

Les Charges Sanitaires et Economiques Infligées par la Destruction de la Sécurité Humaine

ARTICLE initialement publié dans « *The Cadmus Journal* » le 28 Février 2023 par

[Alberto Zucconi](#),

Psychologue clinicien ; Président de l'Institut de l'Approche Centrée sur la Personne ; Président du Conseil d'Administration de l'Académie Mondiale des Arts et des Sciences

[Luca Rolle](#)

Professeur agrégé, Psychologie dynamique, Département de psychologie, Université de Turin ; Directeur de l'École de Spécialisation en Psychologie de la Santé, Département de Psychologie, Université de Turin, Italie

Résumé

Enfin, après de nombreuses années de résistance, la majorité accepte la preuve scientifique que nous vivons dans ce que Paul Crutzen, membre de l'Académie Mondiale des Arts et des Sciences, a défini comme l'ère de l'Anthropocène, parce que l'humanité a laissé un impact majeur non seulement sur la planète, mais aussi sur toutes les formes de vie. (Crutzen et Stoermer, 2000). Aujourd'hui, avec l'augmentation de la fréquence et de l'ampleur des impacts négatifs que nous provoquons par notre façon d'agir, le grand public devient de plus en plus conscient des menaces croissantes que nous créons pour nous-mêmes et pour l'ensemble de la planète (UNESCO, 2021). Comme dans toute autre forme de dépendance, de nombreux êtres humains ont tendance à se défendre en prenant conscience de leurs comportements autodestructeurs, en se trompant et en s'apaisant en ignorant les menaces croissantes créées par l'homme et en s'engageant dans une dissonance cognitive pour éviter une prise de conscience génératrice d'anxiété. La croissance exponentielle de la population humaine et de ses modes de consommation a entraîné des coûts dramatiques et exorbitants pour l'environnement.

Non seulement nos modes de vie actuels ont eu un impact négatif sur les écosystèmes de notre planète, mais un nombre croissant de scientifiques nous ont avertis que nous atteignons rapidement un point de basculement où l'atténuation et/ou l'inversion des tendances n'est plus possible (GIEC, 2014). Si nous n'agissons pas rapidement et efficacement, nous serons confrontés non seulement aux conséquences, mais aussi aux menaces existentielles qui pèsent sur la survie de l'espèce intelligente autoproclamée de la planète Terre.

Actuellement, les traitements les plus visibles concernent la sécurité humaine, qui fait référence à la sécurité des personnes et des communautés, au droit d'être à l'abri de la peur, des difficultés et de l'humiliation. Sept dimensions sont associées à la conception de la sécurité humaine des Nations Unies : économique, alimentaire, sanitaire, environnementale, personnelle, communautaire et politique. Le rapport des Nations Unies sur le développement humain de 1994, intitulé "Nouvelles dimensions de la sécurité humaine", affirme que "la sécurité humaine est centrée sur l'être humain :

"La sécurité humaine est centrée sur l'être humain. Elle s'intéresse à la façon dont les gens vivent et respirent dans une société, à la liberté avec laquelle ils exercent leurs nombreux choix"

(PNUD 1994, p.23). Les attaques visant à détruire la sécurité humaine sont extrêmement coûteuses, entraînent d'immenses souffrances et pertes de vies, et traumatisent les populations et les écosystèmes. Étant donné que nous vivons dans un système complexe et que tout est lié, les destructions de la sécurité humaine ont un impact négatif sur toutes les interconnexions.

Comme le souligne la résolution 66/290* de l'Assemblée Générale :

"La sécurité humaine est une approche visant à aider les États membres à identifier et à relever les défis généralisés et transversaux qui menacent la survie, les moyens de subsistance et la dignité de leur population. Elle appelle à "des réponses centrées sur l'être humain, globales, adaptées au contexte et axées sur la prévention, qui renforcent la protection et la responsabilisation de tous les individus".

L'un des fardeaux causés par la destruction de la sécurité humaine est le traumatisme psychologique. Les personnes traumatisées, en particulier à un jeune âge, risquent de développer des maladies mentales et physiques et même de transmettre à leurs enfants les conséquences non traitées de leurs traumatismes. Les personnes qui développent des maladies mentales ont des antécédents très lourds de traumatismes et les survivants de traumatismes ont un risque beaucoup plus élevé de devenir malades mentaux. Les traumatismes peuvent également conduire directement au syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Pour faire face à toutes les urgences interconnectées et tirer les leçons des erreurs du passé, un nouveau paradigme émerge, qui est systémique/holistique, interdisciplinaire et intersectoriel, durable, et basé sur la facilitation des processus centrés sur la personne et les personnes avec des actions de responsabilisation pour mieux diagnostiquer les origines des problèmes et créer de nouveaux outils pour des interventions efficaces fondées sur les droits de l'homme et les ODD. Cela nous permet d'être plus efficaces en obtenant de meilleurs résultats dans la prévention et le traitement des urgences et en obtenant un rapport coût-efficacité positif et, en même temps, en aidant les gens à se responsabiliser et à se respecter eux-mêmes, les autres et le monde, en mettant en œuvre des stratégies gagnant-gagnant. La recherche-action participative centrée sur les personnes et d'autres stratégies centrées sur les personnes pourraient porter leurs fruits pour une cartographie plus précise de ces phénomènes et pour la conception et la mise en œuvre d'interventions efficaces centrées sur les personnes, préconisées par les Nations Unies et plusieurs agences de l'ONU.

1. Traumatisme psychologique/émotionnel

"Il se produit à la suite de violences, d'abus, de négligences, de pertes, de désastres, de guerres, de catastrophes naturelles et d'autres expériences émotionnellement néfastes. Le traumatisme n'a pas de frontières en ce qui concerne l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, la race, l'ethnie, la géographie ou l'orientation sexuelle" (SAMHSA, 2014, p.2).

La recherche a montré que les traumatismes de l'enfance sont un fléau dans le monde entier (Stoltenberg et al. 2015, Fang, 2015, OMS, 2022) et que l'exposition à la violence, aux abus, à la négligence, au racisme, à la discrimination, à la violence et à d'autres expériences négatives augmente le risque de problèmes de santé graves et de comportements à risque au cours de la vie, comme l'a démontré l'étude historique sur les Expériences Négatives de l'Enfance (ENE /

ACE) (Felitti et al. 1998 ; Bellis et al. 2015, 2019 ; Trauma and Public Health Taskforce, 2015 ; Agnew-Blais et Danese, 2016 ; Bisson et al 2019).

2. Le poids des Expériences Négatives vécues pendant l'Enfance

Il est difficile de comparer les taux de prévalence de la maltraitance des enfants et les statistiques connexes d'un pays à l'autre en raison de nombreux facteurs, notamment les différences entre les cadres juridiques et les systèmes d'enregistrement. Toutefois, il est reconnu qu'il s'agit d'un phénomène répandu qui touche environ 150 millions de personnes dans le monde, tant dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé. Les données les plus récentes de l'Union Européenne montrent que la prévalence de la maltraitance au Royaume-Uni et en Italie est respectivement de 11,2 % et de 9,5 %, ce qui est comparable aux données des États-Unis (12,1 %) et du Canada (9,7 %). Malheureusement, dans de nombreuses régions du monde, notamment au Brésil, en Russie, en Inde et en Chine, les statistiques sur la prévalence de la maltraitance chez les enfants et les adolescents ne sont pas normalisées, ce qui rend difficiles les comparaisons fiables entre les pays et les continents (Ferrara et al. 2015). Dans les zones rurales, les agences de santé locales sont rares, et parfois les gens ne déclarent pas être des survivants de traumatismes pour éviter la stigmatisation et les préjugés. En outre, de nombreux pays sous dictature falsifient intentionnellement leurs données, car ils falsifient régulièrement la réalité pour garder le contrôle et conserver le pouvoir.

L'étude sur les Expériences Négatives dans l'Enfance (ENE / Adverse Childhood Experiences ACE) et d'autres recherches ultérieures montrent que les ENE (ACE) constituent un facteur de risque important pour les causes les plus courantes de maladie, d'invalidité et de décès, ainsi que pour une mauvaise qualité de vie (Felitti et al. 1998 ; Felitti, 2002, Hills et al. 2000, 2001, 2004 ; Read et al. 2008).

Felitti et ses collègues ont constaté que plus une personne a subi d'ENE (ACE) dans son enfance (le score 1 correspond à une expérience défavorable dans l'enfance et ainsi de suite), plus le fardeau pour la santé est élevé plus tard dans la vie (Felitti, 2001). D'autres effets dramatiques sur la santé ont été constatés par Felitti et confirmés par la suite par d'autres recherches. (Bellis et al. 2015, 2019 ; Trauma and Public Health Taskforce, 2015 ; Agnew-Blais et Danese, 2016 ; Bisson et al 2019). Les expériences négatives vécues pendant l'enfance sont à la fois courantes et destructrices, et la recherche montre que cette combinaison en fait l'un des déterminants les plus importants de la santé et du bien-être. Felitti souligne certaines des raisons pour lesquelles, par le passé - mais dans de nombreux cas encore aujourd'hui -, l'énorme fardeau sanitaire et économique causé par les ENE (ACE) n'est pas géré de manière efficace.

La détresse causée par les ENE (ACE) peut avoir un impact négatif sur le développement du cerveau, le système immunitaire et la réponse au stress des enfants. (Rao et al. 2010 ; U.S. National Academy of Science, 2012 ; Shonkoff & Garner, 2012 ; Fox et al. 2015 ; Shonkoff & Phillis, 2000 ; CDC, 2019 ; National Scientific Council on the Developing Child, 2020). Les changements dans le cerveau peuvent affecter l'attention, la prise de décision et l'apprentissage des enfants.

"Pour comprendre pourquoi les expériences négatives vécues pendant l'enfance sont très néfastes, il faut garder à l'esprit que les années d'enfance, de la période prénatale à la fin de l'adolescence, sont les années de "construction" qui aident à préparer le terrain pour les relations, les comportements, la santé et les résultats sociaux à l'âge adulte. Les traumatismes liés à l'expérience et les conditions associées, comme le fait de vivre dans des quartiers

défavorisés ou victimes de ségrégation raciale, de déménager fréquemment, de connaître l'insécurité alimentaire et d'autres formes d'instabilité, peuvent provoquer un stress toxique (c'est-à-dire une activation prolongée du système de réponse au stress) (Bucci et al. 2016, p. 12).

Certains enfants sont exposés à un stress toxique supplémentaire dû à des traumatismes historiques et continus dus au racisme systémique ou aux effets de la pauvreté intergénérationnelle due à des opportunités éducatives et économiques limitées. Les traumatismes subis pendant l'enfance contribuent de manière significative à la charge mondiale de morbidité, en imposant des coûts énormes aux personnes et à leurs communautés. La recherche a montré que les traumatismes subis pendant l'enfance peuvent avoir un impact négatif sur les processus et le fonctionnement physiologiques, psychologiques et sociaux des enfants, et augmenter le risque de développer plusieurs types de maladies mentales : troubles de la personnalité et de l'humeur, toxicomanie et psychose (Springer et al. 2003 ; Nemeroff, 2004 ; Varese, Smeets, Drukker et al. 2012 ; Trotta, Murray, Fisher 2015 ; Agnew-Blais & Danese, 2016 ; Hughes et al. 2017).

Environ 61 % des adultes interrogés dans 25 États américains ont déclaré avoir subi au moins un type d'ENE (ACE) avant l'âge de 18 ans, et près d'un sur six a déclaré avoir subi quatre types d'ENE (ACE) ou plus (CDC 2021). Certains enfants sont plus exposés que d'autres. Les femmes et plusieurs groupes raciaux/ethniques minoritaires courent un risque plus élevé de subir quatre types d'ENE (ACE) ou plus. On estime que la prévention des traumatismes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie pourrait réduire de nombreux problèmes de santé. Par exemple, la prévention des ENE (ACE) pourrait éviter jusqu'à 1,9 million de cas de maladies cardiaques et 21 millions de cas de dépression (CDC 2019).

3. Le fardeau économique des expériences négatives vécues pendant l'enfance

Le coût économique et social pour les familles, les communautés et la société se chiffre en centaines de milliards de dollars chaque année. Une réduction de 10 % des ENE (ACE) en Amérique du Nord pourrait se traduire par des économies annuelles de 56 milliards de dollars (CDC, 2019). D'autres chercheurs ont calculé des coûts beaucoup plus élevés. Peterson, Florence & Klevens (2018), utilisant des méthodes et des données de coûts actualisées, ont estimé des coûts à vie par enfant beaucoup plus élevés pour les victimes de maltraitance infantile non fatale (831 000 \$) et fatale (16,6 millions de dollars) et un fardeau économique annuel estimé plus élevé pour la population américaine (428 milliards de dollars à 2,0 billions de dollars, selon la source de données pour la maltraitance infantile non fatale).

Dans leur examen systématique et leur méta-analyse, Bellis et ses collègues (2019) ont recherché des études comparant les données sur les risques des personnes ayant subi des ENE (ACE) à celles des personnes n'en ayant pas subi et ont constaté que les coûts des maladies mentales étaient les plus élevés : Les ENE (ACE) ont été blâmés pour environ 30 % des cas d'anxiété et 40 % des cas de dépression en Amérique du Nord.

Malheureusement, la guerre contre les enfants et les minorités est parfois menée au sein même de leur famille et de leur communauté, aveuglée par des croyances et des coutumes dysfonctionnelles et oppressives, par le sectarisme, le racisme, la discrimination fondée sur le sexe et toute autre forme de discrimination.

