socle de résilience vivant. Les initiatives de santé mentale et bien-être ne devraient pas seulement financer des consultations en cabinet, mais soutenir également des espaces de guérison communautaires qui intègrent l'art, les rituels locaux et le soutien par les pairs. C'est là que se trouve la véritable efficacité pour la population LGBTQI+.

4.2.3. ANALYSES CROISÉES (GENRES, PAYS, STATUT MILITANT)

Bien que la détresse psychique soit universelle (100%), l'accès aux solutions diverge selon les pays :

- En RDC (**45,2%** de l'échantillon), on observe une plus forte propension à utiliser les espaces communautaires comme première ligne de défense. Cela s'explique par un tissu associatif LGBTQI+ historiquement dense mais confronté à une précarité économique extrême (plus de **80%** de réponses citant les problèmes économiques comme facteur de détresse).
- Au Burundi et au Cameroun, le poids des violences familiales et sociales ressort de manière plus aiguë, avec un recours plus marqué à la spiritualité ou aux pratiques de soin privées pour pallier l'absence d'espaces publics sécurisés.

Le croisement entre l'identité de genre et les causes de détresse révèle une tendance claire. Si les femmes cis (**19,4%**) rapportent majoritairement des difficultés liées à l'isolement social et aux pressions familiales, les

personnes transgenres et non-binaires de l'échantillon pointent quasi systématiquement la discrimination liée à l'identité de genre comme cause première de la détresse psychique (**64,5%** au total, mais culminant chez les profils trans). Ces profils sont également ceux qui rapportent le plus de « *conflits* » avec les approches médicales classiques (**36,7%**), soulignant que le système de santé conventionnel est souvent perçu comme cis-normatif et inadapté à leurs parcours spécifiques.

Le croisement entre le statut socio-professionnel et le mal-être montre que les activistes à temps plein (**32,3%**) présentent les indicateurs de fatigue chronique les plus élevés. Paradoxalement, ce sont aussi ceux et celles qui ont le moins recours aux soins professionnels (par manque de moyens ou par manque de temps), créant un cercle vicieux d'extraction émotionnelle. Leur « *soin* » est presque exclusivement reporté sur le soutien entre pairs, ce qui peut mener à une saturation du réseau communautaire. Ces analyses croisées montrent qu'une approche « *taille unique* » échouera. Pour les personnes trans, l'urgence est la sensibilisation des soignants (lutte contre la transphobie médicale). Avec les activistes à temps plein, l'enjeu est la sécurisation financière (salaire décent) comme outil de santé mentale. En fin pour les pays de l'Afrique centrale et de l'Est, un renforcement des centres communautaires est une priorité absolue car ils sont déjà le pivot du soin.

Dans l'ensemble, l'analyse quantitative met en évidence une souffrance psychique largement partagée, structurée par des facteurs sociaux, politiques et économiques. Toutefois, ces données chiffrées ne permettent pas à elles seules de saisir la complexité des vécus, des stratégies de résilience et des significations attribuées au bien-être par les personnes concernées. C'est pourquoi nous les avons mis en dialogue, dans la section suivante, avec les récits issus des entretiens et focus groups, afin de proposer une analyse croisée qualitative-quantitative.

4.3. ANALYSE CROISÉE QUALITATIVE-QUANTITATIVE : LA PAROLE COMME MIROIR DE LA DONNÉE

Cette section de l'analyse ne se contente pas de faire une juxtaposition des résultats ; elle initie un dialogue entre la rigueur statistique et la profondeur des vécus. En confrontant les tendances lourdes (les chiffres) aux récits de vie (les discours), l'on a mis en lumière les mécanismes de la souffrance et de la résilience décoloniale. Les données quantitatives aboutissent à un constat d'urgence absolue, matérialisée par trois indicateurs « *chocs* » :

L'UNIVERSALITÉ DU MAL-ÊTRE :

100% des participant.e.s ont déclaré avoir déjà vécu une détresse psychique. Un chiffre qui sature l'espace de l'enquête et indique que la souffrance n'est pas un accident de parcours, mais une condition inhérente à l'activisme LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est.

UN ÉCART DANS L'ACCÈS AUX SOINS :

près de la moitié (**48,4%**) n'ont pas accès au système clinique. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de disponibilité, mais également d'un désengagement conscient, puisque 36,7% expriment un conflit ouvert avec les approches médicales classiques.

LE RECOURS MASSIF AUX PRATIQUES ENDOGÈNES :

83,3% des activistes interrogés privilégient les pratiques locales, traditionnelles ou communautaires, signalant ainsi que le véritable lieu de soin se trouve hors des institutions formelles.

La dimension qualitative de cette recherche permet de comprendre le pourquoi de ces chiffres. Elle révèle que la détresse est avant tout un problème systémique et politique. Là où les chiffres ont montré un évitement des psychologues, le discours d'un Expert en santé mentale rencontré au Cameroun, explique que la psychologie classique est perçue comme un héritage colonial inadapté : *« on a l'impression que la santé mentale, c'est pour les blancs. »*. Il confie que ce qui lui donne du succès dans sa pratique au quotidien c'est son effort de contextualisation des savoirs occidentaux. Le conflit que les chiffres ont permis de mettre en évidence est donc une résistance face à un soin qui ne reconnaît pas les spécificités culturelles et

identitaires des personnes LGBTQI+. Dans les propos d'une activiste congolaise, le chiffre de 80,6% qui lie détresse psychique et économie est rendu plus émotif : *« avec 1000 francs, comment on fait pour manger jusqu'à demain ? »*. Le récit explique clairement que la détresse mentale est une réaction saine à une précarité matérielle extrême. La santé mentale ne peut être déconnectée de la justice sociale et de la survie économique. Les 40% de recours aux groupes communautaires quant à eux s'expliquent par le besoin de ne plus être seul.e. Une activiste du Burundi souligne à cet effet, la force du partage : *« quand on parle, on se libère. Ce qui n'est pas dit n'est pas connu... c'est dans ma communauté que j'ai trouvé la force. »* Le soin n'est pas une transaction médicale, c'est un lien de solidarité.

***« On a l'impression
que la santé mentale,
c'est pour les blancs. »***

Expert en santé mentale rencontré au Cameroun



5. DISCUSSION ET INTERPRÉTATION

Cette section propose une mise en discussion des résultats de la recherche en les inscrivant dans une perspective décoloniale, intersectionnelle et contextuelle. Il s'agit d'aller au-delà de la description des expériences vécues pour interroger les logiques historiques, sociales et politiques qui structurent la santé mentale et le bien-être des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Les souffrances psychiques analysées sont comprises comme des réponses situées à des systèmes de violence hérités de la colonisation et renforcés par le patriarcat, l'hétérosexisme et le capitalisme. La discussion articule ainsi subjectivité, militantisme et structures d'oppression, tout en mettant en exergue les pratiques locales de soin et de résistance qui participent à la construction de formes de résilience individuelle et collective.

5.1. SANTÉ MENTALE LGBTQI+ FACE À L'HÉRITAGE COLONIAL

Les résultats de cette recherche montrent que la santé mentale des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est ne peut être comprise sans tenir compte de l'héritage colonial qui continue de structurer les rapports sociaux, juridiques et symboliques. Les récits recueillis révèlent une souffrance psychique qui s'inscrit dans une histoire longue de domination, où les normes coloniales ont imposé des cadres de pensée pathologisants et excluants à l'égard des corps, des sexualités et des subjectivités non conformes.

L'héritage colonial s'exprime d'abord à travers les systèmes juridiques et institutionnels hérités de la colonisation, qui criminalisent encore aujourd'hui les identités et pratiques LGBTQI+. Cette criminalisation est

à l'origine d'un climat de peur permanent, tel que décrit dans les données qualitatives, où la vigilance constante, l'autocensure et la clandestinité deviennent des modes de survie psychique. La détresse mentale observée ne relève pas d'une fragilité individuelle, mais d'une violence structurelle historiquement construite.

Par ailleurs, les modèles dominants de santé mentale, largement importés de l'Occident, reproduisent une logique coloniale du savoir. Les participant.e.s ont souligné le décalage entre leurs expériences vécues et les réponses proposées par les systèmes de soin formels. Cette inadéquation renforce un sentiment d'incompréhension et de disqualification subjective, contribuant à une méfiance vis-à-vis des dispositifs institutionnels de santé mentale. La souffrance est ainsi doublement produite : par la violence sociale d'une part, et par l'invisibilisation clinique de cette violence d'autre part.

Les données mettent également en évidence une les dynamiques d'internalisation des normes coloniales, notamment à travers la honte, la culpabilité et l'auto-stigmatisation. Plusieurs récits montrent comment les discours religieux, médicaux et moraux hérités de la colonisation sont intériorisés, affectant la

construction identitaire et l'estime de soi. Si ces interventions ont permis des avancées en matière d'accès aux services, elles ont aussi contribué à construire une représentation des identités LGTQI+ centrée sur le risque, la vulnérabilité et la transmission. Cette internalisation constitue un facteur central de vulnérabilité psychique, en particulier chez les activistes exposé.e.s à des injonctions contradictoires entre engagement politique et normes sociales dominantes. Cette approche influence les perceptions individuelles et collectives de la sexualité, souvent envisagée, de manière négative, comme un danger à contrôler plutôt qu'une dimension légitime de l'identité et du bien-être. Elle participe ainsi à l'intériorisation de discours biomédicaux et moralisateurs, renforçant des sentiments de honte, de culpabilité et d'auto-stigmatisation.

Cependant, les résultats révèlent aussi des formes de résistance psychique face à cet héritage colonial. Les pratiques communautaires, les solidarités militantes et les formes locales de soin apparaissent comme des espaces de reconfiguration du sens et de réparation symbolique. En ce sens, la santé mentale devient un terrain de lutte politique, où prendre soin de soi et des autres constitue un acte de résistance face aux

héritages coloniaux toujours actifs. Ainsi, discuter la santé mentale LGBTQI+ dans ces contextes revient à déplacer le regard : de l'individu vers l'histoire, des symptômes vers les structures, et du soin comme neutralité vers le soin comme acte situé, politique et décolonial. Cette lecture ouvre la voie à une compréhension élargie du bien-être, fondée sur la justice sociale, la reconnaissance des savoirs locaux et la transformation des rapports de pouvoir.