4. Les charges de stress toxique dues aux préjugés

De nombreuses personnes vivent dans des communautés qui blâment et punissent les gens pour ce qu'ils sont (Mayer 1995, 2007), ce qui nuit à leur santé physique et mentale et limite leur potentiel. Dans de nombreux cas, les préjugés sociétaux s'expriment violemment. La violation généralisée des droits des femmes dans des pays comme l'Iran et l'Afghanistan n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Il reste un certain nombre de pays où les homosexuels sont punis de la peine capitale ; dans de nombreux pays, le fait d'appartenir à une minorité sexuelle est un crime. De telles lois ne portent pas seulement atteinte aux droits de l'homme, elles peuvent également alimenter la discrimination, la stigmatisation et même la violence à l'encontre des personnes (UNICEF 2014 ; USCIRF, 2021).

La discrimination à l'encontre des albinos en est un autre exemple dramatique : Les personnes atteintes d'albinisme sont persécutées, stigmatisées et marginalisées. Elles souffrent de fausses croyances et de superstitions dans certains pays.

La violation des droits de l'homme n'est pas l'apanage des pays pauvres. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH) et l'Institut Américain de Diplomatie et des Droits de l'Homme (USIDHR) signalent que c'est aux États-Unis que le droit de ne pas être victime de discrimination est le plus fréquemment violé. †

Malgré des années d'efforts pour défendre et faire progresser les droits de l'homme, il reste encore beaucoup à faire. Des millions de personnes continuent de voir leurs droits violés, des souffrances indicibles et des traumatismes et stress toxiques qui créent une grande insécurité pour les familles et les communautés, des dommages inacceptables pour la santé et le bien-être, ainsi que de lourdes charges sociales et économiques. De nombreuses études scientifiques ont examiné les effets néfastes du racisme et de la discrimination sur la santé.

5. Le traumatisme du racisme et le poids de l'oppression

Le racisme a été associé à un certain nombre de problèmes de santé mentale, mais l'association entre la discrimination raciale et les symptômes du SSPT semble être la plus forte. La discrimination fondée sur la race et l'appartenance ethnique est un facteur contribuant à l'alcoolisme et aux symptômes du SSPT (Cheng & Mallinckrodt, 2015 ; Flores et al., 2010 ; Sibrava et al. 2019). Les effets du traumatisme sont amplifiés lorsqu'une personne a plusieurs identités stigmatisées (Safren et Dale, 2019). La retraumatisation indirecte causée par l'héritage culturel de l'oppression étatique contribue à la mauvaise santé de la communauté. Nagata et ses collègues (2019) ont montré comment l'expérience de l'internement des Américains d'origine japonaise pendant la Seconde Guerre mondiale a eu des effets traumatisants durables sur les internés et leurs descendants. Gone et ses collègues (2019) ont examiné l'impact des traumatismes historiques sur la santé des populations autochtones aux États-Unis et au Canada. Les victimes de l'oppression qui ont de multiples identités stigmatisées sont les plus touchées (Dale & Safren, 2019). Un modèle de stress et de traumatisme intersectionnel chez les minorités sexuelles et de genre asiatiques américaines a été présenté par Ching et ses collègues (2018).

6. L'omniprésence des traumatismes émotionnels dans le monde

L'enquête mondiale sur la santé mentale de l'OMS (2021) et Kessler et ses collègues (2017) indiquent que les traumatismes et le SSPT sont répandus dans le monde entier, qu'ils sont inégalement répartis et que le risque de SSPT diffère selon le type de traumatisme. Bien qu'une

minorité substantielle de cas d'ESPT se résolvent dans les mois qui suivent leur apparition, la durée moyenne des symptômes est beaucoup plus longue qu'on ne le pensait auparavant.

Plus de 70 % des personnes interrogées ont déclaré avoir subi un événement traumatisant ; 30,5 % ont été exposées à quatre événements traumatisants ou plus. Cinq types de traumatismes - le fait d'être témoin d'un décès ou d'une blessure grave, la mort inattendue d'un proche, une agression, un accident de voiture mettant la vie en danger et une maladie ou une blessure mettant la vie en danger - ont représenté plus de la moitié de toutes les expériences. L'exposition variait en fonction du pays, des caractéristiques sociodémographiques et des antécédents d'événements traumatisants. L'exposition à la violence interpersonnelle présentait les associations les plus fortes avec les événements traumatiques ultérieurs (Benjet, et al. 2016).

L'Organisation Mondiale de la Santé déplore que l'Atlas 2020 de la santé mentale montre des inégalités massives dans la disponibilité des ressources en santé mentale et leur répartition entre les pays à revenu élevé et les pays à faible revenu, ainsi qu'entre les régions. Il montre également que des écarts importants existent au niveau mondial entre l'existence de politiques, de plans et de lois, d'une part, et leur mise en œuvre, leur suivi et l'affectation des ressources, d'autre part. Des écarts similaires sont observés dans la mise en œuvre des services de santé mentale au niveau des soins de santé primaires.

L'Atlas de la santé mentale 2020 montre également que les systèmes d'information sur la santé mentale des pays ont une capacité limitée à rendre compte d'indicateurs spécifiques tels que l'utilisation des services. Seuls 31 % des États membres (OMS) collectent régulièrement des données sur la santé mentale couvrant au moins le secteur public de leur pays.

En outre, 40 % des États membres ont indiqué qu'ils compilaient des données sur la santé mentale uniquement dans le cadre des statistiques générales sur la santé. Le pourcentage de pays déclarant qu'aucune donnée sur la santé mentale n'a été compilée au cours des deux dernières années a diminué, passant de 19 % des pays ayant répondu en 2014 à 15 % des pays ayant répondu en 2020.

Les ressources humaines et financières allouées à la mise en œuvre des stratégies/plans sont limitées. En outre, seuls 19 % des États membres de l'OMS ont déclaré que des indicateurs étaient disponibles et utilisés pour suivre la mise en œuvre de la plupart des composantes de leurs politiques/plans.

- 45% des États membres de l'OMS ont indiqué qu'une autorité spécialisée ou un organisme indépendant effectue des inspections des services de santé mentale et répond aux plaintes pour violation des droits de l'homme.

- 21 % des États membres de l'OMS disposent d'une politique ou d'un plan de santé mentale en cours de mise en œuvre et pleinement conforme aux instruments relatifs aux droits de l'homme.

- 28 % des États membres de l'OMS disposent d'une loi sur la santé mentale en cours de mise en œuvre et pleinement conforme aux instruments relatifs aux droits de l'homme (Atlas de la santé mentale de l'OMS 2021).

- 45% of WHO Member States reported that a dedicated authority or independent body conducts inspections of mental health services and responds to complaints of human rights violations.
- 21% of WHO Member States have a mental health policy or plan that is currently being implemented and is fully compliant with human rights instruments.
- 28% of WHO Member States have a mental health law that is currently being implemented and fully compliant with human rights instruments (WHO Mental Health Atlas 2021).

I- 45% des États membres de l'OMS ont indiqué qu'une autorité spécialisée ou un organisme indépendant effectue des inspections des services de santé mentale et répond aux plaintes pour violation des droits de l'homme.

- 21 % des États membres de l'OMS disposent d'une politique ou d'un plan de santé mentale en cours de mise en œuvre et pleinement conforme aux instruments relatifs aux droits de l'homme.

- 28 % des États membres de l'OMS disposent d'une loi sur la santé mentale en cours de mise en œuvre et pleinement conforme aux instruments relatifs aux droits de l'homme (Atlas de la santé mentale de l'OMS 2021).

7. Burn Out, Vicarious Trauma, Compassionate Trauma: Also, the Helpers Need Help

Les aidants ou les bénévoles sont aussi des personnes et ils ont également besoin de bons soins, ils sont exposés à un risque de stress chronique, d'épuisement professionnel et de traumatisme par procuration.

7. Burn Out, Traumatisme indirect, traumatisme compassionnel : Les aidants aussi ont besoin d'aide

Les assistants ou les bénévoles sont aussi des personnes et ils ont besoin de soins attentifs. Ils sont exposés au risque de stress chronique, d'épuisement professionnel et de traumatisme indirect.

Le traumatisme indirect peut être défini comme le traumatisme résultant du contact avec des personnes traumatisées et il peut affecter les survivants du traumatisme, directement ou même par le biais de la télévision et d'autres couvertures médiatiques des calamités. Dans de nombreux cas, le traumatisme indirect affecte les personnes qui fournissent des services aux survivants de traumatismes exposés à des catastrophes naturelles, des guerres, des attaques terroristes, des violences, des agressions sexuelles, etc. Lorsque le traumatisme indirect est vécu par les aidants, on parle de traumatisme compassionnel (Branson, D. C. 2019). Les personnes qui travaillent avec des survivants de traumatismes et de violences courent le risque d'être affectées négativement par les multiples effets du traumatisme indirect/compassionnel.

"Les soins centrés sur la personne, complétés par des soins axés sur le rétablissement et des soins tenant compte des traumatismes, constituent la base d'une approche universelle des soins de santé. »

Les aidants ou les bénévoles qui offrent une assistance, un soutien et un contact psychologique aux survivants de traumatismes, malgré la signification profonde de la relation d'aide, la

motivation éthique et morale élevée, la signification humaniste et existentielle profonde de leurs efforts, risquent néanmoins d'avoir des conséquences négatives sur leur santé mentale. Il est très important de prévenir et d'atténuer l'impact du traumatisme de compassion/ indirect pour les professionnels qui sont en contact avec des survivants de traumatismes ou de violences, tels que le personnel de santé, les policiers, les pompiers, les journalistes, les bénévoles, les thérapeutes et toutes les personnes qui, dans leurs diverses fonctions, sont en contact avec des personnes traumatisées. Le traumatisme indirect/compassionnel est plus fréquent lorsque les secouristes n'ont pas de répit pour leur travail d'urgence, lorsqu'ils ne peuvent pas recharger leurs batteries ou se déconnecter d'un travail lourd et éprouvant. Les formes efficaces de prévention sont une bonne supervision, des alliances professionnelles solides, des pairs, des groupes de soutien et un bon équilibre entre le travail et la vie privée, afin de prendre soin de la vie personnelle, de passer du temps avec la famille et les amis.

Le défi pour ceux qui offrent leurs services d'aide avec passion, générosité et empathie est d'étendre ce type de relation d'aide à eux-mêmes, car on ne peut pas donner aux autres ce que l'on n'a pas. Il est donc moralement, éthiquement et professionnellement nécessaire de promouvoir la résilience, la santé et le bien-être des aidants, car si nous voulons donner beaucoup aux gens, nous devons aussi avoir une relation généreuse avec la personne avec laquelle nous passerons chaque heure de notre vie : nous-mêmes. (Mathieu, 2007)

8. Croissance à partir d'un traumatisme

Une minorité de personnes ayant été exposées à divers types de traumatismes font preuve d'une résilience remarquable et un processus de croissance se produit chez elles. Ces personnes développent une relation meilleure et plus significative avec elles-mêmes, avec les autres et avec le monde. Dans leur revue systématique, Linley et Joseph (2004) notent que les expériences traumatiques qui évoquent des sentiments de menace, d'incontrôlabilité et d'impuissance ont le potentiel de promouvoir la croissance chez certaines personnes.

Les personnes optimistes éprouvent généralement un large éventail d'émotions positives. Lorsqu'elles subissent un traumatisme, elles le recadrent de manière positive, en présentant de bons niveaux d'acceptation, d'adaptation et de rumination, et sont plus susceptibles d'évoluer à partir de l'expérience traumatisante.

Il existe de nombreuses preuves empiriques de l'impact négatif des événements traumatisants, mais des recherches montrent également que certaines personnes se développent personnellement après un traumatisme (Affleck & Tennen, 1996 ; Abraido-Lanza, 1998 ; Calhoun & Tedeschi, 1998 ; Mahwah, Erlbaum, Calhoun & Tedeschi, 1999 ; Armeli, Gunthert & Cohen, 2001). Une relation facilitante avec un adulte qui fait preuve d'empathie et qui accepte et respecte un enfant qui a survécu à un traumatisme peut atténuer considérablement les dommages causés par les ENE (ACE) (Bellis, Hardcastle, Ford et al. 2017). Les psychothérapeutes et les professionnels de l'aide peuvent aider les survivants de traumatismes à tirer parti de leurs expériences traumatiques et à accroître leur résilience (Lyons, 1991 ; Mahwah, Erlbaum, Calhoun & Tedeschi, 1999 ; Simonton, 2000 ; Linley, 2003, Linley & Joseph, 2004, Joseph, 2004).

8. Croissance à partir d'un traumatisme

Une minorité de personnes ayant été exposées à divers types de traumatismes font preuve d'une résilience remarquable et un processus de croissance se produit chez elles. Ces personnes

développent une relation meilleure et plus significative avec elles-mêmes, avec les autres et avec le monde. Dans leur revue systématique, Linley et Joseph (2004) notent que les expériences traumatisantes qui évoquent des sentiments de menace, d'incontrôlabilité et d'impuissance ont des effets positifs sur la santé.

9. Comment gérer efficacement les traumatismes : Les soins tenant compte des traumatismes

Être informé des traumatismes signifie être centré sur la personne qui a subi un traumatisme, être conscient, être informé des traumatismes. Il s'agit d'une approche scientifiquement fondée visant à prévenir la retraumatisation, à offrir des services et à concevoir des structures qui réduisent le risque de retraumatisation et maximisent la possibilité de traitements efficaces et de rétablissement des survivants de traumatismes.

Grâce à une attitude d'ouverture et de reconnaissance des erreurs commises dans le passé, nous sommes parvenus à redéfinir les bonnes pratiques en tant que "meilleures pratiques de soins fondés sur les traumatismes". C'est précisément parce que nous ne savions pas que certains aspects des traitements proposés à l'époque faisaient partie du problème et non de la solution : Par exemple, nous ne savions pas que le fait de pousser les clients contre leur gré à se souvenir de traumatismes passés, à revivre des moments traumatisants, etc. pouvait être iatrogène. (Fallot & Harris, 2001, 2002, 2009 ; SAMSHA, 2014).

Aujourd'hui, grâce à ce que nous avons appris des erreurs du passé, nous disposons d'une série de directives et de paramètres qui nous aident à prévenir les dommages et à maximiser les bénéfices du service rendu. Les Soins tenant compte des traumatismes (Trauma Informed Care / TIC) est une pratique où tous les aspects de l'organisation, de la formation et de la supervision du personnel, sont centrés sur les besoins des survivants de traumatismes, qui sont considérés comme des partenaires dans l'organisation des services et des traitements avec eux, grâce à une alliance de travail efficace et solide. Les TIC utilisent une approche centrée sur la personne, soulignant la nécessité de s'adresser au patient plutôt que d'appliquer des approches thérapeutiques générales (SAMSHA, 2014).

Les soins centrés sur la personne, complétés par des soins axés sur le rétablissement et des soins tenant compte des traumatismes, constituent la base d'une approche universelle des soins de santé. (Bassuk, 2017).

10. L'organisation tenant compte des traumatismes

Une telle organisation est centrée sur la personne et le rétablissement et s'engage clairement en faveur d'une philosophie tenant compte des traumatismes, soutient et promeut un programme tenant compte des traumatismes qui comprend la création de politiques et de procédures pour traiter les traumatismes, l'inclusion d'un langage tenant compte des traumatismes dans l'énoncé de mission, l'utilisation de ressources adéquates pour la formation, l'examen des outils de dépistage et d'évaluation pour inclure les traumatismes et un leadership tenant compte des traumatismes dans la communauté.

Une organisation tenant compte des traumatismes est planifiée, organisée et gérée d'une manière centrée sur la personne et les personnes. La mission est de fournir un environnement facilitant où chaque personne, client, personnel est traité d'une manière centrée sur la personne et informée des traumatismes afin de créer un climat facilitant la promotion de la sécurité et du

développement de chaque personne. En conséquence, pour les clients et leurs familles, l'organisation tenant compte des traumatismes offre des services centrés sur le client et tenant compte des traumatismes, qui encouragent un rôle proactif dans les décisions, préviennent la retraumatisation, le rétablissement, la croissance à partir des traumatismes, la résilience et l'autonomisation. Pour le personnel, elle propose un apprentissage tout au long de la vie, une supervision, une prévention de l'épuisement professionnel et des traumatismes indirects, et encourage l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée.

Les TIC offrent aux patients davantage de possibilités d'accéder à des services qui reflètent une vision compatissante de leurs problèmes. Les TIC peuvent procurer un plus grand sentiment de sécurité aux clients qui ont des antécédents de traumatisme et prévenir les conséquences plus graves du stress traumatique (Fallot & Harris, 2001, 2002, 2009 ; San Diego Trauma Informed Guide Team, 2012 ; Bassuk et al. 2017). L'approche Trauma Informed Care n'est pas seulement l'étalon-or des établissements de soins de santé, elle est également nécessaire et appliquée dans tous les autres environnements où des personnes vivent et travaillent - écoles, organisations, institutions de justice juvénile, communautés et planification urbaine, etc. Par exemple, une école tenant compte des traumatismes est une école sensible aux questions de traumatismes et, par conséquent, les enseignants savent qu'un élève soi-disant indiscipliné ne respecte pas toujours les règles, mais qu'il peut aussi exprimer un problème sous-jacent dû à un traumatisme. En sachant cela, l'enseignant (ou le directeur de l'école) pourra gérer plus efficacement son rôle d'enseignant tenant compte des traumatismes, en orientant l'élève problématique vers le psychologue de l'école ou un travailleur social, de sorte que l'élève, s'il a besoin d'aide, puisse être aidé et que le poids de son traumatisme ne s'aggrave pas. Le principe éthique "d'abord, ne pas nuire" se répercute fortement dans l'application des TIC.

"Un programme, une organisation ou un système qui tient compte des traumatismes réalise l'impact généralisé des traumatismes et comprend les voies potentielles de guérison ; il reconnaît les signes et les symptômes des traumatismes chez le personnel, les clients et les autres personnes impliquées dans le système ; et il réagit en intégrant pleinement les connaissances sur les traumatismes dans les politiques, les procédures, les pratiques et les environnements. (SAMSHA, 2012, p. 4)"

11. Villes tenant compte des traumatismes

Être une ville respectueuse des traumatismes signifie adopter une approche holistique. Cela signifie reconnaître et réparer un système injuste qui contribue à la violence et à la pauvreté systémiques. Cela signifie également intégrer une approche tenant compte des traumatismes dans les politiques, les programmes, les services et la formation des personnes qui les mettent en œuvre. Cela signifie comprendre le lien entre les traumatismes et la violence et l'impact sur la vie, le bien-être et le comportement des personnes. Une approche sensible aux traumatismes implique de modifier tous les aspects des programmes, du langage et des valeurs de la ville afin de s'assurer que les personnes qui mettent en œuvre les programmes, les services et les politiques sachent comment reconnaître les traumatismes et y répondre. Une approche sensible aux traumatismes fournit également des outils et un soutien pour guérir les traumatismes et les prévenir dans les communautés. Parmi les exemples en Amérique du Nord, citons Toronto, Baltimore, Philadelphie, Chicago, San Francisco et Tarpon Springs (FL). L'adoption d'un modèle de ville tenant compte des traumatismes, s'il est mis en œuvre de manière efficace, peut conduire à des services plus efficaces et efficaces, à des utilisateurs de services, au personnel municipal et à d'autres prestataires de services plus sains et plus heureux, ainsi qu'à une ville qui fonctionne mieux et qui est plus prospère.

Les TIC sont centrées sur la personne dans son ensemble et pas seulement sur le problème. Avoir une approche informée du traumatisme n'est pas seulement un devoir d'un point de vue éthique, clinique et de santé mentale, mais c'est aussi efficace si l'on prend en compte le rapport coût-bénéfice puisque fournir des traitements qui réduisent les dommages est dans l'intérêt non seulement des survivants du traumatisme mais aussi dans l'intérêt de la société tout entière.

12. Projet de meilleures pratiques en matière de soins éclairés par les traumatismes (projet TIC)

Le coût des traumatismes émotionnels était énorme, bien avant la pandémie de COVID-19 et l'invasion de l'Ukraine ; aujourd'hui, le fardeau mondial des traumatismes a doublé. Les coûts des traumatismes sont systémiques ; ils nuisent à la santé individuelle et sociale et, s'ils ne sont pas traités, peuvent être transmis aux générations futures. Les coûts économiques élevés des traumatismes nuisent aux survivants, à leurs familles, à leurs communautés et à leurs pays. (Lancet, 2020 ; OMS 2021, 2022a)

Les meilleures pratiques en matière de soins tenant compte des traumatismes sont des pratiques fondées sur la science qui peuvent éviter les risques de retraumatisation et promouvoir la résilience et la croissance après un traumatisme. L'Institut de l'Approche Centrée sur la Personne (IACP) avec l'Académie Mondiale des Arts et des Sciences (AMAS), le Consortium Universitaire Mondial (CUM / WUC), le Département de Psychologie de l'Université de Turin, l'Université pour la Durabilité, Santa Fe, Nouveau Mexique, le Forum Mondial pour la Durabilité, le Réseau des Universités de la Mer Noire, le Mouvement pour la Protection de notre Planète et l'Association Psychologique d'Ukraine ont créé un projet mondial visant à soutenir, connecter et aider tous les professionnels et les organisations publiques et privées opérant dans des pays ravagés par la violence et les catastrophes qui, d'une manière ou d'une autre, ont affaire à des personnes et, ce faisant, ont besoin d'être informés sur les traumatismes.

Les professionnels travaillant dans des organisations publiques ou privées, quel que soit leur domaine d'activité, s'ils ne connaissent pas les résultats de la recherche et ne sont pas formés aux soins fondés sur les traumatismes, peuvent involontairement provoquer la retraumatisation des personnes ayant survécu à un traumatisme. Les professionnels qui ignorent les principes et les pratiques des soins fondés sur les traumatismes font partie du problème qui engendre des coûts faramineux en termes de souffrance, d'invalidité, de mauvaise santé personnelle et sociale, de perte de productivité et de perte de prospérité ; en revanche, les professionnels conscients de l'importance des soins fondés sur les traumatismes, qui constituent l'un de leurs impératifs éthiques, feront partie de la solution.

L'application des meilleures pratiques en matière de soins éclairés par les traumatismes par les professionnels et les organisations épargnera aux gens des souffrances inutiles, protégera et promouvra la sécurité humaine, la santé et le bien-être des personnes et des communautés, et promouvra la durabilité et la prospérité pour tous.

Le projet sur les meilleures pratiques en matière de soins tenant compte des traumatismes (projet TIC) fournira gratuitement une éducation, une formation, un soutien et un renforcement des capacités à tous les différents acteurs travaillant dans les pays touchés par la violence et les catastrophes : Grâce aux connaissances acquises, ils seront mieux à même d'appliquer les principes dans leur domaine de travail.

Dans le cadre du projet "Meilleures pratiques informées des traumatismes", Alberto Zucconi et Luca Rollè ont conçu une série de cours postuniversitaires gratuits destinés aux psychothérapeutes de différentes nationalités qui travaillent dans des zones de guerre et dans des communautés ravagées par la violence, et qui sont motivés pour servir leurs concitoyens en devenant formateurs de formateurs. Les programmes de formation postuniversitaire sont proposés gratuitement par l'Institut pour l'Approche Centrée sur la Personne (IACP) et le Département de Psychologie de l'Université de Turin, en partenariat avec l'(AMAS / WAAS) , le (CUM / WUC) , le Réseau des Universités de la Mer Noire, l'Université pour la Durabilité, le Forum Mondial pour la Durabilité, le Mouvement "Protégeons notre Planète" et l'Association Ukrainienne de Psychologie.‡

Les soins fondés sur les traumatismes sont un exemple de révolution qui s'est produite dans le domaine de la santé. Ils ont progressé, même s'il existe encore des obstacles au changement.

13. Changement de paradigme dans le domaine de la santé

Dans l'approche mécaniste traditionnelle, la santé est définie comme l'absence de maladie. Dans le manifeste de l'OMS, le nouveau paradigme holistique/systémique de la santé est défini comme le plein développement du potentiel humain. La promotion de la santé est définie comme suit

"le processus qui permet aux gens de mieux contrôler et d'améliorer leur santé" (OMS, 1986, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, p. 1).

Les conditions et ressources de base de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. L'amélioration de la santé nécessite une base solide dans ces conditions de base. Comme vous pouvez le constater, la protection et la promotion de la santé et la sécurité humaine vont de pair.

Une bonne santé est une ressource importante pour le développement social, économique et personnel et une dimension importante de la qualité de vie. Des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent favoriser ou nuire à la santé. Les activités de promotion de la santé visent à améliorer ces conditions en défendant la santé. Le site web de l'OMS souligne l'importance d'atteindre la santé pour tous, en proclamant que

"tous les pays devraient aspirer à mettre en place des soins de santé primaires et des systèmes de santé solides, soutenus par un personnel de santé bien formé, centré sur l'être humain et compétent, capable de répondre aux besoins de tous les individus" (OMS 2021c p.vi)."

De plus, la confiance est un élément essentiel de la prestation de services de santé centrés sur la personne :

"L'instauration et le maintien de la confiance, en particulier lorsqu'une personne a déjà eu des interactions pénibles ou discriminatoires avec des établissements de santé, est un élément essentiel de la fourniture de services de santé centrés sur la personne." (OMS 2021c p.1).