5.2. SEXUALITÉ, GENRE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN CONTEXTE POSTCOLONIAL

Les données issues du terrain confirment que la souffrance psychique des personnes et activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est est profondément liée aux régimes normatifs de genre et de sexualité hérités de la colonisation. Loin d'être des réalités marginales ou individuelles, les expériences de détresse mentale rapportées s'inscrivent dans des systèmes sociaux qui continuent de produire des hiérarchies entre les corps, les identités et les modes d'existence jugés légitimes. Les récits analysés montrent que les normes hétérosexuelles et cisgenres, souvent

présentées comme des valeurs « *traditionnelles africaines* », sont en réalité renforcées par des cadres juridiques, religieux et médicaux issus de l'histoire coloniale. Cette observation entre en résonance directe avec les travaux de Quijano et Mignolo sur la colonialité du pouvoir et du savoir : les identités LGBTQI+ sont pathologisées, criminalisées ou normalement disqualifiées à travers des catégories importées, qui continuent d'organiser les politiques publiques et les pratiques cliniques contemporaines.

Sur le plan subjectif, les données qualitatives révèlent des formes récurrentes d'internalisation de la violence normative : honte, peur d'être soi, sentiment d'illégitimité à exister ou à demander de l'aide. Ces vécus font écho aux analyses de China Mills, qui critique la manière dont les dispositifs de santé mentale globalisés tendent à individualiser la souffrance, en occultant ses causes structurelles. Dans les récits des participant.e.s, la détresse psychique n'est jamais dissociée des violences sociales, de la pauvreté, de la précarité militante et de l'insécurité juridique.

Les expériences rapportées avec les systèmes de santé mentale institutionnels illustrent également la colonialité de la clinique. Plusieurs participant.e.s décrivent des espaces de soin marqués par l'incompréhension, la moralisation ou la stigmatisation de leurs identités sexuelles et de genre. Ces constats rejoignent les critiques formulées dans les Mad Studies, notamment par Beresford et Rose, qui dénoncent l'exclusion des savoirs expérientiels et des récits vécus dans les modèles psychiatriques dominants. Le terrain montre clairement que les personnes LGBTQI+ développent une méfiance à l'égard de ces institutions, perçues comme prolongement des violences sociales plutôt que comme lieux de réparation.

À l'inverse, les pratiques communautaires décrites par les participant.e.s (cercles de parole, espaces non mixte, art, spiritualités alternatives, soutien entre pairs) incarnent concrètement les épistémologies du soin enracinées mises en avant par les féministes africains. Comme le soulignent Jessica Horn et d'autres penseur.e.s féministes décoloniales, la guérison ne peut être pensée hors des relations sociales et des conditions matérielles d'existence. Les données montrent que ces pratiques permettent de réinscrire les corps queer dans des dynamiques collectives de sens, de dignité et de reconnaissance.

Enfin, les récits mettent en lumière une conception du bien-être comme acte politique, en cohérence avec les critiques du « *wellnes* » globalisé formulées par Dalia Kinsey. Pour les activistes LGBTQI+ rencontré.e.s, prendre soin de soi ne relève pas d'une quête individuelle de performance ou d'épanouissement, mais d'un geste de résistance face à des systèmes qui produisent la fatigue, l'effacement et la mort sociale. Le soin devient un espace de réappropriation du corps, du genre et de la sexualité, contre les héritages coloniaux et patriarcaux.

En somme, les données du terrain confirment que la souffrance

psychique des personnes LGBTQI+ en contexte postcolonial ne peut être comprise ni traitée sans remise en question des normes de genre, des modèles cliniques et des hiérarchies de savoirs. Elles appellent à une approche de la santé mentale qui articule justice sociale, reconnaissance des identités et transformation des rapports de pouvoir, telle que proposée par les cadres décoloniaux mobilisés dans la recherche.

5.3. CAPITALISME, PATRIARCAT ET EXTRACTION ÉMOTIONNELLE

Les résultats de la recherche montrent également que la souffrance psychique des personnes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est est produite par des dynamiques économiques et organisationnelles inscrites dans le capitalisme contemporain et le patriarcat. Les récits et les chiffres recueillis mettent en évidence une fatigue émotionnelle profonde, souvent normalisée dans les espaces militants, où l'engagement est valorisé au détriment du bien-être individuel. Le capitalisme se manifeste d'abord par la précarisation structurelle

des activistes. Nombre d'entre eux et elles évoluent dans des contextes d'instabilité financière, de dépendance aux financements de projets et de travail militant peu ou non rémunéré. Cette précarité agit comme un facteur aggravant de la détresse psychique, en renforçant l'anxiété, l'insécurité et le sentiment d'épuisement. Les données quantitatives confirment d'ailleurs une forte corrélation entre difficultés économiques, stress chronique et sentiment de mal-être.

Par ailleurs, les données qualitatives révèlent des formes

d'extraction émotionnelle, où les activistes sont constamment sollicité.e.s pour produire du care, de l'écoute et de la résilience, sans que ces ressources affectives ne soient reconnues ni protégées. Cette dynamique rejoint les analyses féministes décoloniales qui montrent comment le travail émotionnel est invisibilisé et genré, reposant principalement sur les personnes marginalisées. Dans les récits, le militantisme apparaît parfois comme un espace où la souffrance devient une ressource mobilisable au service des causes, des projets et des bailleurs.

Le patriarcat renforce ces mécanismes en imposant des normes de sacrifice, de disponibilité permanente et de déni de la vulnérabilité. Plusieurs participant.e.s décrivent la difficulté à exprimer leur fatigue ou leur détresse, de peur d'être perçu.e.s comme faibles, peu engagé.e.s ou remplaçables. Cette injonction au don de soi empêche la reconnaissance des limites psychiques et contribue à l'installation de formes de burn-out militant, rarement nommées comme telles. Ces constats entre résonance avec les travaux de Jessica Horn sur « *l'écologie du soin* », qui insiste sur la nécessité de prendre soin de celles qui soignent et militent. Les données montrent clairement que l'absence de dispositifs de soutien émotionnel structurés au sein des organisations

accentue les risques de souffrance secondaire et de désengagement. Le soin lorsqu'il existe, est souvent informel, reposant sur des solidarités individuelles plutôt que sur des mécanismes collectifs durables.

Enfin, plusieurs récits mettent en exergue une conscience critique croissante de ces dynamiques. Les activistes interrogé.e.s ne dénoncent pas seulement les violences externes, mais interrogent également les logiques internes du militantisme. Cette réflexivité ouvre la voie à des pratiques alternatives : ralentissement des rythmes, espaces de repos, redistribution des responsabilités, reconnaissance du droit au retrait. Ces initiatives s'inscrivent dans une perspective décoloniale du soin, qui refuse l'exploitation des corps militants et revendique le bien-être comme condition de la lutte, et non comme luxe.

Ainsi, l'analyse montre que capitalisme et patriarcat participent à la production de la souffrance psychique des activistes LGBTQI+, en transformant leur engagement en ressource émotionnelle exploitable. Penser la santé mentale dans ces contextes implique donc de repolitiser le soin, de questionner les modes d'organisation militante et de construire des modèles de lutte compatibles avec la durabilité psychique et collective.

5.4. PRATIQUES LOCALES DE BIEN-ÊTRE ET RÉSILIENCE MILITANTE (CAMEROUN, RDC, BURUNDI)

Les données issues du terrain montrent que, face à l'insuffisance des systèmes formels de santé mentale et aux violences structurelles persistantes, les activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est développent et mobilisent des pratiques locales de bien-être qui constituent de véritables ressources de résilience individuelle et collective. Ces pratiques, souvent invisibilisées ou disqualifiées par les cadres institutionnels dominants, jouent pourtant un rôle central dans la régulation émotionnelle, la reconstruction identitaire et la continuité de l'engagement militant.

Au Cameroun, les récits mettent en avant l'importance des espaces communautaires informels (familles communautaires, mariages communautaires, deuils communautaires, tontines communautaires, etc.) comme lieux de soutien psychique. Les groupes de parole non mixtes, les rencontres discrètes entre pairs et les activités artistiques collectives sont décrits comme des espaces de décompression émotionnelle, où la parole peut circuler sans crainte de jugement ou de répression. Ces pratiques permettent de rompre

l'isolement, de normaliser la souffrance vécue et de restaurer un sentiment d'appartenance, essentiel dans un contexte marqué par la criminalisation et la stigmatisation sociale.

En République Démocratique du Congo, les données soulignent le rôle central des dynamiques collectives de soin, souvent ancrées dans des références culturelles et spirituelles. Les cercles de parole, les pratiques de méditation communautaire, les expériences musicales et corporelles sont mobilisées comme des moyens de transformation de la souffrance. Ces pratiques rejoignent les perspectives féministes africaines qui conçoivent la guérison comme un processus relationnel, où le corps, l'émotion et le collectif sont étroitement liés. Le soin devient ainsi un acte partagé, capable de contenir les traumatismes liés à la violence sociale et politique.

Au Burundi, les récits font apparaître des formes de résilience étroitement liées aux mécanismes traditionnels de méditation et de solidarité communautaire. Les participant.e.s évoquent des pratiques de soutien

inspirées de figures locales de méditation, adaptées aux réalités LGBTQI+, ainsi que des initiatives communautaires visant à recréer des cadres de confiance et de protection. Ces pratiques illustrent une capacité d'appropriation et de transformation des ressources culturelles existantes, afin de répondre à des besoins psychiques spécifiques dans un contexte de forte répression.

Au Gabon, les activistes mettent en avant des pratiques de solidarité urbaine et de soutien entre pairs, notamment à travers des réseaux informels de protection et d'entraide. Les rencontres discrètes, les espaces de discussion en ligne sécurisés et les activités culturelles (danse, performance, expression artistique) jouent un rôle clé dans la gestion du stress et le maintien du lien social. Ces pratiques permettent de créer des espaces de visibilité contrôlée et de renforcer les identités collectives dans un contexte marqué par des tensions sociales et une reconnaissance limitée des droits LGBTQI+.

A Madagascar, les données révèlent l'importance des approches hybrides combinant pratiques traditionnelles et espaces contemporains de soutien. Les activistes mobilisent des formes de spiritualité locale, des rituels de guérison, ainsi que des cercles de parole, les bains de feu, et des

initiatives communautaires pour favoriser le bien-être. Le recours à des pratiques culturelles ancrées localement permet de légitimer les expériences vécues et de construire des formes de résilience adaptées aux réalités socio-culturelles malgaches, tout en contournant les stigmates associés aux identités LGBTQI+.

En République du Congo, les pratiques de résilience s'articulent autour de réseaux de solidarité discrets, de groupes de soutien entre pairs et d'espaces informels de partage. Les activistes développent des stratégies de coping collectif, incluant l'humour, la narration d'expériences vécues et des activités communautaires, afin de faire face aux pressions sociales et aux risques de stigmatisation. Ces dynamiques permettent de renforcer la cohésion du groupe et de maintenir un engagement militant malgré les contraintes structurelles.