Le Directeur Général de l'OMS souligne l'importance de :

" promouvoir la participation et l'inclusion communautaire des personnes ayant une expérience vécue ; renforcer les capacités afin de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et de promouvoir les droits et le rétablissement ; et renforcer le soutien par les pairs et les organisations de la société civile afin de créer des relations de soutien mutuel et de donner aux personnes les moyens de plaider en faveur d'une approche axée sur les droits de l'homme et la personne dans les services de santé mentale et les services sociaux. " (OMS, 2019 p.1)

14. Les organes des Nations Unies appellent à un changement de paradigme

Le rapport 2019 sur la Charge Globale de la Maladie (CGM / Global Burden of Disease GBD) suggère que la communauté mondiale de la santé doit revoir radicalement sa vision. Se concentrer exclusivement sur les soins de santé est une erreur. La santé émerge d'une perspective plus large qui inclut la qualité de l'éducation, la croissance économique, l'égalité des sexes et les politiques migratoires. Le rapport mondial sur la santé mentale souligne que

"Les inégalités sociales et économiques croissantes, les conflits prolongés, la violence et les situations d'urgence en matière de santé publique menacent les progrès vers l'amélioration du bien-être. Aujourd'hui, plus que jamais, le statu quo en matière de santé mentale ne suffira tout simplement pas." (OMS 2022a p. xiii)

En outre, l'OMS souligne que pour être efficace, nous devons changer la construction sociale de la réalité :

"Tous les membres de la communauté et du système de soins doivent soutenir l'inclusion sociale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et promouvoir une approche fondée sur les droits." (OMS 2022a p. xvii)

L'Organisation Mondiale de la Santé affirme que d'ici 2022, les problèmes de santé mentale seront la principale cause d'invalidité dans le monde. Les enfants, les adolescents et les personnes âgées sont les plus touchés. L'OMS estime qu'environ 20 % des enfants et des adolescents et environ 15 % des personnes âgées de 60 ans et plus souffrent de troubles mentaux. Les troubles mentaux les plus courants sont l'anxiété (qui touche 300 millions de personnes dans le monde) et la dépression (qui touche 280 millions de personnes). La plupart de ces personnes vivent avec leur trouble sans jamais recevoir de traitement. L'OMS affirme également que les personnes âgées s'abstiennent d'investir dans la santé par manque d'argent. En réalité, il est plus coûteux de ne pas investir dans la prévention des maladies et la promotion de la santé :

"À tous les stades de la vie, la promotion et la prévention sont nécessaires pour améliorer le bien-être mental et la résilience, prévenir l'apparition et l'impact des troubles mentaux et réduire les besoins en soins de santé mentale. Il est de plus en plus évident que la promotion et la prévention peuvent être rentables." (OMS, 2022a p. xviii)

15. Santé sur le lieu de travail et charges liées à l'insécurité

Nancy Leppink, responsable de l'administration du travail, de l'inspection du travail et de la sécurité et de la santé au travail, OIT Genève, dans sa présentation sur les "Coûts socio-économiques des blessures et des maladies liées au travail", confirme que l'OIT estime que plus de 2,3 millions de femmes et d'hommes meurent chaque année des suites d'une maladie professionnelle : Créer des synergies entre la Sécurité et la Santé au Travail et Productivité/

SST (« Building synergies between Occupational Safety and Health (OSH) and Productivity », confirme que l'OIT estime que plus de 2,3 millions de femmes et d'hommes meurent chaque année des suites d'un accident ou d'une maladie liés au travail. Plus de 350 000 de ces décès sont dus à des blessures mortelles et près de 2 millions à des maladies. En outre, plus de 313 millions de travailleurs sont victimes d'accidents du travail non mortels qui entraînent des blessures graves et une perte de temps de travail, et on estime à 160 millions le nombre de cas de maladies non mortelles liées au travail chaque année. L'impact dévastateur sur les travailleurs et leurs familles ne peut être entièrement calculé ; cependant, le coût de loin le plus important pour les travailleurs est la perte de qualité de vie et même la mort prématurée. La douleur et la souffrance sont reconnues comme des coûts incalculables, mais la santé mentale d'un travailleur peut également être gravement affectée après un accident.

Le coût total d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est souvent sous-estimé parce que certains coûts sont encourus en dehors de l'organisation et que certains coûts internes sont difficiles à quantifier ou à déterminer, comme le temps de travail perdu, la perte de production, la réduction du rendement du travail et la réduction de la participation au marché du travail. On estime que les coûts indirects des accidents du travail ou des maladies professionnelles peuvent être quatre à dix fois plus élevés que les coûts directs. L'OIT estime que les coûts liés à la perte de temps de travail, à l'indemnisation des travailleurs, à l'interruption de la production et aux frais médicaux s'élèvent à 4 % du PIB mondial (environ 2 800 milliards de dollars). Ainsi, les coûts humains et financiers de ces adversités quotidiennes sont énormes et mettent en évidence le poids économique des mauvaises pratiques en matière de sécurité et de santé au travail (SST). Inversement, les investissements en matière de SST réduisent les coûts directs et indirects, notamment en diminuant les coûts d'assurance tout en améliorant les performances et la productivité. La réduction des coûts de l'assurance sociale et des soins de santé se traduit par une baisse des impôts, une amélioration des performances économiques et une augmentation des avantages sociaux. La sécurité et la santé au travail doivent donc rester un élément clé du développement et bénéficier d'une priorité élevée au niveau international, national et des entreprises. Selon une étude de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale sur le retour sur investissement de la prévention, pour chaque euro investi, une entreprise peut s'attendre à un retour économique potentiel de 2,20 euros (Leppink, 2015).

Francis La Ferla, ancien responsable des programmes de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la promotion de la santé sur le lieu de travail en Europe, déclare :

"le modèle bio-psycho-social de la santé - qui est le plus complet des nombreux déterminants de la santé. Chacun de ces déterminants émerge des dimensions bio-psycho-sociales et sociales de ce modèle, qui inscrit la santé dans un contexte plus holistique. Les atouts de cette approche sont immenses. Un accent particulier est mis sur la nécessité pour chaque individu de comprendre qu'il est "le principal soignant" de sa propre vie et "le centre de sa propre santé". Cette responsabilisation est fondamentale pour le succès de l'approche centrée sur la personne en matière de santé et de bien-être". (La Ferla 2003 p.ii).

Le concept d'Organisations de Santé qui investissent dans la santé et la sécurité des travailleurs sont plus productives et plus rentables que les lieux de travail qui tentent d'exploiter leurs ressources humaines. Pour l'individu, les problèmes de santé entraînent une perte de bien-être, de moyens de subsistance, de bonheur, de satisfaction, voire de la vie elle-même, à laquelle s'ajoutent des pertes concomitantes pour la famille. Pour les entreprises et l'industrie, les pertes se mesurent en coûts directs, en pertes de production et en d'innombrables coûts immatériels.

Pour la société, le coût des dommages inutiles à la santé et à la vie, cumulés année après année sur la vie de millions de personnes, est véritablement incalculable. (Zucconi & Howell, 2003)

Some researchers have provided the first estimate of preventable deaths and preventable health care costs due to psychosocial stress in the workplace in the United States. The preventable costs are substantial—the most conservative estimate is about \$44 billion per year, or \$156 per American per year (Goh, Pfeffer & Zenios, 2019).

Certains chercheurs ont fourni la première estimation des décès et des coûts de soins de santé évitables dus au stress psychosocial sur le lieu de travail aux États-Unis. Les coûts évitables sont considérables - l'estimation la plus prudente est d'environ 44 milliards de dollars par an,

16. Les Charges Liées au Changement Climatique

Le coût total d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est souvent sous-estimé parce que certains coûts sont encourus en dehors de la période de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle. Les experts s'accordent largement à dire que le changement climatique augmente la fréquence et l'intensité des phénomènes météorologiques extrêmes. Bien que ces événements ne se transforment pas toujours en catastrophes naturelles, il est prouvé que les dommages causés par les catastrophes naturelles augmentent également, ce qui nous indique que le terme "catastrophes naturelles" est mal choisi car l'impact de l'homme sur l'environnement a exacerbé la fréquence et l'ampleur des catastrophes naturelles ou causées par l'homme. Il est notoirement difficile d'estimer avec précision les dommages et les victimes, mais la base de données la plus complète sur les catastrophes naturelles, l'Emergency Events Database (EM-DAT), montre que les catastrophes naturelles ont causé 3 700 milliards de dollars de dommages matériels, tué plus de 1,5 million de personnes et laissé plus de 90 millions de personnes sans abri entre 1995 et 2019. Les pertes matérielles causées par les catastrophes naturelles ont augmenté plus rapidement que le PIB en raison de l'accroissement de la richesse et de la population dans les zones sujettes aux catastrophes. L'amélioration des systèmes d'alerte et de prévision et la mise en place d'infrastructures plus résistantes ont probablement permis de réduire le nombre de victimes des phénomènes météorologiques extrêmes, mais les catastrophes de grande ampleur continuent de menacer gravement la vie des gens, en particulier dans les pays les plus pauvres. Pour minimiser les impacts économiques des phénomènes météorologiques extrêmes, il est important de comprendre d'abord comment ces impacts surviennent et se développent. (Deryugina, 2022).

17. Le fardeau de la destruction de l'environnement

Pendant longtemps, on a cru que les progrès de nos connaissances augmenteraient nos possibilités d'action, ce que l'on a appelé le progrès humain. Aujourd'hui, à l'ère de l'Anthropocène, nous devons reconsidérer cette notion. Nous devons comprendre et apprendre à vivre dans un système relationnel complexe et, pour ce faire, nous devons tirer les leçons de nos erreurs et apprendre à être en harmonie avec nous-mêmes, avec les autres et avec le monde.

L'OMS nous rappelle que

“the most solid evidence suggests that up to 68% of deaths (and 56% of exposure in *disability-adjusted life years* DALYs) are environmental. Environmental hazards are responsible for much of the global burden of disease: relative to the total population, 23% of all deaths worldwide

and 22% of all DALYs are environmental. Reducing environmental exposures would significantly reduce the global burden of disease” (WHO, 2016 p. 103).

" les données les plus solides suggèrent que jusqu'à 68 % des décès (et 56 % des *Années de vie corrigées de l'incapacité*) sont liés à l'environnement. Les risques environnementaux sont responsables d'une grande partie de la charge mondiale de morbidité : par rapport à la population totale, 23 % de tous les décès dans le monde et 22 % de toutes les *Années de vie corrigées de l'incapacité* sont liés à l'environnement. La réduction des expositions environnementales permettrait d'alléger considérablement la charge de morbidité mondiale" (OMS, 2016, p. 103).

Les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées sont les plus touchés par l'environnement : Les enfants de moins de cinq ans sont les plus touchés, avec 26 % de tous les décès attribuables à l'environnement, et les adultes âgés de 50 à 75 ans, avec entre 24 % et 26 % des décès dans ce groupe d'âge attribuables à l'environnement (OMS, 2016 p. 103). L'analyse actualisée pour 2016 montre que 24 % des décès dans le monde (et 28 % des décès d'enfants de moins de cinq ans) sont attribuables à des facteurs environnementaux modifiables. Soixante-huit pour cent de ces décès et 51 % des *Années de vie corrigées de l'incapacité* attribuables ont pu être estimés à l'aide de méthodes d'évaluation comparative des risques fondées sur des données probantes, et les évaluations d'autres expositions environnementales ont été complétées par des estimations épidémiologiques supplémentaires et des avis d'experts. Les cardiopathies ischémiques, les maladies respiratoires chroniques, le cancer et les traumatismes non intentionnels figurent en tête de liste. Ce sont les habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire qui supportent la plus lourde charge de morbidité. (OMS, 2019).

18. Le changement climatique est la plus grande menace pour la santé de l'humanité

L'Organisation Mondiale de la Santé nous avertit que notre comportement à l'ère de l'Anthropocène a engendré les pires menaces pour l'humanité, et la pire de toutes est le changement climatique.

19. Le poids de l'acidification des océans et de la pollution par les particules microplastiques

L'acidification des océans et les millions de tonnes de plastique déversées dans les rivières et les océans, les microparticules de plastique qui pénètrent dans les chaînes alimentaires, constituent un autre désastre croissant causé par l'homme.

De nouvelles recherches suggèrent que les plastiques peuvent contribuer à l'acidification des océans, en particulier dans les zones côtières fortement polluées, en libérant des composés chimiques organiques et du dioxyde de carbone, tous deux susceptibles d'abaisser le pH de l'eau de mer (Usman et al. 2022). Après leur utilisation, les plastiques sont généralement jetés sans précaution dans les plans d'eau, pénétrant ainsi dans l'environnement aquatique. On estime que les pays côtiers produisent environ 275 millions de tonnes de plastique, dont 4,8 à 12,7 millions finissent dans l'océan. En 2017, une estimation des Nations Unies a révélé la présence d'environ 51 trillions de microparticules (MP) dans les océans, une valeur 500 fois supérieure au nombre d'étoiles de toute la galaxie, a averti Erik Solheim, directeur exécutif du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE, 2017). On estime qu'il y aura plus de plastique que de poissons dans les océans d'ici 2050 si la tendance actuelle n'est pas stoppée. Une fois que le microplastique se trouve dans l'environnement, il ne se biodégrade pas. Il s'accumule dans les

animaux, y compris les poissons et les crustacés, et est donc ingéré par les humains sous forme d'aliments, retrouvé dans l'océan et ingéré par les animaux marins. Le plastique s'accumule alors et peut pénétrer dans l'organisme humain par le biais de la chaîne alimentaire : Des particules de microplastique ont été trouvées dans les aliments et les boissons : Dans des études de laboratoire, il a été associé à une série d'effets toxiques et physiques négatifs sur les organismes vivants.

De nouvelles recherches suggèrent que les plastiques peuvent contribuer à l'acidification des océans, en particulier dans les régions côtières fortement polluées. La Banque Mondiale nous avertit que la gestion des déchets est un problème universel qui touche chaque personne dans le monde. Les individus et les gouvernements prennent des décisions en matière de consommation et de gestion des déchets qui affectent la santé quotidienne, la productivité et la propreté des communautés. Les déchets mal gérés polluent les océans du monde, bouchent les canalisations et provoquent des inondations, transmettent des maladies par la propagation de vecteurs, exacerbent les problèmes respiratoires en raison des particules dans l'air produites par la combustion des déchets, nuisent aux animaux qui consomment des déchets à leur insu et affectent le développement économique (Kaza et al. 2018).

20. Îles de plastique flottantes

Il existe cinq îles de plastique flottantes dans les océans qui menacent d'anéantir une grande partie de la vie marine et de contribuer au changement climatique. Certaines de ces îles, comme celle du Pacifique Nord, ont la taille de la France, de l'Espagne et de l'Allemagne réunies.

Elles sont le résultat de plus de six décennies de déversement de déchets dans l'océan, principalement par voie terrestre et maritime. Le College of California estime que nous avons déversé 8,3 milliards de tonnes de ce polymère dans le monde entier au cours des six dernières décennies, et le plus inquiétant, c'est que plus de 70 % d'entre eux encombrant aujourd'hui les décharges et les océans de la planète.

Selon les chercheurs, les plastiques pourraient contribuer à l'acidification des océans, en particulier dans les régions côtières très polluées du monde. Les Nations Unies ont mis en garde la communauté internationale contre les dommages que les déchets marins causent à l'économie et à l'environnement en décimant les écosystèmes marins (c'est-à-dire en tuant plus d'un million d'animaux chaque année et en augmentant de plusieurs milliards de dollars le coût de la conservation des océans). Des chercheurs de l'université d'Hawaï ont découvert en 2018 que le polyéthylène, l'un des plastiques à usage unique les plus utilisés, libère des gaz à effet de serre tels que l'éthylène et le méthane lorsqu'il se décompose au soleil.

Les déchets dans les océans augmentent tellement que le Forum économique mondial (FEM / WEF) prévoit que d'ici 2050, les océans pourraient contenir plus de plastique que de poissons.

21. Les fardeaux de la guerre

La guerre est l'une des catastrophes les plus destructrices provoquées par l'homme : Bien qu'elle ne soit généralement pas mentionnée comme un problème de santé, la guerre, sous ses nombreuses formes, est l'un des déterminants de la santé les plus néfastes que l'on connaisse. Pour donner une idée de l'immensité de son impact, il y a eu 250 guerres au cours du siècle dernier, qui ont tué près de 200 millions de personnes, en ont blessé et mutilé des centaines de millions d'autres, et ont tué un très grand nombre d'animaux domestiques et sauvages. La

présence d'environ 60 à 70 millions de mines terrestres encore enfouies dans 68 pays et tuant quelque 26 000 personnes par an, dont la moitié sont des enfants, constitue une séquelle mortelle persistante. On estime que le bilan pour les animaux est de 10 à 20 fois supérieur à celui des humains (McFee, 2002), ce qui a un impact horrible sur l'ensemble de l'équilibre écologique.

L'atteinte indirecte à la santé causée par les dégâts catastrophiques de la guerre sur l'environnement, dont une grande partie est permanente, pourrait en fin de compte être encore plus nocive que le massacre direct. Quelques exemples : les milliers de tonnes de produits chimiques toxiques libérés dans l'atmosphère au-dessus du Kosovo à la suite du bombardement d'usines pétrochimiques ; les 60 millions de gallons ou plus de pétrole déversés dans le désert du Koweït lors de la guerre du Golfe persique à partir de puits détruits, formant 300 lacs de boue noire sur 19 miles carrés ; les 100 millions de livres de défoliant et d'herbicide Agent Orange pulvérisés pour détruire les forêts au Viêt Nam, causant des dommages écologiques et sanitaires dont les scientifiques tentent encore d'évaluer les effets à long terme (McFee, 2002).

Ces données montrent clairement que les conflits armés - qui, à l'heure où nous écrivons ces lignes, ne montrent guère de signes d'apaisement - restent une menace sanitaire d'origine humaine de la plus grande gravité. (Zucconi & Howell 2003 p. 72).

Selon l'Indice Mondial de la Paix 2022 (Global Peace Index 2022) de l'Institut pour l'Économie et la Paix,

"...l'impact économique de la violence sur l'économie mondiale en 2021 était de 16 500 milliards de dollars en termes de parité de pouvoir d'achat (PPA). Ce chiffre équivaut à 10 % de l'activité économique mondiale (produit mondial brut) ou à 2 117 dollars par personne. L'impact économique de la violence a augmenté de 12,4 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse est principalement due à l'augmentation des dépenses militaires mondiales, qui ont augmenté de 18,8 %, bien qu'un plus grand nombre de pays aient réduit leurs dépenses en pourcentage du PIB. La Chine, les États-Unis et l'Iran sont les pays qui ont le plus augmenté leurs dépenses militaires en termes nominaux. La violence continue d'avoir un impact significatif sur les performances économiques mondiales. Pour les dix pays les plus touchés par la violence, l'impact économique moyen de la violence équivalait à 34 % du PIB, contre 3,6 % pour les pays les moins touchés par la violence. La Syrie, le Sud-Soudan et la République centrafricaine ont subi le coût économique proportionnel le plus élevé de la violence en 2021, équivalant à 80, 41 et 37 % du PIB, respectivement.

Les dépenses consacrées à la consolidation et au maintien de la paix s'élevaient à 41,8 milliards de dollars en 2021, soit seulement 0,5 % des dépenses militaires. (IEP, 2022 p. 3).

Nous ne pouvons pas nous permettre de supporter le coût de la violence :

"L'impact économique mondial de la violence était de 16 500 milliards de dollars en 2021, soit 10,9 % du PIB mondial ou 2 117 dollars par personne. Le résultat de 2021 représente une augmentation de 12,4 %, soit 1 800 milliards de dollars, par rapport à l'année précédente, principalement en raison de l'augmentation des dépenses militaires. En 2021, 132 pays ont augmenté leurs dépenses militaires par rapport à l'année précédente, contre 29 pays qui les ont réduites. L'impact économique s'élève à 7 700 milliards de dollars, soit une augmentation de 18,8 %. En 2021, l'impact économique des conflits armés a augmenté de 27 % pour atteindre 559,3 milliards de dollars. Cette hausse s'explique par l'augmentation du nombre de réfugiés et

de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, ainsi que par les pertes de PIB dues aux conflits. Toutes les régions du monde ont enregistré une augmentation de l'impact économique de la violence entre 2020 et 2021. La région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MOAN) (MENA / Middle East and North Africa) et la Russie et l'Eurasie sont les régions où les augmentations proportionnelles sont les plus importantes, avec respectivement 32 % et 29 %. La Syrie, le Soudan du Sud et la République centrafricaine ont subi les coûts économiques relatifs de la violence les plus élevés en 2021, équivalant à 80, 41 et 37 % du PIB, respectivement. Dans les dix pays les plus touchés par la violence, le coût économique de la violence représentait en moyenne 34 % du PIB en 2021" (PEI 2022 p.6).

22. Le poids des migrations forcées

Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa préface à « Santé des réfugiés et des migrants : Normes Mondiales de Compétence pour les travailleurs de la santé » (Refugee and migrant health : Global Competency Standards for health workers (OMS, 2021), a déclaré :

"Les réfugiés et les migrants font partie des communautés les plus vulnérables dans de nombreuses sociétés. Trop souvent, ils vivent dans l'insécurité en marge de la société, dans la peur et sans accès à un niveau raisonnable de services essentiels, y compris les services de santé. Ils peuvent être confrontés à la discrimination, à l'exclusion sociale, à des attitudes négatives et à des stéréotypes stigmatisants. La pandémie de COVID-19 a perturbé les services de santé dans le monde entier, faisant courir un risque accru à ces communautés déjà vulnérables et marginalisées. La pandémie a compromis la capacité des systèmes de santé à répondre à l'ensemble des besoins sanitaires, exacerbant les inégalités existantes. L'OMS estime que chacun devrait pouvoir jouir du droit à la santé et accéder à des services de santé de qualité, centrés sur l'être humain, sans obstacle financier, y compris les réfugiés et les migrants, comme l'exprime notre engagement en faveur de la couverture sanitaire universelle". (OMS, 2021, p.v). "La santé personnelle ne peut être séparée de la santé sociale, et la santé sociale ne peut être séparée d'un accès équitable à l'éducation sanitaire et aux services de santé. La santé personnelle et sociale ne peut être promue efficacement sans accorder de l'importance à la santé environnementale. "

22. L'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) déclare que :

"...à la fin de 2021, 89,3 millions de personnes ont été déplacées de force dans le monde en raison de persécutions, de conflits, de violences ou de violations des droits de l'homme. Ce chiffre comprend

- 27,1 millions de réfugiés
- 53,2 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
- 4,6 millions de demandeurs d'asile
- 4,4 millions de Vénézuéliens déplacés à l'étranger

En mai 2022, 100 millions de personnes étaient déplacées de force dans le monde, ce qui représente une augmentation de 10,7 millions de personnes déplacées par rapport à la fin de l'année précédente, en raison de la guerre en Ukraine et d'autres conflits meurtriers. Selon les

estimations du HCR, 117,2 millions de personnes seront déplacées de force ou apatrides en 2023".

L'invasion de l'Ukraine a entraîné de lourdes charges pour les Ukrainiens en premier lieu, mais elle a également eu des répercussions dans le monde entier dans de nombreux domaines tels que la distribution alimentaire, l'énergie et les perturbations logistiques. L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques estime que l'invasion de l'Ukraine par la Russie coûterait à l'économie mondiale 2,8 billions de dollars en perte de production d'ici la fin de l'année prochaine - et plus encore si un hiver rigoureux entraîne un rationnement de l'énergie en Europe**

23. L'insécurité liée à l'absence de papiers d'identité

La Division des Objectifs de Développement Durable du Département des Affaires Economiques et Sociales des Nations unies (UN DESA/DSDG) et l'Organisation Internationale de Droit du Développement (OIDD) ont souligné, lors de la Conférence mondiale sur la mise en œuvre de l'ODD 16, qui s'est tenue à Rome du 27 au 29 mai 2019, que des centaines de millions de personnes dans le monde, dont 650 millions d'enfants, n'ont toujours pas de preuve de leur identité légale. La promotion de l'identité légale est une condition préalable à la réalisation de tous les ODD, en particulier les cibles 16.9 et 17.19. L'identité légale pour tous - dès la naissance - est une question de droits de l'homme, qui garantit que chacun est reconnu par la loi et peut exercer et revendiquer ses droits. La grande majorité des personnes dans le monde qui n'ont pas de preuve d'identité légale sont des enfants qui n'ont jamais été enregistrés à la naissance.

24. La paix est rentable

La recherche a montré que :

"...les progrès de la paix peuvent entraîner des améliorations économiques considérables en termes de croissance du PIB, d'inflation et d'emploi. Le coût économique moyen de la violence était trois fois plus élevé pour les pays dont l'IPG (Indice de Paix Global / Global Peace Index) s'est le plus dégradé, soit 22,1 % de leur PIB, contre 6,7 % pour les pays dont l'IPG s'est le plus amélioré en 2019. Au cours des 20 dernières années, les pays dont l'IPG s'est le plus amélioré ont enregistré une croissance annuelle du PIB supérieure de 1,4 % à celle des pays dont l'IPG s'est le plus dégradé. Sur une période de 20 ans, cette croissance supplémentaire représente 31 % de PIB en plus. Les pays dont la paix positive s'est détériorée ont enregistré une croissance du PIB plus volatile que la moyenne de l'indice. Au cours des 20 dernières années, les dix pays ayant connu les plus fortes améliorations en matière de paix positive ont enregistré en moyenne une croissance économique par habitant supérieure de 2,6 points de pourcentage par an à celle des dix pays dont la situation s'est le plus détériorée. Si tous les pays amélioraient leur niveau de paix pour atteindre la moyenne des 40 pays les plus pacifiques, la réduction de la violence se traduirait par des économies de 3,6 billions de dollars au cours de la prochaine décennie. L'impact de la violence va au-delà de la victime et de l'auteur et a des conséquences économiques, sociales et politiques (Institute for Economics & Peace. Valeur économique de la paix (IEP, 2021 p.4).

25. Les dividendes de la paix positive

La paix est une solution gagnante pour tous et une condition préalable à la croissance et à la prospérité.

"La paix positive est un concept transformationnel. Elle est définie comme les attitudes, les institutions et les structures qui créent et soutiennent les sociétés pacifiques. *L'Institut pour l'Economie et la Paix.*"

La valeur économique de la paix (VEP) a formulé de manière empirique l'Indice de Paix Positive (IPP) en analysant près de 25 000 indicateurs de progrès économique et social afin de déterminer ceux qui ont des relations statistiquement significatives avec la paix telle qu'elle est mesurée par l'Indice de Paix Mondial (IPM).

L'IPP met l'accent non plus sur les aspects négatifs, mais sur les aspects positifs qui créent les conditions nécessaires à l'épanouissement d'une société. En raison de sa nature systémique, l'amélioration de la paix positive est associée à de nombreux résultats souhaitables pour la société, notamment des résultats économiques plus solides, une plus grande résilience, de meilleures mesures du bien-être, des niveaux plus élevés d'inclusion et des performances environnementales plus durables. Par conséquent, la paix positive crée un environnement optimal dans lequel le potentiel humain peut s'épanouir.

La paix positive peut être utilisée pour mesurer empiriquement la résilience d'un pays, c'est-à-dire sa capacité à absorber les chocs et à s'en remettre. Elle peut également mesurer la fragilité et aider à prédire la probabilité de conflit, de violence et d'instabilité. Il existe une relation étroite entre la paix positive et la violence, telle que mesurée par le score de paix interne de l'indice de paix mondiale (GPI).

Pour cette raison, plus les améliorations de la paix positive sont importantes, plus les performances économiques sont élevées. Les pays ayant connu les plus grandes améliorations en matière de paix positive ont enregistré des taux moyens de croissance économique par habitant supérieurs de plus de 2,6 points de pourcentage à ceux des pays ayant enregistré les plus grandes détériorations" (Institute for Economics & Peace. Economic Value of Peace, 2021 p. 50).