Dans l'ensemble, des pays étudiés, l'art, la spiritualité et le mouvement corporel occupent une place centrale dans les stratégies de bien-être. La danse, l'écriture, la musique ou les rituels alternatifs sont décrits comme des moyens de réinventer le corps, souvent marqué par la violence, la honte ou la peur. Ces pratiques permettent de produire du sens là où les mots manquent, et de transformer la

douleur individuelle en expérience collective partageable. Les données montrent également que ces pratiques locales ne se substituent pas nécessairement aux soins formels, mais qu'elles comblent un vide laissé par des systèmes institutionnels inaccessibles ou inadaptés. Elles incarnent une épistémologie du soin enracinée, telle que décrite par les approches décoloniales : une conception du bien-être qui refuse la hiérarchisation des savoirs et valorise les connaissances situées, produites par les communautés elles-mêmes.

Les pratiques locales de bien-être au Cameroun, en RDC et au Burundi ne relèvent pas de simples stratégies de survie, mais constituent des formes actives de résistance psychique et politique. Elles démontrent que la résilience militante ne se construit pas uniquement par l'endurance individuelle, mais par la capacité collective à créer des espaces de soin, de reconnaissance et de transformation. Ces constats ouvrent directement sur la nécessité de formaliser un référentiel décolonial de santé mentale et de bien-être, fondé sur les pratiques et les savoirs produits par les activistes eux-mêmes.



6. RÉFÉRENTIEL DÉCOLONIAL DE SANTÉ MENTALE ET DE BIEN-ÊTRE

À partir des analyses empiriques et des discussions développées dans les sections précédentes, cette partie propose un référentiel décolonial de santé mentale et de bien-être destiné aux activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Ce référentiel s'appuie à la fois sur les savoirs théoriques mobilisés et sur les pratiques locales documentées au cours de la recherche. Il vise à dépasser les approches biomédicales et individualisantes du soin, en mettant au centre les dimensions communautaires, politiques, culturelles et matérielles du bien-être. Pensé comme un outil évolutif et contextualisé, ce référentiel cherche à orienter les pratiques des organisations, des professionnel.le.s de santé mentale et des communautés vers des formes de soin plus justes, inclusives et enracinées dans les réalités locales.

6.1. CONSTRUCTION DE RELATIONS COMMUNAUTAIRES SOLIDES

La construction des relations communautaires solides constitue un pilier fondamental d'une approche décoloniale de la santé mentale et du bien-être des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Les données de terrain ont montré que, dans des contextes marqués par la criminalisation, la stigmatisation et l'exclusion institutionnelle, les communautés jouent un rôle central dans la production de soutien psychique, de protection et de résilience collective. Une approche décoloniale du soin implique d'abord de reconnaître les communautés LGBTQI+ comme des espaces légitimes de savoir, de soin et de guérison. Les relations communautaires ne doivent pas être pensées uniquement comme des canaux de mobilisation militante,

mais comme des lieux où se construisent des liens de confiance, de reconnaissance mutuelle et de sécurité émotionnelle. Cela suppose de valoriser les espaces non mixtes, les cercles de parole entre pairs et les cadres informels de rencontre, qui ont été identifiés par les participant.e.s comme essentiels à leur bien-être.

Le renforcement des relations communautaires passe également par la création des espaces sécurisés et durables, où les activistes peuvent exprimer leur vulnérabilité sans crainte de jugement ou de sanction. Ces espaces doivent être conçus selon des principes de confidentialité, de consentement et de respect des diversités internes aux communautés LGBTQI+. La recherche a montré que l'absence de tels espaces favorise l'isolement, l'épuisement émotionnel et la rupture des liens sociaux, tandis que leur présence contribue à la régulation du stress et à la prévention des crises psychiques.

Une dimension centrale du référentiel concerne la participation active des personnes concernées dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives de santé mentale. Dans une perspective décoloniale, les activistes ne sont pas des simples bénéficiaires de programmes, mais des co-acteur.rice.s et co-producteur.rice.s de savoirs et de pratiques de soin.

Cette participation renforce le sentiment d'appropriation des dispositifs, tout en garantissant leur adéquation avec les besoins réels des communautés. La construction de relations communautaires solides implique aussi une attention particulière aux dynamiques de pouvoir internes. Les organisations et collectifs doivent veiller à prévenir les formes de domination, d'exclusion ou de hiérarchisation qui peuvent se reproduire au sein même des espaces militants.

Une approche décoloniale du soin appelle à des pratiques de gouvernance horizontales, à la rotation des responsabilités et à la reconnaissance du droit au repos et au retrait.

Enfin, il est important de souligner dans ce référentiel le rôle primordial de l'ancrage local et du travail en réseau. Les relations communautaires gagnent en force lorsqu'elles s'inscrivent dans des alliances locales plus larges, incluant d'autres mouvements sociaux, des acteurs culturels, des leaders communautaires alliés et, lorsque cela est possible, des professionnel.le.s sensibilisé.e.s. Ces alliances permettent de renforcer les capacités de soutien, de mutualiser les ressources et de créer des écosystèmes de soin capables de résister aux pressions politiques et sociales. En bref, construire des relations communautaires

solides revient à reconnaître que la santé mentale et le bien-être des activistes LGBTQI+ ne peuvent être pensés en dehors du collectif. Dans une perspective décoloniale, le soin devient un processus relationnel et politique, fondé sur la solidarité, la justice et la co-construction des réponses aux souffrances vécues.

6.2. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ MENTALE

Le renforcement des capacités des professionnel.le.s de santé mentale et de bien-être constitue un levier central pour la mise en œuvre effective d'une approche décoloniale auprès des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Les données de terrain ont montré que l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins réside moins dans l'absence totale de services que dans leur inadéquation aux réalités vécues des personnes concernées. Une approche décoloniale implique avant tout une déconstruction critique des cadres normatifs dominants qui structurent les pratiques cliniques. Les professionnel.le.s de santé mentale doivent être formé.e.s à interroger les fondements eurocentriques

de leurs outils diagnostiques et thérapeutiques, notamment l'usage non contextualisé du DSM et de la CIM. Il ne s'agit pas de rejeter toute référence biomédicale, mais de développer une posture réflexive permettant de situer les symptômes dans des contextes sociaux, politiques et historiques marqués par la violence structurelle.

Le renforcement des capacités passe par une formation approfondie aux réalités des diversités sexuelles et de genre. Les données montrent que de nombreuses expériences de stigmatisation et de retraumatisation se produisent au sein même des espaces de soin. Une formation décoloniale doit inclure une compréhension fine des

identités LGBTQI+, des parcours militants, des risques sécuritaires et des effets psychiques de la criminalisation. Cette formation ne peut être ponctuelle ; elle doit s'inscrire dans des processus continus de supervision, d'échanges de pratiques et d'auto-évaluation éthique.

Sur le plan clinique, le référentiel préconise le développement de pratiques thérapeutiques intégratives et collectives. Les professionnel.le.s de santé mentale sont invité.e.s à reconnaître la légitimité des pratiques communautaires, spirituelles, artistiques et corporelles comme composantes du soin. Cela suppose une posture d'humilité culturelle, telle que promue par les Mad Studies et les féministes africains, où le savoir expérientiel des personnes accompagnées est considéré comme une ressource clinique à part entière.

Le renforcement des capacités concerne également la prévention de la souffrance secondaire chez les soignant.e.s. Les données ont mis en évidence des formes de fatigue de compassion et de résilience vicariante, en particulier chez les professionnel.le.s de santé mentale et pair.e.s aidant.e.s engagé.e.s auprès des communautés LGBTQI+. Une approche décoloniale du soin implique de mettre en place des dispositifs de soutien émotionnel,

de supervision clinique et de régulation collective du travail, afin que le soin ne devienne pas lui-même un espace de violence.

Le référentiel recommande enfin de favoriser des alliances durables entre professionnel.le.s de santé mentale et communautés. Ces alliances doivent reposer sur la confiance, la transparence et la co-construction des pratiques. Les professionnel.le.s de santé mentale ne sont pas positionné.e.s comme des expert.e.s externes, mais comme des partenaires engagés dans un processus partagé de transformation des conditions de soin. Cette posture contribue à réduire les asymétries de pouvoir et à rendre les dispositifs de santé mentale plus accessibles, pertinents et justes.

Renforcer les capacités des professionnel.le.s de santé mentale dans une approche décoloniale revient à transformer en profondeur les pratiques cliniques, les cadres institutionnels et les relations entre soignant.e.s et communautés. Cette transformation est indispensable pour garantir un accès équitable, sécurisant et émancipateur à la santé mentale et au bien-être des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est.

6.3. AUTONOMISATION ÉCONOMIQUE ET SANTÉ MENTALE

Les résultats de la recherche ont mis en évidence un lien étroit entre précarité économique et détresse psychique chez les activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. L'insécurité financière, la perte d'emploi liée à la discrimination, l'absence de protection sociale et la dépendance aux financements ponctuels constituent des facteurs structurels qui fragilisent durablement la santé mentale et le bien-être. Dans une perspective décoloniale, l'autonomisation économique apparaît comme une condition indispensable du soin psychique.

Une approche décoloniale de la santé mentale ne peut se limiter à des interventions cliniques déconnectées des réalités matérielles d'existence. Les données du terrain montrent que l'angoisse liée à la survie quotidienne, à l'alimentation, au logement ou à la sécurité empêche souvent les personnes concernées de s'engager dans des processus thérapeutiques classiques. Le soin psychique devient alors inaccessible ou secondaire face à l'urgence économique, ce qui renforce les cycles de souffrance et d'épuisement.

Le référentiel préconise l'intégration de stratégies d'autonomisation économique dans les programmes de santé mentale et de bien-être. Il peut s'agir de formations professionnelles, de soutien à l'entrepreneuriat communautaire, de mécanismes d'épargne solidaire (tontines, caisses de secours, etc.) ou des dispositifs de revenus temporaires. Ces initiatives, lorsqu'elles sont conçues avec et pour la communauté LGBTQI+, contribuent à restaurer un sentiment de contrôle, de dignité et de projection dans l'avenir, éléments essentiels à l'équilibre psychique.

Les données ont montré également que l'autonomisation économique a un impact direct sur la réduction de l'exposition à la violence. En diminuant la dépendance économique à des environnements familiaux ou sociaux hostiles, les activistes peuvent accéder à des conditions de vie plus sécurisées. Cette sécurisation matérielle agit comme facteur protecteur de la santé mentale, en réduisant l'anxiété, la peur et les situations de vulnérabilité extrême. Par ailleurs, le référentiel s'appuie sur les perspectives féministes

africaines et décoloniales qui conçoivent l'autonomie économique comme une forme de guérison collective. À l'instar des thérapies des moyens de subsistance, l'accès à des ressources matérielles est pensé non seulement comme une réponse à la pauvreté, mais aussi comme un processus thérapeutique à part entière. Travailler, produire et subvenir à ses besoins devient un moyen de reconstruire l'estime de soi et de réinscrire les personnes dans des dynamiques sociales valorisantes.

Une approche décoloniale de l'autonomisation économique implique enfin, une remise en question des logiques de financement. Les organisations et bailleurs sont invités à privilégier

des financements flexibles, pluriannuels et sensibles au bien-être, qui ne renforcent l'extraction émotionnelle et la précarité militante. Soutenir la santé mentale des activistes LGBTQI+ passe ainsi par une transformation des modes de soutien économique, afin qu'ils contribuent réellement à la durabilité des luttes et au bien-être des personnes engagées. En somme, l'autonomisation économique constitue un pilier fondamental d'une approche décoloniale de la santé mentale et du bien-être. Elle permet de relier soin psychique, justice sociale et dignité, tout en offrant aux activistes LGBTQI+ des conditions de vie compatibles avec la résilience individuelle et collective.

6.4. ART, SPIRITUALITÉ, MOUVEMENT ET GUÉRISON COLLECTIVE

Les données de la recherche ont montré que l'art, la spiritualité et le mouvement corporel occupent une place centrale dans les pratiques de bien-être et de résilience des activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. Ces dimensions, souvent marginalisées ou disqualifiées par les approches biomédicales occidentales, apparaissent pourtant comme des ressources thérapeutiques majeures dans les contextes de violence structurelle, de stigmatisation et d'épuisement militant.

Dans une perspective décoloniale, le soin ne se limite pas à la parole ou à l'intervention clinique individuelle. Il engage le corps, les émotions,

la mémoire et le collectif. Les pratiques artistiques (musique, danse, écriture, performance, arts visuels) sont décrites par les participant.e.s comme de moyens de transformation de la souffrance, permettant d'exprimer ce qui ne peut être formulé verbalement. L'art devient un espace de réappropriation du corps et de l'identité, souvent marqués par la honte, la peur ou la violence.

La spiritualité, entendue ici dans un sens non normatif et non institutionnel, joue également un rôle fondamental dans les processus de guérison. Les données montrent que de nombreuses personnes LGBTQI+ mobilisent des formes de spiritualité alternatives, hybrides ou réinventées, qui permettent de se reconnecter à un sentiment de sens, de protection et de continuité. Ces pratiques spirituelles, parfois issues des traditions locales, parfois recomposées, offrent des cadres symboliques capables de contenir la souffrance et de restaurer une dignité souvent niée par les discours religieux dominants.

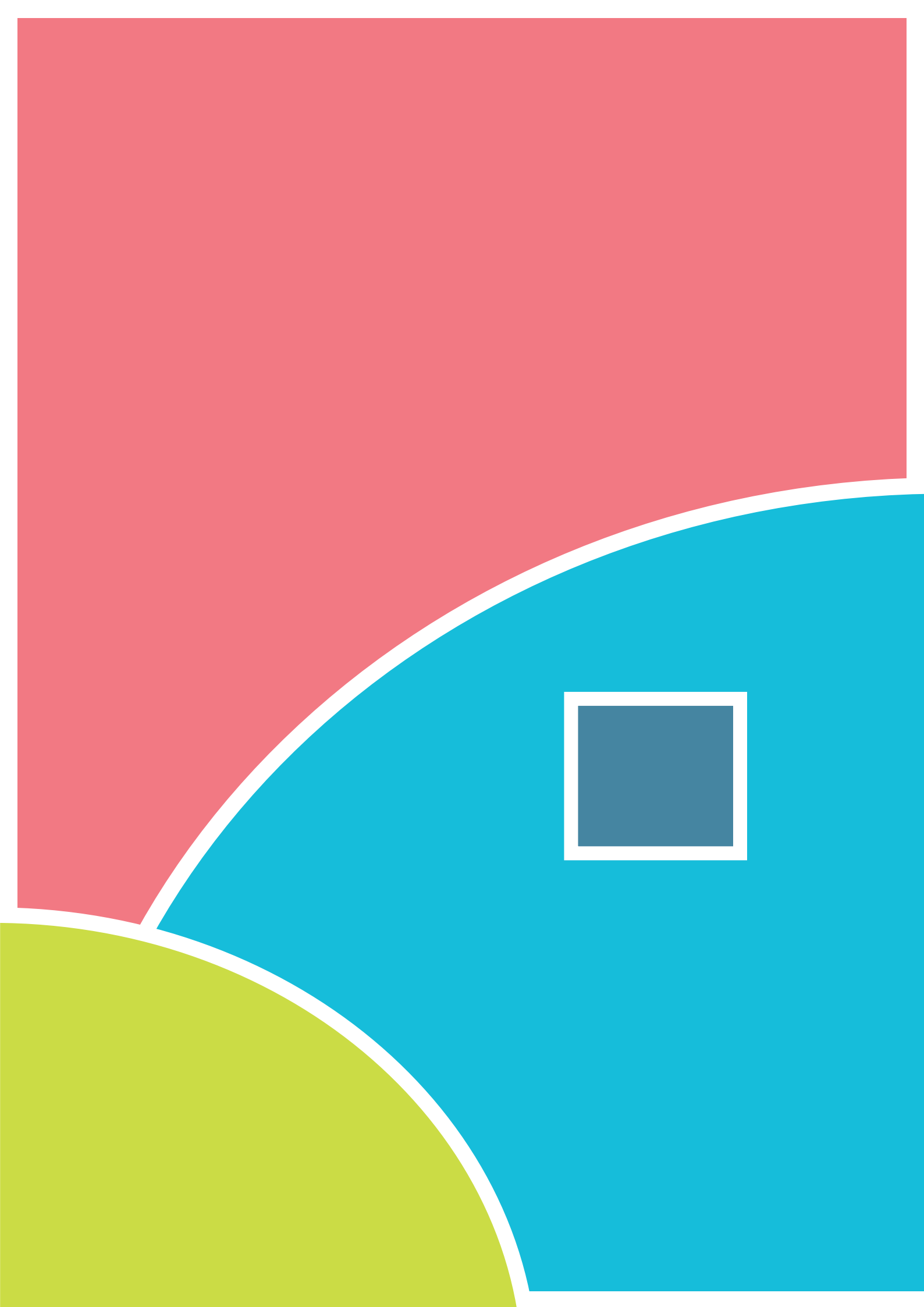
Le mouvement corporel apparaît comme autre vecteur central de bien-être. Dans des contextes où le corps LGBTQI+ sont surveillés, contrôlés ou violentés, le mouvement (danse, respiration, pratiques somatiques) permet de réhabiter son corps de manière sécurisée et consciente.

Ces pratiques contribuent à la régulation du stress, à la libération des tensions accumulées et à la reconstruction d'un rapport positif au corps. Elles rejoignent les approches féministes africaines qui conçoivent la guérison comme une expérience incarnée et relationnelle.

Au-delà de leurs effets individuels, ces pratiques participent à une guérison collective. Les espaces artistiques, spirituels et corporels créent des moments de partage, de reconnaissance mutuelle et de célébration de l'existence LGBTQI+. Ils permettent de tisser des liens, de renforcer la cohésion communautaire et de produire des récits alternatifs face aux narrations dominantes de souffrance et de marginalité. Le soin devient alors un acte politique, affirmant la valeur des vies queer et leur droit à la joie, au repos et à la création.

Le référentiel décolonial proposé par la recherche recommande d'intégrer pleinement l'art, la spiritualité et le mouvement corporel dans les initiatives de santé mentale et de bien-être. Cela implique de reconnaître ces pratiques comme légitimes, de leur accorder des ressources dédiées et de créer des espaces sécurisés pour leur déploiement. Une telle intégration permet de dépasser les frontières rigides entre soin, culture et militantisme, et d'ouvrir la voie à des formes de guérison plus inclusives,

enracinées et transformées. En définitive, l'art, la spiritualité et le mouvement corporel ne sont pas des compléments accessoires au soin, mais des piliers d'une approche décoloniale de la santé mentale. Ils incarnent des formes de résistance créative face à la violence coloniale et contemporaine, et participent activement à la construction d'un bien-être durable, collectif et émancipateur pour les activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est.



7. CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

La présente étude s'est inscrite dans un contexte marqué par des formes multiples de violence structurelle, d'invisibilisation institutionnelle et de précarité psychosociale affectant les personnes et activistes LGBTQI+ en Afrique centrale et de l'Est. En croisant des données qualitatives et quantitatives ainsi que des observations participantes effectuées dans plusieurs pays, elle a cherché à comprendre les expériences de souffrance psychique, mais surtout les ressources, les stratégies de résistance et les pratiques de soin mobilisées par les communautés LGBTQI+ concernées.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence une prévalence élevée de la détresse psychologique chez les personnes LGBTQI+ et, plus particulièrement, chez les activistes engagé.e.s dans la défense des droits humains. Cette souffrance se manifeste sous des formes variées : anxiété chronique, épuisement émotionnel, troubles du sommeil, sentiments d'isolement, perte de sens et, dans certains cas, symptômes évocateurs de

traumatismes complexes. L'analyse qualitative a montré que ces expériences ne pouvaient être comprises indépendamment des environnements sociopolitiques dans lesquels évoluent les participant.e.s, caractérisés par la pénalisation des identités et orientations LGBTQI+, la menace sécuritaire permanente et l'invisibilisation institutionnelle.

L'étude a également révélé un décalage entre les besoins exprimés et les réponses institutionnelles disponibles. Les systèmes formels de santé mentale apparaissent inadaptés : rareté des professionnel.le.s formé.e.s aux réalités LGBTQI+, expériences de stigmatisation dans les structures de soins, coûts prohibitifs et méfiance vis-à-vis des dispositifs perçus comme normatifs ou déconnectés des réalités locales. Cette inadaptation contribue à une sous-utilisation des services psychiatriques et psychologiques classiques.

En réponse à ces insuffisances, les communautés LGBTQI+ développent des formes alternatives et hybrides de soin,

reposant sur les groupes de parole, les espaces communautaires, les pratiques artistiques et corporelles, les spiritualités situées, ainsi que les réseaux informels de soutien entre pairs. Ces pratiques, loin d'être des simples stratégies de contournement, constituent de véritables épistémologies du soin, fondées sur la collectivité, la réciprocité et la reconnaissance des dimensions politiques de la souffrance. Elles confirment la centralité des savoirs locaux, queer et communautaires dans la construction du bien-être.