Le prix Nobel d'économie Joseph E. Stiglitz et Linda Bilmes, professeure à Harvard, ont montré dans leur célèbre ouvrage que les calculs gouvernementaux peuvent être tout à fait erronés et minimiser le véritable fardeau économique de la guerre. Dans le cas de la guerre en Irak, les estimations des fonctionnaires de l'administration s'élevaient à 3 000 milliards de dollars américains, alors que Stiglitz et Bilmes ont calculé que les coûts réels s'élevaient à 5 000 milliards de dollars américains (Stiglitz & Bilmes, 2008).

26. Moyens efficaces de promouvoir le changement : Approches centrées sur la personne et les personnes

Il existe de nombreuses preuves scientifiques que les approches centrées sur la personne produisent des résultats plus efficaces et sont plus rentables à moyen et à long terme que les autres approches traditionnelles. Les approches centrées sur la personne (ACP) sont des approches interdisciplinaires et intersectorielles scientifiquement validées, conçues pour favoriser la protection et la promotion du capital humain tout en offrant un niveau d'efficacité maximal en matière de protection et de promotion des écologies humaines et des écosystèmes naturels, favorisant ainsi un changement durable. L'ACP est une approche axée sur les valeurs,

fondée sur l'égalité des droits, les stratégies de responsabilisation et le respect profond de la culture et des traditions de chaque personne. L'ACP favorise la compréhension empathique, le respect mutuel, la communication efficace et la collaboration entre les différentes parties prenantes dans le cadre d'actions de responsabilisation, de rétablissement et de résilience, ainsi que la création d'alliances de travail solides fondées sur la confiance mutuelle. Les applications des approches centrées sur la personne donnent d'excellents résultats dans de nombreux domaines et disciplines ; on les trouve dans différentes parties du monde et elles sont en constante expansion.

27. Éducation et formation centrées sur la personne et l'individu

Pour survivre, toute forme de vie doit apprendre efficacement et rapidement à adapter son comportement aux changements de l'environnement. Nous devons réorganiser et améliorer notre éducation à tous les niveaux. L'éducation formelle et informelle à tous les niveaux doit nous fournir les connaissances, les compétences et les attitudes qui nous permettront de survivre et même de prospérer dans les temps changeants d'aujourd'hui en apprenant les compétences nécessaires pour construire des relations durables avec nous-mêmes, les autres et la planète. (Morin, 2001, 2007 ; Zucconi 2021). Dans le domaine de l'éducation, l'apprentissage centré sur la personne ou sur l'élève est plus efficace que l'enseignement traditionnel (Rogers, 1967, 1969, 1971, 1977, 1983 ; Zimring, 1994 ; Thorikildsen, 2011). Les recherches montrent que les objectifs éducatifs sont mieux atteints, que l'assiduité est meilleure, que les élèves sont plus satisfaits, que le moral est meilleur, que l'image de soi est meilleure, que la pensée critique est meilleure, que la résolution de problèmes est meilleure, que les relations entre les élèves en classe et en dehors du temps scolaire sont meilleures, et qu'il y a moins de comportements destructeurs lorsque les élèves décrochent (Pintrich, 2000 ; Cornelius-White & Harbaugh, 2010). L'éducation centrée sur la personne/l'étudiant a des effets positifs à tous les niveaux de l'éducation (Knowles, 1984 ; Kember, 2009) et donne également d'excellents résultats lorsqu'elle est appliquée à des domaines tels que la biologie moléculaire, la biochimie, la pharmacologie, etc. (Knight & Wood, 2005 ; Kemm & Dantas, 2007 ; Costa, 2014) ou lorsque des formes d'éducation hybrides ou d'apprentissage en ligne sont utilisées (Motschnig-Pitrik & Derntl, 2002).

28. Leadership participatif centré sur les personnes

Dans le cadre du développement du leadership, les dirigeants durables et centrés sur la personne sont des personnes qui excellent dans l'écoute plutôt que dans la rhétorique incendiaire. Ils sont les champions de la responsabilisation et sont fiers d'aider leurs collaborateurs à gagner en confiance et en estime de soi, à développer leur potentiel et à servir leur communauté. (Jacobs et al, 2020 ; Zucconi & Wachsmuth, 2020).

29. Santé centrée sur la personne et les personnes

En matière de protection et de promotion de la santé, la médecine centrée sur la personne donne aux individus et aux communautés les moyens de protéger et de promouvoir leur santé et leur bien-être là où ils vivent et travaillent, en favorisant la connaissance, la conscience de soi et l'autodétermination et en prévenant les dommages iatrogènes. (OMS, 2008, 2010, 2012 ; Zucconi, 2008, 2019). La santé personnelle ne peut être séparée de la santé sociale, et la santé sociale ne peut être séparée d'un accès équitable à l'éducation à la santé et aux services de santé. La santé personnelle et sociale ne peut être promue efficacement sans accorder de l'importance à la santé environnementale. Lorsque toutes ces variables sont prises en compte et gérées dans

un cadre bio-psycho-social-spirituel et que les interventions sont intersectorielles et interdisciplinaires, la protection et la promotion de la santé humaine et environnementale conduisent à la prospérité. (Zucconi & Howell, 2003 ; Zucconi & Wachsmuth, 2020). Dans les économies vertes et bleues, les économies circulaires sont beaucoup plus efficaces que les économies traditionnelles (Pauli, 2010 ; UNU-IHDP et PNUE, 2012 ; OMS, 2020e).

"La science moderne se caractérise par une spécialisation toujours plus poussée, rendue nécessaire par l'énorme quantité de données, la complexité des techniques et des structures théoriques dans chaque domaine. Ainsi, la science se divise en d'innombrables disciplines qui génèrent continuellement de nouvelles sous-disciplines. En conséquence, le physicien, le biologiste, le psychologue et le spécialiste des sciences sociales sont, pour ainsi dire, enfermés dans leurs univers privés, et il est difficile de passer d'un cocon à l'autre... Il est nécessaire d'étudier non seulement les parties et les processus isolément, mais aussi de résoudre les problèmes décisifs liés à l'organisation et à l'ordre qui les unifient, résultant des interactions dynamiques des parties et rendant le comportement des parties différent lorsqu'elles sont étudiées isolément ou au sein de l'ensemble... En bref, les "systèmes" de différents ordres ne sont pas compréhensibles par l'étude de leurs parties respectives isolément". (Von Bertalanffy, 1969 p. 30).

30. Des approches centrées sur l'homme et la personne pour protéger et promouvoir la sécurité humaine pour tous

Dans le passé, lorsque les Nations unies ont proposé le concept de sécurité humaine, celui-ci a été critiqué pour son caractère vague et pour le fait qu'il s'agissait de quelque chose qui devait venir d'en haut. Aujourd'hui, le concept de sécurité humaine a suscité une plus grande prise de conscience de la construction sociale de la réalité, de l'importance de la conscience des citoyens, et est devenu un paradigme bio-psycho-social-spirituel en tant que droit de chaque être humain - un droit qui doit être exigé, défendu et promu par des actions de responsabilisation centrées sur la personne et sur l'individu. Le droit à la sécurité humaine fait référence à la sécurité des personnes et des communautés. Il existe plusieurs dimensions liées au sentiment de sécurité, telles que l'absence de peur, l'absence de besoin et l'absence d'humiliation. Plusieurs raisons expliquent pourquoi l'approche centrée sur l'être humain est l'une des approches privilégiées pour protéger et promouvoir la sécurité humaine. La sécurité humaine est un droit qui doit être exigé, défendu et promu par les personnes, par le biais de mesures de responsabilisation.

Au cours des 80 dernières années, les chercheurs ont démontré que les approches centrées sur la personne et les individus sont plus efficaces pour promouvoir le changement dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la gestion, etc. Au cours des 20 dernières années, les Nations unies et plusieurs agences des Nations unies et organismes internationaux ont pris conscience de l'importance d'un changement de paradigme, en passant des approches traditionnelles descendantes à des approches participatives circulaires holistiques/systémiques. (Zucconi & Howell, 2003 ; Zucconi, 2008 ; Karlsrud, 2015 ; Zucconi & Wachsmuth, 2020 ; Sedra, 2022 ; OMS 2006, 2007, 2010, 2012, 2016a, 2019, 2020, 2022c, 2022e ; OMS/Europe, 2013, Nations unies, 2015 ; Programme des Nations unies pour le développement, 2021).

L'ONU modifie son rôle traditionnel de leader et adopte une approche participative en recommandant à toutes les nations et à toutes les parties prenantes de mettre en œuvre des approches centrées sur la personne et sur l'individu afin de promouvoir le changement, y compris la défense et la promotion de la sécurité humaine par des actions de responsabilisation. La prise de conscience des échecs des approches traditionnelles et une nouvelle prise de

conscience culturelle et scientifique du fait que tout est lié est nécessaire compte tenu des dommages infligés par la passivité apprise des styles autoritaires de gouvernement et de gestion. Les approches centrées sur la personne sont efficaces, ont un rapport coût/bénéfice positif et promeuvent la responsabilisation et la responsabilité de toutes les parties prenantes. (Zucconi & Howell, 2003 ; Zucconi 2008, 2019, 2020, 2021 ; OMS 2006, 2007, 2010, 2012, 2016, 2019, 2020, 2022c, 2022e ; OMS/Europe, 2013, Nations unies 2015 ; Programme des Nations unies pour le développement, 2021).

"En 1994, le rapport du PNUD sur le développement humain, Nouvelles dimensions de la sécurité humaine, a inventé le terme "sécurité humaine" au sein du système des Nations unies. Le rapport mettait en évidence quatre caractéristiques de la sécurité humaine : universelle, centrée sur l'être humain, interdépendante et préventive. Il décrit également sept éléments interconnectés de la sécurité : économique, alimentaire, sanitaire, environnementale, personnelle, communautaire et politique. En matière de sécurité humaine, pour être mise en œuvre efficacement, une approche centrée sur l'être humain doit réussir à encourager l'appropriation locale, à équilibrer les approches descendantes et ascendantes, à gérer l'hybridité, à favoriser l'inclusion et à faire progresser la prévention des conflits" (Sedra, 2022, p.25).

Le Secrétaire général des Nations unies a nommé un groupe indépendant de haut niveau chargé de procéder à un examen approfondi des opérations de paix. Le groupe a publié son rapport en juin 2015 et a formulé quatre recommandations, dont l'une stipule ce qui suit :

"Le Secrétariat de l'ONU doit se concentrer davantage sur le terrain et les opérations de paix de l'ONU doivent être davantage axées sur les personnes (ONU 2015 : viii). En ce qui concerne le passage à des opérations de paix davantage axées sur les personnes, le groupe d'experts a plaidé en faveur d'une "détermination renouvelée de la part du personnel des opérations de paix de l'ONU à s'engager auprès des personnes qu'il a pour mission d'aider, à les servir et à les protéger. [Placer les personnes au centre des opérations de paix permet également d'atténuer certains impacts des mandats robustes et centrés sur l'État dont sont dotées les opérations de paix, en aidant d'autres acteurs plus vulnérables et moins privilégiés à trouver une place à la table et en soutenant le développement d'institutions plus réactives, plus responsables et plus légitimes.

L'objectif ultime devrait être de favoriser une société résiliente et, par extension, des relations État-société résilientes". (ONU 2015 : viii)

L'approche de la sécurité centrée sur la personne (SCP) a été définie en réponse aux critiques formulées à l'encontre de l'agenda de la sécurité humaine. Elle continue à se concentrer sur la satisfaction des divers besoins de sécurité des hommes, des femmes, des garçons et des filles, mais cherche à engager l'État plutôt qu'à s'opposer à lui dans la poursuite de cet objectif. Elle réduit la définition de la sécurité et de la justice à un noyau essentiel de questions et considère que le rôle des donateurs est de faciliter le dialogue entre l'État et la société civile et d'équilibrer les réformes du haut vers le bas et du bas vers le haut.

"L'approche SCP, qui a été fermement ancrée dans l'orthodoxie de l'ONU dans les années 2010, vise à renouveler le contrat social entre l'État et la population qu'il sert..... l'énorme potentiel de l'approche SCP en tant que moteur de changement positif dans le domaine de la paix et de la sécurité..." (Sedra, 2022, p.4)

"Alors que l'Agenda 2030 a réaffirmé la centralité de l'approche SCP et établi des repères pour sa réalisation, la capacité des agences de l'ONU à l'appliquer nécessite encore un certain renforcement. Les programmes de sécurité de l'ONU ont pour caractéristique d'être ancrés dans un langage axé sur les personnes, mais de nombreux praticiens manquent d'outils, de temps ou d'expérience pour l'appliquer à la mise en œuvre des projets. Reflétant cette disjonction, il est très fréquent que les programmes de sécurité conçus et encadrés comme étant centrés sur les personnes et pris en charge localement évoluent vers des processus centrés sur l'État et dirigés de l'extérieur" (Sedra, 2022, p. 6).