Sur le plan méthodologique, l'étude a apporté plusieurs contributions significatives. Le croisement de données qualitatives (entretiens individuels, focus groups) et quantitatives a permis de saisir à la fois l'ampleur des phénomènes observés et la profondeur des expériences vécues. L'approche participative, attentive aux récits subjectifs et aux savoirs expérientiels, s'est inscrite dans une logique proche des Mad Studies et des méthodologies féministes décoloniales, en reconnaissant les personnes concernées comme productrices de connaissance.

Le choix d'un dispositif constitué de plusieurs pays (Cameroun, RDC, Burundi, Gabon, etc.) a également constitué un apport important. Il a permis de mettre en exergue les dynamiques communes tout

en respectant la diversité des contextes socioculturels. Cette approche comparative a rendu possible l'identification des régularités régionales, notamment en ce qui concerne la marginalisation des systèmes formels de soins et l'importance des ressources communautaires.

Toutefois, l'étude a présenté certaines limites. La taille de l'échantillon quantitatif, bien que pertinente pour une étude exploratoire, ne permet pas une généralisation statistique à l'ensemble des populations LGBTQI+ de la région. Par ailleurs, la participation a reposé en grande partie sur des réseaux militants et communautaires, ce qui a limité la représentativité des personnes les plus isolées ou non affiliées à des organisations. Enfin, les contraintes sécuritaires et politiques ont parfois restreint la profondeur de certains témoignages, notamment dans les contextes les plus répressifs.

Au regard de ces résultats, plusieurs recommandations peuvent être formulées à destination des ONG, des bailleurs de fonds et des mouvements communautaires.



POUR LES ONG ET ORGANISATIONS DE MISE EN ŒUVRE

Il est essentiel de :

- Intégrer la santé mentale comme un axe transversal des programmes LGBTQI+ et non comme une composante secondaire ;
- Soutenir, formaliser et financer les pratiques communautaires de soin (cercles de parole, art-thérapie, retraites de repos, pair-aidance) sans les dépolitiser ;
- Développer les relations non hiérarchiques avec les activistes, basées sur la confiance, la co-construction et la reconnaissance mutuelle ;
- Adapter les modèles organisationnels en intégrant le care féministe : repos, redistribution des charges, droit au retrait.
- Investir dans la formation des professionnel.le.s en santé mentale à des approches décoloniales, interculturelles, intersectionnelles et affirmatives.
- Les ONG doivent rompre avec des logiques extractives et verticales pour devenir des alliés politiques des mouvements, en reconnaissant que le soin est un espace de pouvoir et de résistance.



POUR LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)

L'étude recommande que les PTF doivent transformer leurs pratiques pour ne plus reproduire des logiques coloniales.

- Financer de manière flexible, pluriannuelle et non restrictive les initiatives communautaires de soin, pour permettre leur pérennisation ;
- Reconnaître les pratiques non biomédicales (spirituelle, culturelles, collectives...) comme des formes légitimes de soin et de bien-être ;
- Intégrer des indicateurs qualitatifs et narratifs, valorisant les vécus plutôt que la seule performance chiffrée dans l'évaluation des projets.
- Repenser les relations de financement : passer du contrôle à l'accompagnement.



POUR LES MOUVEMENTS COMMUNAUTAIRES ET MILITANTS

Il apparaît crucial que les mouvements doivent renforcer leur autonomie et leurs stratégies collectives :

- Mettre en place des mécanismes de prévention de l'épuisement militant et de soutien émotionnel collectif (repos, pause...);
- Valoriser les savoirs expérientiels comme sources légitimes de connaissance (ressources politiques et thérapeutiques) ;
- Renforcer les alliances entre mouvements féministes, queer et antiracistes autour des enjeux de soin ;
- Consolider des espaces sûrs et des communautés de care politique. soin est un espace de pouvoir et de résistance.

Le soin communautaire est une stratégie de résistance politique. Il permet de survivre dans des contextes violents tout en construisant un pouvoir collectif.



POUR LES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ MENTALE

- L'étude met en évidence un décalage profond entre les besoins des personnes LGBTQI+ et les réponses proposées par les systèmes formels de santé mentale. Les expériences rapportées révèlent des situations fréquentes de stigmatisation, de pathologisation des identités, de manque d'écoute et d'incompréhension des réalités vécues, conduisant à une défiance durable envers les services de soin. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de transformer en profondeur les pratiques professionnelles, en plaçant au cœur des interventions des approches affirmatives, décoloniales et centrées sur les vécus. Renforcer la formation aux identités sexuelles et de genre.

Les professionnel·le·s de santé mentale doivent bénéficier de formations continues, approfondies et critiques sur les questions liées aux identités sexuelles et de genre.

Ces formations ne doivent pas se limiter à une sensibilisation superficielle, mais viser une réelle transformation des pratiques

- ◇ Comprendre la diversité des identités LGBTQI+ dans leurs dimensions sociales, culturelles et politiques ;
- ◇ Déconstruire les biais normatifs et hétérocentrés encore présents dans les pratiques cliniques ;
- ◇ Reconnaître que la souffrance psychique des personnes LGBTQI+ est majoritairement liée à des facteurs structurels (violences, discriminations, criminalisation), et non à leur identité ;
- ◇ Intégrer une lecture intersectionnelle des vécus, prenant en compte les effets croisés du genre, de la sexualité, de la classe sociale, du contexte politique et de l'histoire coloniale.

Cette transformation des savoirs est fondamentale pour sortir d'une approche pathologisante et permettre l'émergence de pratiques réellement inclusives et sécurisantes.

- **Adopter une posture de bienveillance, d'écoute et de non-jugement**

Les données du terrain montrent que le premier besoin exprimé par les participant·e·s n'est pas nécessairement l'accès à une expertise technique, mais la possibilité d'être écouté·e sans jugement, reconnu·e dans son vécu et accueilli·e dans un espace sécurisant.

Ainsi, les professionnel·le·s de santé mentale doivent :

- ◇ Adopter une posture d'écoute active, centrée sur la personne et ses expériences ;

- ◇ Garantir un espace de confidentialité et de sécurité émotionnelle ;
- ◇ Eviter toute tentative de normalisation, de correction ou de moralisation des identités ;
- ◇ Reconnaître les savoirs expérientiels des personnes comme légitimes.

La bienveillance ne doit pas être comprise comme une simple attitude relationnelle, mais comme une posture éthique et politique, qui implique une remise en question des rapports de pouvoir entre soignant·e et patient·e.

• **Décoloniser les pratiques thérapeutiques**

Les approches dominantes en santé mentale, souvent issues de cadres occidentaux, montrent leurs limites dans les contextes étudiés. Elles tendent à individualiser la souffrance et à invisibiliser ses causes structurelles.

Il est donc nécessaire de :

- ◇ Intégrer les dimensions sociales, politiques et historiques dans la compréhension de la souffrance psychique ;
- ◇ Reconnaître et valoriser les pratiques locales, communautaires, spirituelles et culturelles de soin ;
- ◇ Développer des approches hybrides, combinant savoirs cliniques et savoirs communautaires ;
- ◇ Adopter une posture d'humilité culturelle, reconnaissant les limites des modèles universalisants.

Cette perspective décoloniale permet de replacer le soin dans une dynamique collective, relationnelle et contextualisée

• **Travailler en lien avec les communautés**

Les professionnel·le·s de santé mentale ne peuvent plus intervenir de manière

isolée. Le rapport souligne l'importance centrale des communautés comme espaces de soin, de soutien et de résilience.

Il est donc essentiel de :

- ◇ Collaborer avec les organisations communautaires LGBTQI+ ;
- ◇ S'appuyer sur les réseaux de pair-aidance ;
- ◇ Co-construire des dispositifs de soin adaptés aux réalités locales ;
- ◇ Reconnaître les activistes comme des co-acteur·rice·s du soin, et non comme de simples bénéficiaires.

- **Repenser le rôle du soin : du traitement à la transformation**

Enfin, une approche décoloniale de la santé mentale implique de repenser la finalité même du soin. Il ne s'agit pas uniquement de réduire des symptômes, mais de contribuer à la transformation des conditions qui produisent la souffrance.

Cela implique de :

- ◇ Reconnaître la dimension politique de la santé mentale ;
- ◇ Soutenir les processus d'empowerment individuel et collectif ;
- ◇ Intégrer le bien-être comme une condition essentielle de la lutte, et non comme un objectif secondaire.

La présente étude ouvre plusieurs pistes de recherches futures. Il serait pertinent d'approfondir l'analyse des pratiques de soin hybrides en documentant leurs effets à moyen et long terme, ainsi que leurs modalités de transmission intergénérationnelle. Des recherches longitudinales permettraient également de mieux comprendre les trajectoires de santé mentale des activistes LGBTQI+ dans des contextes de violence prolongée. Sur le plan du plaidoyer, les résultats plaident pour une repolitisation de la santé mentale, en la replaçant au cœur des luttes pour la justice

sociale, la reconnaissance des identités et la décolonisation des savoirs. La santé mentale ne peut être pensée comme un simple enjeu clinique : elle constitue un terrain stratégique de résistance, de reconstruction collective et d'affirmation des dignités. Cette recherche montre que prendre soin, dans les contextes LGBTQI+ d'Afrique centrale et de l'Est, revient à prendre position : contre la colonialité des savoirs, contre la psychiatisation de la souffrance sociale, et pour la reconnaissance de formes de guérison ancrées, collectives et transformatrices.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- › Afuape, T. (2011). Power, resistance and liberation in therapy with survivors of trauma: To have our hearts broken. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203806401>
- › American Psychiatric Association (2015). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- › Beresford, P., & Rose, D. (2023). Decolonising global mental health: The role of Mad Studies. Cambridge Prisms : Global Mental Health, 10, e30, 1-8. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.21>
- › Boaventura de Sousa Santos. (2014). Épistémologies du Sud. Mouvements citoyens et polémique sur la science. Presses de Sciences Po.
- › Égides, CCAP, & MOLI. (2024). Guide d'intégration transversale et spécifique de la santé mentale et du bien-être des activistes dans les programmes de défense des droits des personnes LGBTQI. Programme Pour Moi, Pour les Autres.
- › Égides, MOLI, CCAP, & Equitas. (2024). Enquête sur la situation et les besoins en santé mentale et bien-être des activistes LGBTQ2I en Afrique francophone (Burundi, Cameroun, Congo, RDC, Rwanda). Programme Pour Moi, Pour les Autres – Fonds AGIRI.
- › Horn, J. (2020). Decolonising emotional well-being and mental health in development: African feminist innovations. African Feminist Initiative. <https://www.researchgate.net/publication/339836903>
- › <https://www.voaafrique.com/a/silence-et-stigmatisation-les-hommes-africains-face-aux-troubles-mentaux>.
- › ISDAO (2023). « *Qui a peur du genre ?* » -Rapport d'étude sur « *l'idéologie du genre* » et les pratiques anti-genre qui la soutiennent au Burkina Faso, au Ghana et au Sénégal. INITIATIVE SANKOFA D'AFRIQUE DE L'OUEST.
- › Kinsey, D. (2022). Décoloniser le bien-être : un guide centré sur les personnes LGBTQI+ pour échapper au piège des régimes, guérir son image de soi et atteindre la libération corporelle . BenBella Books.