Le dernier rapport sur l'ODD 16+ indique ce qui suit :

"En fin de compte, l'objectif de l'engagement des parties prenantes dans l'Agenda 2030 est de garantir une prise de décision réactive, inclusive, participative et représentative à tous les niveaux de la société. Garantir la participation et l'inclusivité dans la prise de décision est précieux du point de vue des droits de l'homme. Cela ajoute également une dimension procédurale au principe de "ne laisser personne de côté" en veillant à ce que les personnes qui risquent d'être oubliées aient leur mot à dire dans les décisions gouvernementales qui les concernent. Enfin, la fourniture de services axés sur les personnes est essentielle pour tous les ODD : de l'accès à l'éducation et à la santé à la réduction des inégalités, en passant par la garantie de la sécurité, de la justice et de l'État de droit. Dans toutes ces sphères politiques, le rôle de la transparence et l'accès à l'information sont des conditions préalables à la mise en œuvre de l'Agenda 2030 et des ODD dans leur ensemble." (Rapport sur les ODD 16+ p. 34) [††](#)

31. L'objectif de développement durable 16+ contribue à protéger les libertés fondamentales et à faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte

"Les institutions de gouvernance et les processus décisionnels ancrés dans une approche du développement fondée sur les droits de l'homme sont essentiels à la réalisation de l'ODD 16+ et à la garantie que personne n'est laissé pour compte. Des réformes audacieuses visant à rendre les institutions de gouvernance plus axées sur les personnes, plus réactives, plus efficaces et plus responsables, conformément aux principes de l'ODD 16+, augmenteront la résilience des sociétés face aux conflits en intégrant mieux les voix des minorités et des personnes marginalisées. Les institutions doivent non seulement être responsables et transparentes, mais aussi plus participatives, inclusives, réactives et représentatives. Elles doivent fonctionner conformément à l'État de droit et aux principes de non-discrimination et d'égalité des droits de l'homme". (Rapport sur l'ODD 16+, p. 34).

32. Des méthodes de recherche participative centrées sur la personne et scientifiquement fiables

Au cours des 40 dernières années, les chercheurs ont mis au point des méthodes de recherche participative scientifiquement fiables et centrées sur la personne. Ces méthodes présentent des avantages par rapport à la recherche traditionnelle, car l'utilisation d'une approche de recherche participative permet d'intégrer les points de vue des parties prenantes et d'explorer des questions considérées comme prioritaires par les communautés et souvent non prises en compte par les chercheurs.

La recherche participative implique les acteurs de la communauté dans la collaboration avec les chercheurs à tous les stades du processus de recherche, de l'identification du problème à la diffusion des résultats, en passant par l'élaboration de la question de recherche. Les acteurs concernés sont des partenaires à part entière dans toutes les phases de la recherche. Cela nécessite des relations fondées sur la confiance et le respect, indépendamment de la formation ou de l'expérience des partenaires en matière de science et de recherche (Woolf et al., 2016). L'implication des communautés dans la conception des études permet de produire des données plus appropriées et plus pertinentes pour elles, et favorise l'autonomisation et le renforcement des capacités (Prior, Mather & Ford, 2020 ; Duea et al. 2022).

33. Être centré sur les personnes pour les générations futures

Une autre façon sage et éthique d'être centré sur l'être humain est de considérer que notre comportement n'est pas seulement irresponsable pour nous, mais encore plus pour les générations futures. Kenneth Stokes, membre de l'AMAS et président du World Sustainability Forum, a rédigé une déclaration universelle sur les responsabilités des générations présentes envers les générations futures et l'a présentée aux Nations unies, en espérant qu'elle sera examinée lors de la prochaine assemblée générale en 2023. [🔗](#)

34. Menaces existentielles : Risques d'extinction de l'humanité ou d'effondrement des civilisations

Les scientifiques nous ont informés que nos modes de vie actuels ont non seulement un impact négatif sur les écosystèmes de notre planète, mais que nous atteignons rapidement un point de basculement où l'atténuation et/ou l'inversion des tendances n'est plus à notre portée (GIEC, 2014). En d'autres termes, si nous n'agissons pas rapidement et efficacement, nous serons confrontés non seulement à des menaces, mais aussi à des menaces existentielles qui mettront en péril la survie de l'espèce intelligente autoproclamée de la planète Terre.

À l'heure actuelle, l'horloge du Jugement dernier n'indique que 100 secondes avant minuit. Le Bulletin of the Atomic Scientists a été fondé en 1945 par Albert Einstein, l'un des fondateurs de l'AMAS, et quelques scientifiques du College of Chicago qui ont participé à la mise au point des premières armes nucléaires dans le cadre du projet Manhattan. Le Bulletin utilise le symbolisme de l'apocalypse (minuit) pour désigner la menace qui pèse sur l'humanité et la planète. L'horloge de l'apocalypse est réglée chaque année par le comité du Bulletin en consultation avec le conseil d'administration, qui comprend 11 lauréats du prix Nobel. L'horloge est devenue un indicateur largement reconnu de la vulnérabilité du monde face aux catastrophes provoquées par les armes nucléaires, le changement climatique et les technologies de pointe.

The Clock in 2015 was indicating a worrisome 180 seconds to midnight, it was at 120 seconds in 2019 and in 2022 it was at 100 seconds to Midnight. Indicating that our destructive behaviors keep it ticking faster and faster.... while we try to escape responsibility, we effectively castrate ourselves, disempowering ourselves and sabotaging our potentialities for effective coping with the manmade rising emergencies. Michael Marien and David Harries, both fellows of WAAS, are respectively Senior Principal and principal of the Sustainability Guide (www.securesustain.org) their website is housing many important reports and lists more than 50 organizations focused on Security and Sustainability. [🔗](#)

En 2015, l'horloge indiquait un inquiétant 180 secondes avant minuit, elle était à 120 secondes en 2019 et en 2022 à 100 secondes avant minuit. Nos comportements destructeurs accélèrent le

tic-tac de l'horloge, tandis que nous essayons d'échapper à nos responsabilités. Nous nous castrons nous-mêmes, nous nous déresponsabilisons et nous sabotons nos capacités à faire face efficacement aux situations d'urgence croissantes créées par l'homme. Michael Marien et David Harries, tous deux membres de l'AMAS, sont respectivement Senior Principal et Principal du Sustainability Guide (www.securesustain.org). Leur site web contient de nombreux rapports importants et répertorie plus de 50 organisations axées sur la sécurité et la durabilité. §§

"Il nous manque une compréhension systémique et interdisciplinaire de la manière dont les obstacles au changement apparaissent et de la façon dont ils peuvent être traités ou atténués de manière efficace.

En résumé : Les approches centrées sur les personnes (ACP) sont des approches scientifiquement validées, interdisciplinaires et intersectorielles qui visent à soutenir la protection et l'amélioration du capital humain tout en maximisant l'efficacité de la protection et de l'amélioration de l'écologie humaine et des écosystèmes naturels afin de promouvoir un changement durable. L'ACP est une approche fondée sur des valeurs qui repose sur l'équité, des stratégies de responsabilisation et un profond respect pour toutes les formes de vie, les cultures et les traditions. L'ACP favorise la compréhension empathique, le respect mutuel, une communication et une collaboration efficaces entre les différentes parties prenantes, ainsi que des interventions de résilience et de responsabilisation. L'application de l'approche centrée sur la personne a produit d'excellents résultats dans de nombreux domaines et disciplines ; elle est présente dans différentes parties du monde et ne cesse de se développer. Pour survivre, toute forme de vie doit apprendre efficacement et rapidement à adapter son comportement aux changements de l'environnement. Nous devons transformer et améliorer notre système éducatif à tous les niveaux. L'éducation formelle et informelle à tous les niveaux doit nous fournir les connaissances, les compétences et les attitudes qui nous permettront de survivre et même de prospérer dans l'ère de changement actuelle en acquérant les compétences nécessaires pour construire des relations durables avec nous-mêmes, les autres et la planète. Nous avons besoin de dirigeants participatifs, axés sur les personnes, qui brillent davantage par leur écoute que par leurs discours enflammés, qui sont des maîtres de la responsabilisation et qui sont fiers d'aider leurs collaborateurs à gagner en confiance et en estime de soi, à développer leur potentiel et à servir leurs communautés (Jacobs et al, 2020) ; (Zucconi & Wachsmuth, 2020).

Communiquer efficacement ces questions importantes aux différentes parties prenantes et aux décideurs est une tâche difficile, car nous devons prendre en compte les multiples variables qui s'influencent mutuellement : nous manquons d'une compréhension systémique et interdisciplinaire de la manière dont les obstacles au changement apparaissent et de la façon dont ils peuvent être abordés ou atténués de manière efficace. La plupart des feuilles de route actuellement proposées pour aborder l'ère de l'Anthropocène se concentrent principalement sur les variables financières et technologiques et accordent peu d'attention aux variables psychologiques, sociales, politiques, culturelles, organisationnelles et institutionnelles (Ekstrom, Moser, & Torn. 2011).

35. Promouvoir le changement et la gouvernance durables

Parce que tout est interconnecté, nous devons penser globalement et agir localement pour parvenir à une gouvernance durable qui place les personnes au centre (Morin 2007). Nous devons agir de manière systémique ainsi qu'entre les disciplines et les secteurs pour promouvoir la santé, la sensibilisation et la résilience des personnes, des relations saines, des communautés

saines, une éducation efficace, des lieux de travail sains, une économie saine, un environnement sain et une croissance saine et durable.

Promouvoir le changement vers une gouvernance durable est une action continue, circulaire et à plusieurs niveaux de changement psychosocial et culturel de l'individu, de l'organisation, de la communauté, de la société et vice-versa. Le changement durable doit être protégé et promu à tous les niveaux différents et interconnectés qui forment un réseau épistémique de relations durables et synergiques qui sont à la fois socioculturelles, économiques, politiques, environnementales, éducatives, scientifiques et psychologiques.

Comme mentionné dans ce document, il existe un solide corpus de recherche sur les applications efficaces des approches centrées sur la personne et les personnes dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie, de la santé, de l'éducation, de la formation, de la gestion, de la recherche, du développement organisationnel, du leadership, de la planification communautaire et urbaine, du développement durable, de la communication non violente, de la prévention et de la résolution des conflits, du travail en faveur de la paix, de la protection et de la promotion de la sécurité humaine, etc. Pour sortir du borbier actuel, les gens doivent développer leurs capacités innées à établir des relations efficaces avec eux-mêmes, les autres et le monde, et réapprendre à nouer des liens affectifs avec toutes les formes de vie. Cela est nécessaire pour promouvoir un changement durable à tous les niveaux.

Nous devons réorienter l'éducation parce que nous avons besoin de toute urgence de modèles éducatifs plus efficaces qui nous permettent de diagnostiquer et d'atténuer les défis de plus en plus graves posés par l'homme. Nous devons responsabiliser les personnes et les communautés, promouvoir la sensibilisation et la transparence, et rendre explicite ce qui est souvent implicite. Nous devons favoriser l'émergence d'une société plus transparente, plus résiliente et plus cohérente, où les valeurs et les déséquilibres de pouvoir sont aussi visibles que les préjugés, les dénis et les modes de connaissance et d'action dépassés. La compréhension de ces processus, qui est une boussole pour le citoyen résilient, devrait être accessible à toutes les parties prenantes afin de promouvoir le rétablissement, l'action et la résilience.

Bibliographie (la bibliographie en anglais est à la suite)

1. Agnew-Blais J, Danese A. (2016). Maltraitance pendant l'enfance et résultats cliniques défavorables dans le trouble bipolaire : une revue systématique et une méta-analyse. *Lancet Psychiatrie* 2016 ; 3: 342–49.
2. Bassuk, E.L., Latta, R.E., Sember, R., Raja, S., et Richard, M. (2017). Conception universelle pour les populations mal desservies : centrée sur la personne, axée sur le rétablissement et tenant compte des traumatismes. *Journal des soins de santé pour les pauvres et les personnes mal desservies* 28(3), 896-914. doi :10.1353/hpu.2017.0087
3. Bellis, M.A. et al. (2015). Mesure de la mortalité et de la charge de morbidité chez l'adulte associée à des expériences négatives de l'enfance en Angleterre : une enquête nationale. *J Santé publique*, 2015 ; 37: 445–54.
4. Bellis, M.A., Hardcastle, K., Ford, K. et al. (2017). Est-ce qu'un soutien continu et fiable de la part d'un adulte dans l'enfance confère une résilience tout au long de la vie contre les expériences négatives de l'enfance - une étude rétrospective sur les comportements nocifs pour la santé et le bien-être mental à l'âge adulte. *BMC Psychiatry* 17, 110 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1260-z>
5. Bellis M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., Passmore, J. (2019). Conséquences sur la santé tout au long de la vie et coûts annuels associés aux expériences négatives de l'enfance en Europe et en Amérique du Nord : une revue systématique et une méta-analyse. *Lancet Public Health*, Volume 4, Numéro 10, e517 - e528. DOI : 10.1016/S2468-2667(19)30145-8.
6. Bilmes, L. et Stiglitz, J. (2006). Les coûts économiques de la guerre en Irak : une évaluation trois ans après le début du conflit, NBER Working Papers (<https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/12054.html>)12054, National Bureau of Economic Research, Inc.
7. Benjet, C., Bromet, E, Karam, E, G, Kessler, R. C. et tous. (2016). L'épidémiologie de l'exposition aux événements traumatiques dans le monde : résultats du Consortium de l'Enquête mondiale sur la santé mentale. *Psychol Med.* 2016 Janvier ; 46(2): 327–343. doi :10.1017/S0033291715001981.
8. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, Monson CM, Olf M, Pilling S, Riggs DS, Roberts NP, Shapiro, F. (2019). La Société internationale d'études sur le stress traumatique Nouvelles lignes directrices pour la prévention et le traitement du trouble de stress post-traumatique : méthodologie et processus d'élaboration. *J Stress traumatique.* 2019 août ; 32(4):475-483. DOI : 10.1002/JTS.22421. EPUB 8 juillet 2019. PMID : 31283056.
9. Bohart, Arthur C. ; Tallman, Karen. (1999). Comment les clients font fonctionner la thérapie : le processus d'auto-guérison active. Washington, DC, États-Unis : American