- › Mignolo, W. D. (2009). Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. *Theory, Culture & Society*, 26(7-8), 159–181. <https://doi.org/10.1177/0263276409349275>
- › Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203796757>
- › MOLI, & Égides. (2023). *Cartographie des stratégies de résilience et des ressources dédiées à la santé mentale et au bien-être des activistes au Burundi*. Programme Pour Moi, Pour les Autres.
- › Monteillet, N. (2005). Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : Enjeux et dynamiques d'un espace médical en recomposition. *Cahiers d'études africaines*, 45(179-180), 645–669. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.6851>
- › Organisation Mondiale de la Santé (2022). *Classification Internationale des maladies (CIM-11)*.
- › Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M., Ridde, V., & Zunzunegui, M. V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: a step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 143.
- › PSYCOM (2025). *La santé mentale des LGBT+, Santé mentale Info*.
- › Quijano, A. (2000). Coloniality of power, eurocentrism, and Latin America. *Nepantla: Views from South*, 1(3), 533–580.
- › Ramugondo, E. L. (2018). Healing work: Intersections for decoloniality. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 74(2), 83–91

ANNEXES



ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien :

Santé mentale décoloniale et vécus LGBTQI en Afrique centrale et de l'Est

Chère.e participant.e, nous sommes consultant.es d'Egides, une organisation internationale ayant pour mission d'agir en faveur de l'égalité des personnes vulnérabilisées ou exclues en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité ou de leur expression de genre dans l'espace francophone. Nous avons initié une recherche dans le cadre du programme Pour Moi, Pour Les Autres sous la supervision de l'équipe des programmes d'Egides et en collaboration avec les organisations partenaires (AVAF et MOLI) afin d'élaborer une approche décoloniale de la santé et du bien-être en Afrique centrale et de l'Est. Ce guide d'entretien est l'instrument qui nous permettra d'obtenir des informations nécessaires pour atteindre cet objectif. Nous vous assurons de ce que ces informations ne pourront en aucun cas être utilisées à des fins de contrôle ou de répression contre vous. Nous vous invitons à y répondre le plus sincèrement possible. En outre, nous vous garantissons de votre anonymat et de ce que vos réponses ne seront utilisées qu'à la stricte fin d'amélioration de votre santé mentale et de votre bien-être. Merci d'avance pour votre bienveillante collaboration.

▷ Compréhension de la santé mentale et du soutien

But : Découvrir les visions culturelles et communautaires du bien-être.

- Que t'évoque immédiatement la notion de santé mentale ?
- Comment est abordée la souffrance mentale dans ta famille ou ton cercle social ?
- Existe-t-il dans ta culture ou communauté des méthodes de soutien qui diffèrent de celles des établissements médicaux ou des thérapeutes ?

▷ Expériences avec le système de santé mentale

Objectif : Collecter des témoignages sur la psychiatrie, le diagnostic, l'hospitalisation, et les soins professionnels.

- As-tu déjà eu affaire à un.e spécialiste en santé mentale ? Comment cela s'est-il déroulé ?
- As-tu eu le sentiment d'être compris.e dans ce contexte, ou au contraire, que l'on te projetait une vision extérieure à ta situation ?

- Te sens-tu à l'aise ou plutôt contrain·e dans les environnements médicaux lorsque tu abordes des sujets comme ton genre, ton orientation, ou ton mal-être ?

▷ **Pratiques communautaires et approches alternatives de soin**

But : Mettre en avant les connaissances, soutiens et stratégies présents dans les communautés LGBTQI.

- Dans ta vie ou tes engagements, y a-t-il des lieux ou des individus qui t'ont soutenu·e durant des moments compliqués ?
- As-tu déjà pris part à un groupe de discussion, un cercle de soin, des cérémonies, ou des pratiques culturelles qui t'ont apporté du réconfort ? Raconte-nous !
- Quelle est ta perception des activités comme la musique, la spiritualité, le mouvement corporel ou l'art dans le processus de guérison ?

▷ **Soins, combat et équité sociale**

But : Examiner les connexions entre santé psychologique, oppression et résilience.

- En tant que personne LGBTQI, sens-tu que ton vécu influence ton bien-être mental ?
- Comment parviens-tu à résister, te protéger ou te sortir des environnements hostiles ?
- Pourrais-tu partager un moment où tu as trouvé de la force, même en pleine adversité ?

▷ **Imaginer et envisager des soins décoloniaux et alternatifs**

Objectif : Encourager une vision collective et contextuelle du soin.

- Si tu pouvais concevoir un système de soin mental réellement en phase avec les expériences LGBTQI, comment serait-il ?
- Quelles approches de soin (y compris les informelles) mériteraient, à ton avis, d'être reconnues comme valides et significatives ?
- Selon toi, qu'est-ce qui pourrait apporter de la guérison ou de la réconciliation au-delà des traitements médicamenteux ou de la thérapie verbale individuelle ?

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Questionnaire Santé mentale et expériences LGBTQI

Chère participante, nous sommes consultant.es d'Egides, une organisation internationale ayant pour mission d'agir en faveur de l'égalité des personnes vulnérabilisées ou exclues en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité ou de leur expression de genre dans l'espace francophone. Nous avons initié une recherche dans le cadre du programme Pour Moi, Pour Les Autres sous la supervision de l'équipe des programmes d'Egides et en collaboration avec les organisations partenaires (AVAF et MOLI) afin d'élaborer une approche décoloniale de la santé et du bien-être en Afrique centrale et de l'Est. Ce questionnaire, totalement anonyme, a pour objectif de mieux comprendre les expériences en matière de santé mentale des personnes LGBTQI, ainsi que les types de soins et de soutien qu'elles utilisent au quotidien. Il adopte une approche décoloniale des soins, sensible aux contextes culturels, sociaux et politiques, en intégrant les connaissances locales et les pratiques communautaires. Merci de répondre sincèrement. Vos réponses resteront strictement confidentielles.

▷ 1. Informations générales

- Âge : _____
- Identité(s) de genre : _____
- Orientation sexuelle : _____
- Lieu de résidence (ville / région) : _____
- Statut socio-professionnel : _____
- Implication communautaire ou militante : _____

▷ 2. Expériences de santé mentale

Avez-vous déjà vécu des moments de mal-être ou de détresse psychologique ?

___ Oui ___ Non ___ Préfère ne pas dire

Si oui, pouvez-vous décrire brièvement ce que vous avez ressenti ? _____

D'après vous, quels éléments ont contribué à ces difficultés ? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Discrimination basée sur l'orientation sexuelle
- ☐ Discrimination liée à l'identité de genre
- ☐ Violence familiale ou au sein de la communauté
- ☐ Problèmes économiques
- ☐ Isolement social
- Autre : _____

▷ **3. Accès aux soins et moyens de soutien**

Avez-vous déjà consulté un·e professionnel·le en santé mentale ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment avez-vous vécu cette expérience ? _____

Avez-vous bénéficié d'autres formes de soutien ? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Groupe de discussion ou espace communautaire
- ☐ Soutien d'am·es ou de proches
- ☐ Activité artistique, spirituelle ou culturelle
- ☐ Aucun soutien
- Autre : _____

▷ **4. Pratiques locales et connaissances communautaires en santé mentale**

Votre communauté ou votre culture connaît-elle des pratiques traditionnelles de soutien psychologique ? _____

Avez-vous déjà fait appel à des rituels, guérisseurs traditionnels, cercles communautaires, ou toute autre pratique locale ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ? Et comment les avez-vous vécues ? _____

Pensez-vous que ces pratiques devraient être reconnues ou intégrées dans les politiques de santé mentale ? Pourquoi ? _____

Quels savoirs locaux vous semblent essentiels à préserver ou à transmettre dans ce domaine ? _____

▷ 5. Représentations des soins et changements souhaités

Pour vous, que signifie « *prendre soin* » dans un contexte LGBTQI ? _____

Quelles pratiques ou ressources devraient être considérées comme des formes légitimes de soin ? _____

Si vous pouviez modifier une chose dans le système actuel de santé mentale, quelle serait-elle ? _____

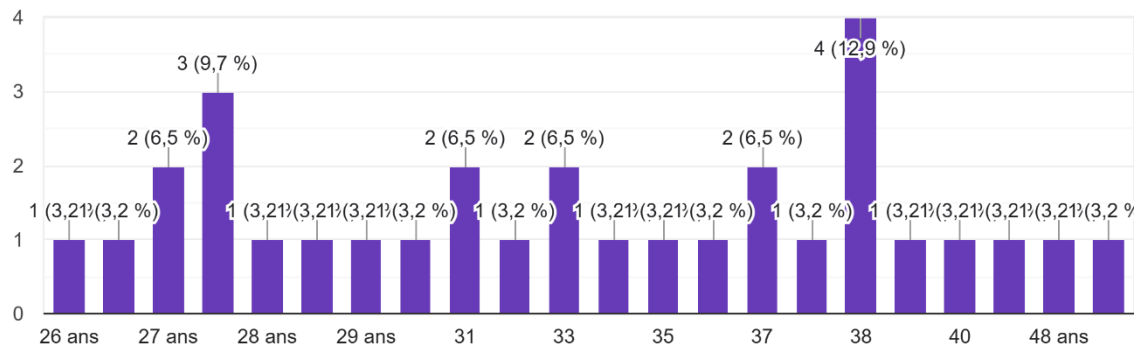
Avez-vous autre chose à ajouter concernant vos besoins, expériences ou réflexions sur la santé mentale ? _____

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 3 : DESCRIPTION GRAPHIQUE DES RÉPONSES DU QUESTIONNAIRE

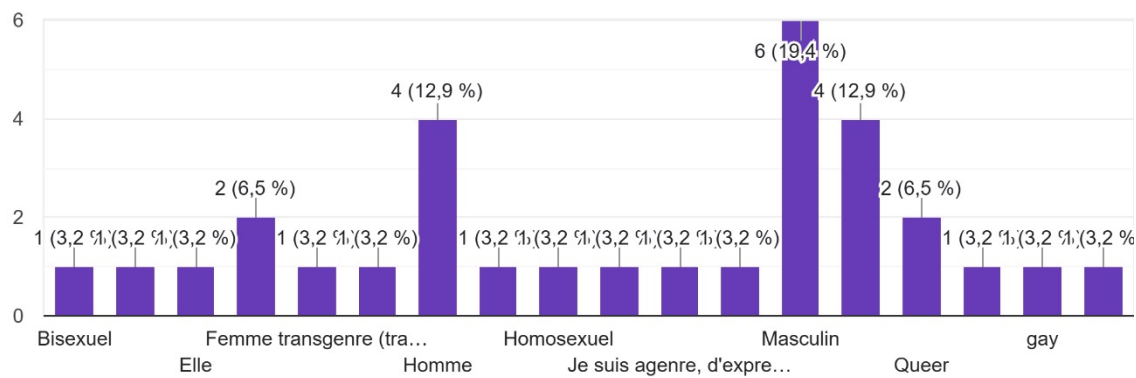
Question 1: Quel âge avez vous ?

31 réponses



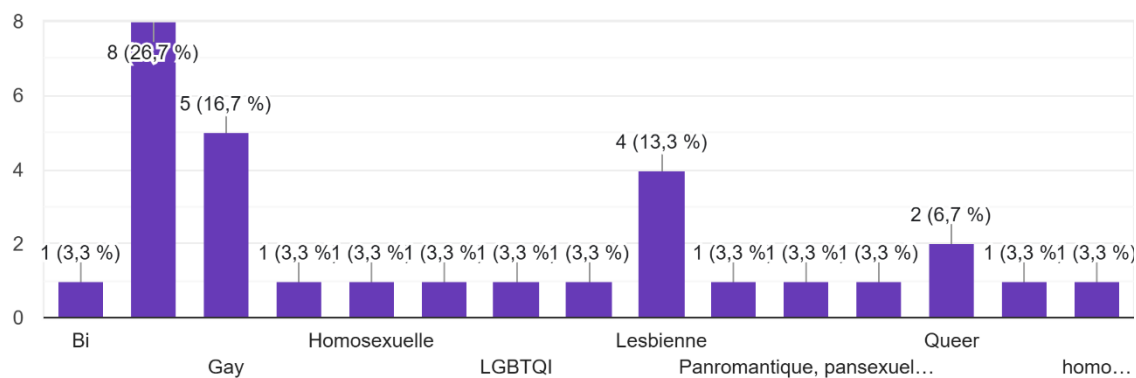
Question 2: comment vous identifiez vous ? (Identité(s) de genre)

31 réponses



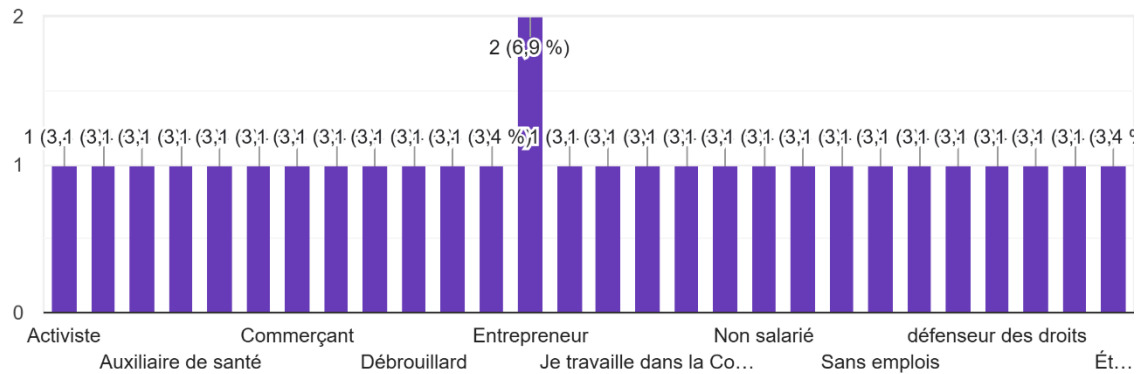
Question 3: Quelle est votre orientation sexuelle?

30 réponses



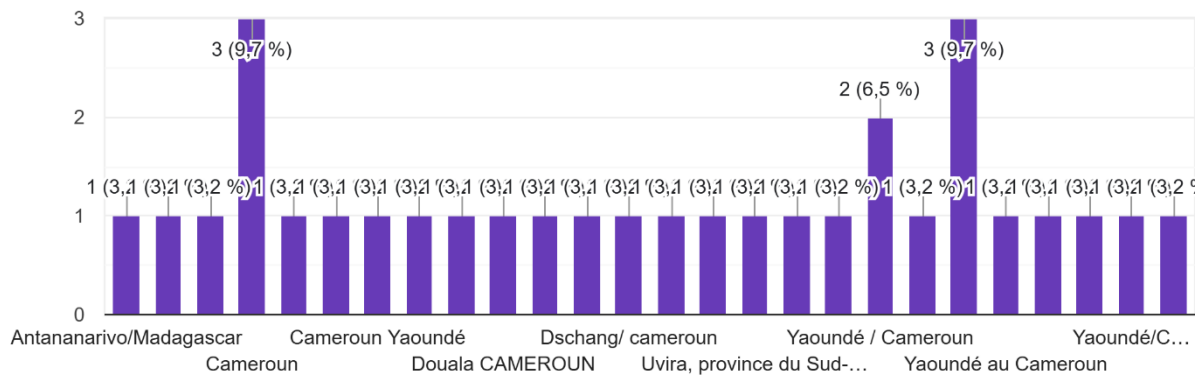
Question 4 : Quel est votre statut socio-professionnel ?

29 réponses



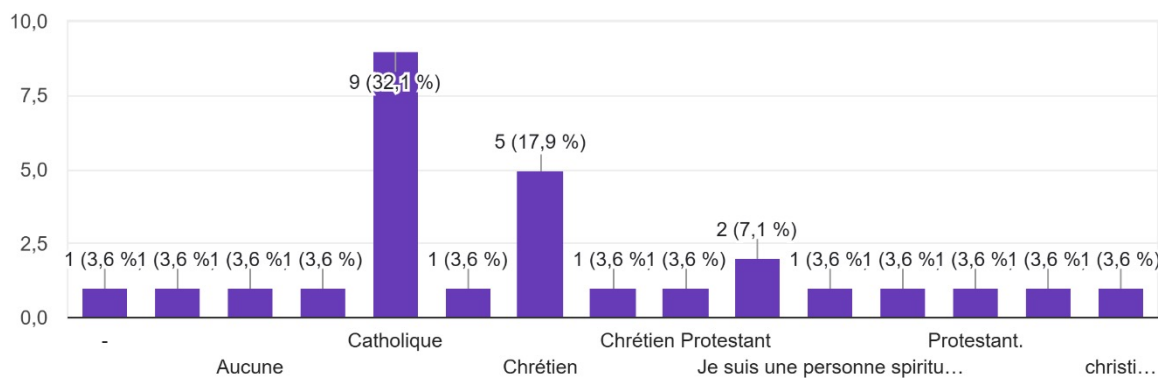
Question 5: Ou vivez vous ? (Lieu de résidence : ville/pays)

31 réponses



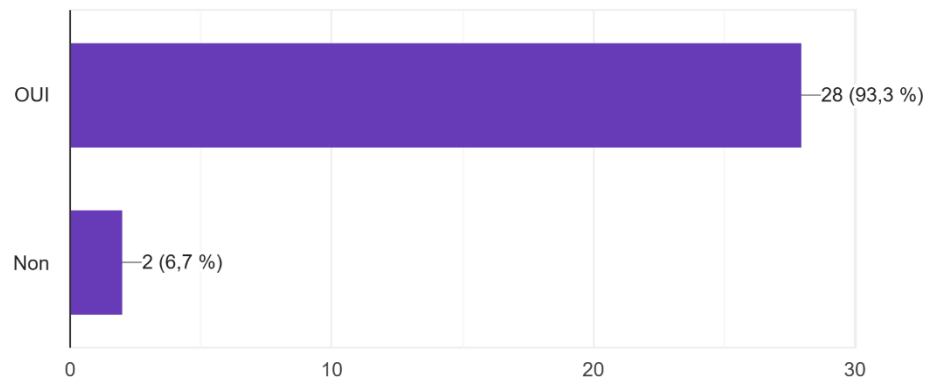
Question 6 : Appartenance religieuse ou spirituelle (facultatif)

28 réponses



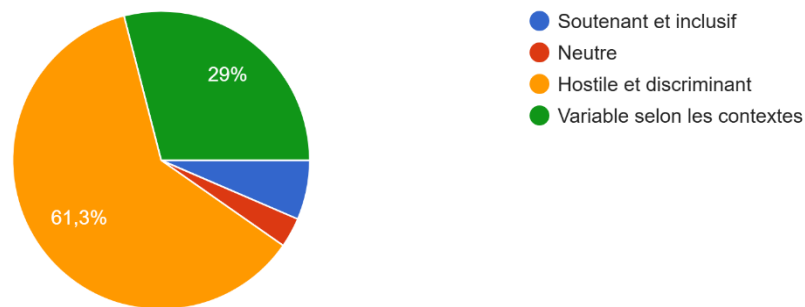
Question 7: êtes vous impliqué.e dans les activités communautaires ou militantes ?

30 réponses



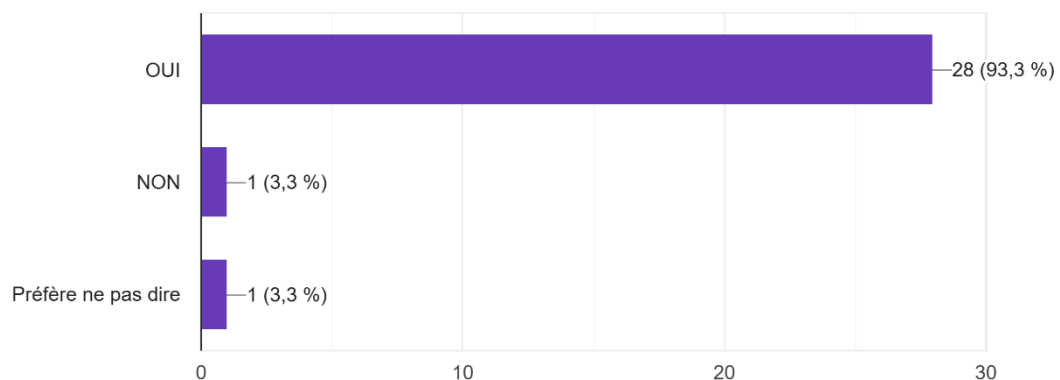
Question 8: Comment décririez- vous votre environnement social actuel ?

31 réponses



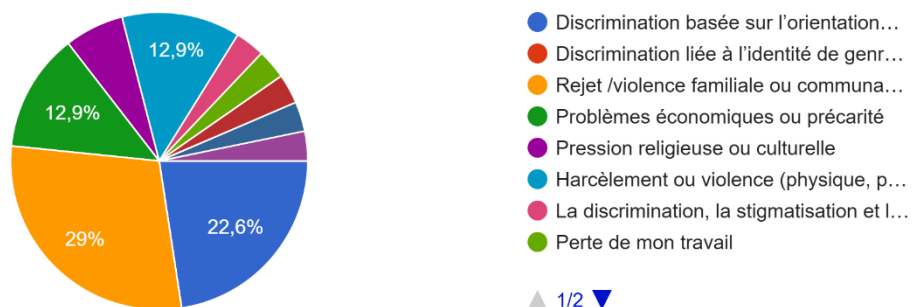
Question 10 - a : Avez-vous déjà vécu des moments de mal-être ou de détresse psychologique ?

30 réponses



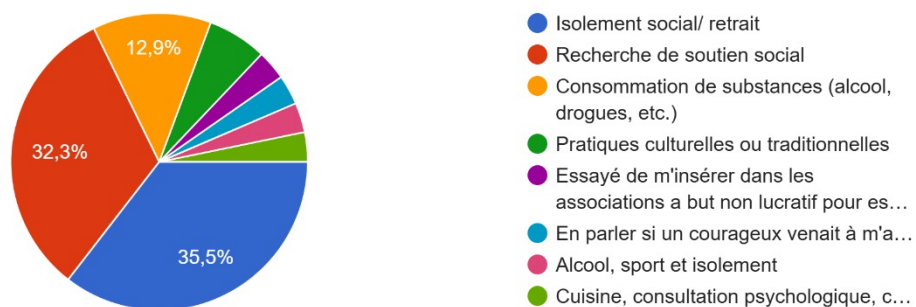
Question 11 : D'après vous, quels éléments ont contribué à ces difficultés ? (plusieurs choix possibles)

31 réponses

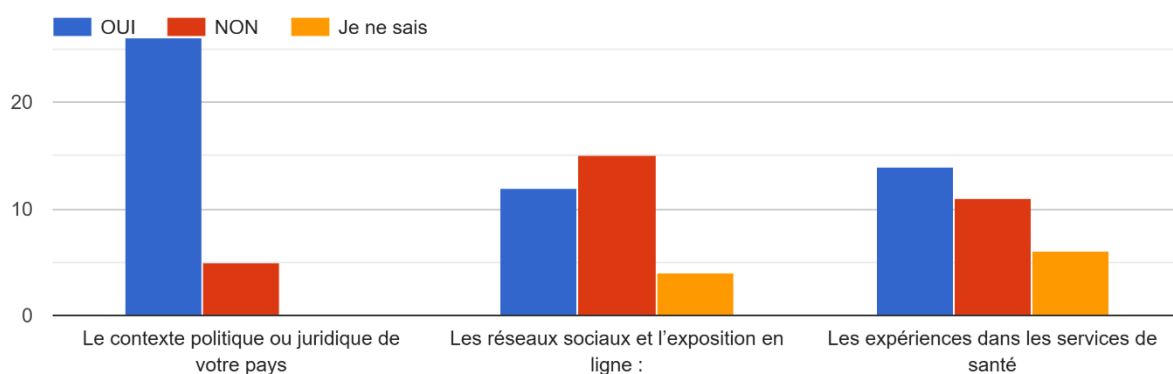


Question 12 : Dans ces moments de difficulté, quelles ont été vos principales stratégies personnelles pour faire face ?

31 réponses

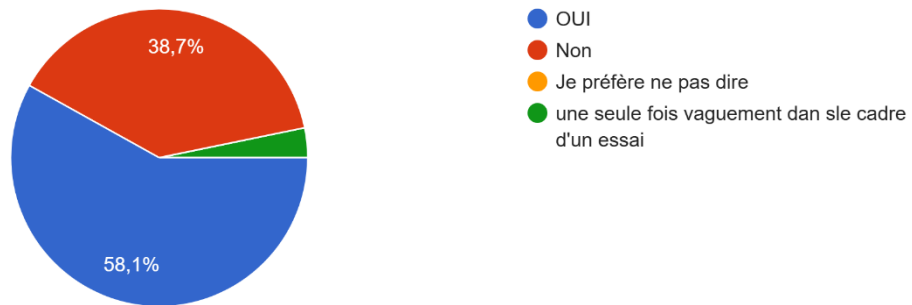


Question 14 : Diriez vous que votre santé mentale a été affectée par



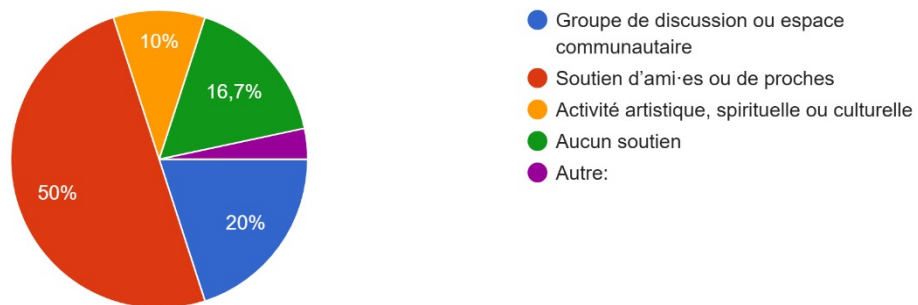
Question 15 -a : Avez-vous déjà consulté un·e professionnel·le en santé mentale ?

31 réponses



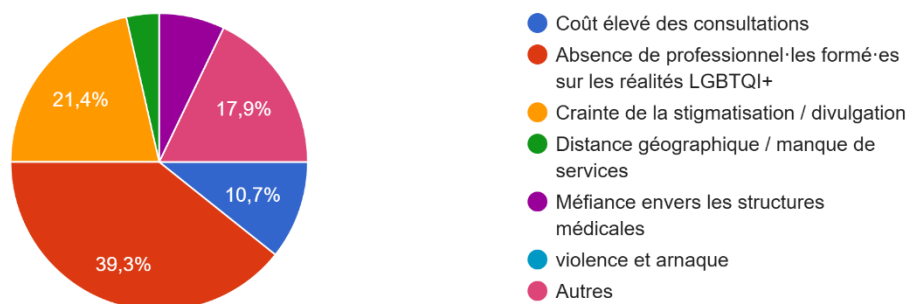
Question 16 : Avez-vous bénéficié d'autres formes de soutien ? (Plusieurs choix possibles)

30 réponses



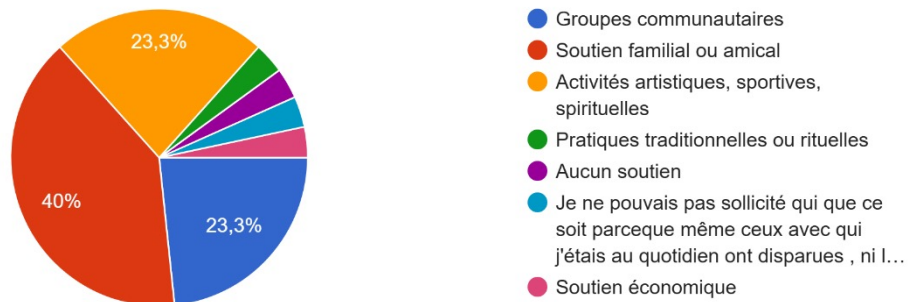
Question 17 : Avez-vous rencontré des obstacles dans l'accès à ces services ? (plusieurs choix possibles)

28 réponses



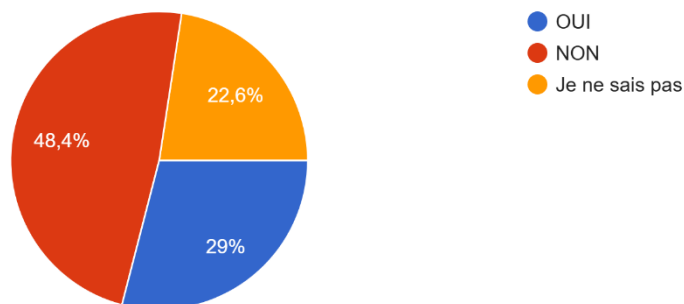
Question 18 : Quelles autres formes de soutien avez-vous sollicitées ?

30 réponses



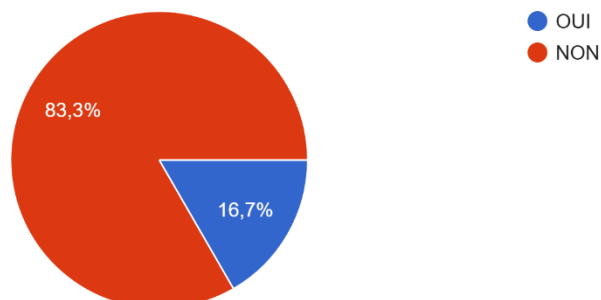
Question 19 - a : Votre communauté ou votre culture a-t-elle des pratiques traditionnelles de soutien psychologique ?

31 réponses



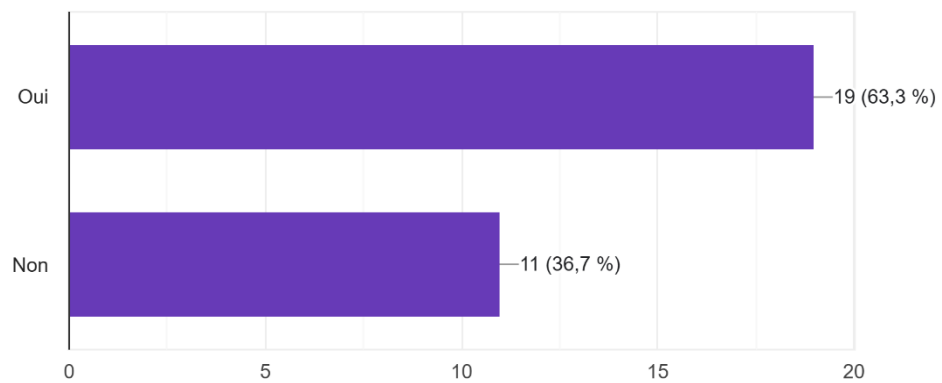
Question 20-a : Avez-vous déjà eu recours à ces pratiques (rituels, guérisseurs traditionnels, cercles communautaires, ou toute autre pratique locale) ?

30 réponses



Question 24 : Avez-vous déjà ressenti un conflit entre vos croyances culturelles/religieuses et les approches médicales de la santé mentale ?

30 réponses



Question 28: Quelles sont aujourd'hui vos principales attentes en matière de santé mentale ?

31 réponses