- Psychological Association. xvii 347 p., <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Bor, J., Venkataramani, A. S., Williams, D. R., & Tsai, A. C. (2018). Les meurtres commis par la police et leurs répercussions sur la santé mentale des Noirs américains : une étude quasi expérimentale basée sur la population. *The Lancet*, 392(10144), 302–310. doi :10.1016/S0140-6736(18)31130-9
10. Bothe, T., Jacob, J., Kröger, C. et Walker, J. (2020). Quel est le coût des troubles de stress post-traumatique ? Estimation des coûts supplémentaires des soins de santé et des coûts économiques à partir de données anonymisées sur les demandes de remboursement. *Eur J Health Econ.* 2020 août ; 21(6):917-930. DOI : 10.1007/S10198-020-01184-X. PMID : 32458163 ; PMCID : PMC7366572.
11. Branson, D. C. (2019). Traumatisme par procuration, thèmes de recherche et terminologie : une revue de la littérature. *Traumatologie*, 25(1), 2–10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
12. Bremner, J.D. Effets à long terme de la maltraitance infantile sur le cerveau et la neurobiologie. *Pédo-adolescent psychiatre Clin N Am.* 2003 avr. ; 12(2):271–292.
13. Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D. et Harris, N. B. (2016). Stress toxique chez les enfants et les adolescents. *Adv Pediatr*, 63(1), 403-428. doi :10.1016/j.yapd.2016.04.002
14. Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. et McMillan, J. (2000). Un test corrélationnel de la relation entre la croissance post-traumatique, la religion et le traitement cognitif. *Journal du stress traumatique*, 13, 521-527.
15. Calhoun, L. G., et Tedeschi, R. G. (1998). Croissance post-traumatique : orientations futures. Dans R. G. Tedeschi, C. L. Park et L. G. Calhoun (Eds.), *Croissance post-traumatique : changements positifs au lendemain de la crise* (pp. 215-238).
16. CDC (2019). Prévention des expériences négatives de l'enfance (ACE) : tirer parti des meilleures preuves disponibles, Division de la prévention de la violence, Centre national de prévention et de contrôle des blessures
17. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie.
18. Centre sur le développement de l'enfant à l'Université Harvard (2016). Des meilleures pratiques aux percées : une approche fondée sur la science pour bâtir un avenir plus prometteur pour les jeunes enfants et les familles. <http://www.developingchild.harvard.edu>
19. Chaudhary, M.T. ; Piracha, A. Catastrophes naturelles : origines, impacts, gestion. *Encyclopédie 2021*, 1, 1101-1131. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia1040084> .
20. Cheng, H. -L. et Mallinckrodt, B. (2015). Discrimination raciale/ethnique, symptômes de stress post-traumatique et problèmes d'alcool dans une étude longitudinale d'étudiants hispaniques/latinos. *Journal de psychologie du conseil*, 62(1), 38-49. doi :10.1037/cou0000052
21. Ching, T. H. W., Lee, S. Y., Chen, J., So, R. P. et Williams, M. T. (2018). Un modèle de stress et de traumatisme intersectionnels dans les minorités sexuelles et de genre des Américains d'origine asiatique. *Psychologie de la violence*, 8(6), 657-668. doi :10.1037/vio0000204
22. Cornelius-White, J.H.D. (2007). Les relations enseignant-élève centrées sur l'apprenant sont efficaces - Une méta-analyse. *Examen de la recherche en éducation*. 77 (1) p. 113 à 143.
23. Cornelius-White, J. et Harbaugh, A : (2010). *Enseignement centré sur l'apprenant*. Los Angeles : Sauge

24. Costa, M. J. (2014). Les environnements d'apprentissage auto-organisés et l'avenir de l'éducation centrée sur l'élève. *Enseignement de la biochimie et de la biologie moléculaire* 42 (2). Wiley-Blackwell : 160-161. doi :10.1002/bmb.20781.
25. Crutzen, P. et Stoermer, E. F. (2000). L'Anthropocène. *Bulletin de l'IGBP* 41, 12.
26. Dale, S. K. et Safren, S. A. (2019). Les microagressions raciales génèrent et prédisent les symptômes et les cognitions du trouble de stress post-traumatique chez les femmes noires vivant avec le VIH. *Traumatisme psychologique : théorie, recherche, pratique et politique*, 11(7), 685-694. doi :10.1037/tra0000467.supp
27. Davis, L. L., Schein, J., Cloutier, M., et al. (2022). Le fardeau économique du trouble de stress post-traumatique aux États-Unis d'un point de vue sociétal. *J. Clin. Psychiatrie*. 2022; 83(3) :21m14116.
28. Deryugina, T. (2022). Effets économiques des catastrophes naturelles. *IZA World of Labor* 2022 : 493 doi : 10.15185/izawol.493 avril 2022 | wol.iza.org
29. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F., et Giles, W. H. (2001). Maltraitance pendant l'enfance, dysfonctionnement du ménage et risque de tentative de suicide tout au long de la vie : résultats de l'étude sur les expériences négatives de l'enfance. *Journal de l'Association médicale américaine*, 286, 3089-3096.
30. Duea, S. R., Zimmerman, E. B., Vaughn, L. M., Dias, S. et Harris, J. (2022). Un guide pour la sélection de méthodes de recherche participative en fonction des objectifs du projet et du partenariat. *Journal des méthodes de recherche participative*, 3(1).
31. Ekstrom, J. A., Moser, S. C. et Torn, M. (2011). Obstacles à l'adaptation au changement climatique : un cadre de diagnostic. Commission californienne de l'énergie. Numéro de publication : CEC-500-2011-004.
32. Fallot, R. D. et Harris, M. (2001). Une approche du dépistage et de l'évaluation tenant compte des traumatismes. Dans M. Harris et R. D. Fallot (Eds.), *Utiliser la théorie des traumatismes pour concevoir des systèmes de services* (pp. 23-31). San Francisco : Jossey-Bass.
33. Fallot, R. D. et Harris, M. (2002). Le modèle de rétablissement et d'autonomisation des traumatismes (TREM) : questions conceptuelles et pratiques dans une intervention de groupe pour les femmes. *Journal de la santé mentale communautaire*, 38, 475-485.
34. Fallot, R. D. et Harris, M. (2009). Créer des cultures de soins tenant compte des traumatismes (CCTIC) : un protocole d'auto-évaluation et de planification. Washington, D.C. : Connexions communautaires.
35. Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR et al. (2015). Le fardeau de la maltraitance des enfants dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique. *Maltraitance et négligence à l'égard des enfants*. 2015; 42:146–62.
36. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relation entre la maltraitance infantile et le dysfonctionnement domestique et bon nombre des principales causes de décès chez les adultes, l'étude sur les expériences négatives de l'enfance (ACE). *AM J Prev Med* ; 14:245-258.
37. Felitti, V.J. (2001). La relation entre les expériences négatives de l'enfance et la santé à l'âge adulte : transformer l'or en plomb. *Le Journal Permanent / Hiver 2002 / Volume 6 No. 1*
38. Flores, E., Tschann, J. M., Dimas, J. M., Pasch, L. A., et de Groat, C. L. (2010). Discrimination raciale/ethnique perçue, symptômes de stress post-traumatique et comportements à risque pour la santé chez les adolescents américains d'origine mexicaine. *Journal de psychologie du conseil*, 57(3), 264-273. doi :10.1037/a0020026

U

39. Fox, B. H., Pereza, N., Cass, E., Bagliviob, M. T. et Epp, N. (2015). Le traumatisme change tout : il s'agit d'examiner la relation entre les expériences négatives vécues pendant l'enfance et les délinquants juvéniles graves, violents et chroniques. *Maltraitance et négligence envers les enfants*, 46, 163-173.
40. Goh, J., Pfeffer, J et . Zenios, S. A. (2019). Réduire les conséquences du stress sur le lieu de travail aux États-Unis. *Sciences et politiques comportementales | Volume 5*, numéro 1, 2019, p. 1-13.
41. Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H. et Burrage, R. L. (2019). L'impact des traumatismes historiques sur les résultats de santé des populations autochtones aux États-Unis et au Canada : une revue systématique. *Psychologue américain*, 74(1), 20–35. doi :10.1037/amp0000338
42. Green, B. L., Friedman, M. J., de Jong, J., Keane, T. M., Solomon, S. D., Fairbank, J. A., ... & Frey-Wouters, E. (Eds.). (2003). *Interventions traumatiques en temps de guerre et de paix : prévention, pratique et politique*. Springer Science & Business Media.
43. Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D. et Marchbanks, P. A. (2000). Expériences négatives de l'enfance et maladies sexuellement transmissibles chez les hommes et les femmes : une étude rétrospective. *Pédiatrie*, 106(1), E11.
44. Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J. et Marchbanks, P. A. (2001). Expériences négatives de l'enfance et comportements sexuels à risque chez les femmes : une étude de cohorte rétrospective. *Perspectives de la planification familiale*, 33, 206-211.
45. Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. et Marks, J. S. (2004). L'association entre les expériences négatives de l'enfance et la grossesse chez les adolescentes, les résultats psychosociaux à long terme et la mort fœtale. *Pédiatrie*, 113(2), 320-327.
46. Hughes, K., Bellis. M. A., Hardcastle, K. A., Sethi. D., Butchart. A., Mikton., C. et al. (2017). L'effet de multiples expériences négatives de l'enfance sur la santé : une revue systématique et une méta-analyse. *Lancet Santé publique*. 2017; 2(8) : E356-66. Disponible à partir du : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
47. Huggel, C., Bouwer, L.M., Juhola, S. et al. L'espace des risques existentiels du changement climatique. *Changement climatique* 174, 8 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10584-022-03430-y>
48. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés-HCR (2022). Urgence en Ukraine. <https://www.unhcr.org/ukraine-emergency.html>
49. Human Rights Watch (2008)., *Cet héritage extraterrestre : les origines des lois sur la « sodomie » dans le colonialisme britannique*, 2008,
50. Human Rights Watch (2022). *Rapport sur les droits de l'homme 2022*, HUMAN RIGHTS WATCH New York, NY, États-Unis.
51. IEP - Institut pour l'Economie et la Paix. *Valeur économique de la paix* (2021). *Mesurer l'impact économique mondial de la violence et des conflits* (2021). Disponible à partir de : <http://visionofhumanity.org/resources>.
52. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge (FICR) et du Croissant-Rouge (2009). *À travers des yeux d'albinos. Le sort des albinos dans la région des Grands Lacs en Afrique et l'intervention de la Croix-Rouge*. Rapport de plaidoyer. 2009.
53. Iqbal, M., Bardwell, H. et Hammond, D. (2019). Estimation du coût économique mondial de la violence : amélioration de la méthodologie et mise à jour des estimations. *Économie de la défense et de la paix*, Volume 32, 2021, numéro 4 pp.1-24.

54. Jennings, A. (2004). Les conséquences néfastes de la violence et des traumatismes : faits, points de discussion et recommandations pour le système de santé comportementale. Alexandria, VA : Alexandria, VA : Association nationale des directeurs de programmes de santé mentale de l'État, Centre national d'assistance technique pour la planification de la santé mentale de l'État.
55. Joseph, S. (2004). Psychothérapie centrée sur le client, trouble de stress post-traumatique et croissance post-traumatique : perspectives théoriques et implications pratiques. *Psychologie et psychothérapie : théorie, recherche et pratique*, 77, 101-119.
56. Joseph, S. et Linley, P.A. (2005). Adaptation positive aux événements menaçants : une valorisation de l'organisme
57. théorie de la croissance par l'adversité. *Revue de psychologie générale*, 9, 262-280.
58. Joseph, S. (2015). Une perspective centrée sur la personne pour travailler avec des personnes qui ont vécu un traumatisme psychologique et les aider à aller de l'avant vers la croissance post-traumatique. *Psychothérapies centrées sur la personne et expérientielles*, 14, 178-190.
59. Karlsrud, J. (2015). Comment l'ONU peut-elle évoluer vers des opérations de paix plus centrées sur les personnes ? *Revue mondiale des opérations de paix*
<https://www.nupi.no/en/publications/cristin-pub/how-can-the-un-move-towards-more-people-centered-peace-operations>
60. Kaza, S. ; Yao, L. C. ; Bhada-Tata, P. ; Van Woerden, F.. (2018). Quel déchet 2.0 : un aperçu mondial de la gestion des déchets solides à l'horizon 2050. Développement urbain, Washington, D.C. : Banque mondiale.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30317>
61. Kember, D. (2009). Promouvoir des formes d'apprentissage centrées sur l'étudiant dans l'ensemble d'une université. *Enseignement supérieur*. 58 (1):1–13.
62. Kemm, R. E., et Dantas, A. M. (2007). Activités pratiques d'apprentissage axé sur la recherche en sciences biologiques : Soutenu par l'apprentissage en ligne centré sur l'étudiant. *Journal de la FASEB*, 21(5), A220-A220.
63. Knight, J. K. et Wood, W. B. (2005). Enseigner plus en donnant moins de leçons. *Enseignement de la biologie cellulaire* 4(4), 298-310.
64. Keßler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, RV, Ferry F, Florescu S, Gureze O, Haro JM, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lepine J.P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell, B.E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Stein, D.J., Dix. Hawe, M., Torres, Y., Viana, M.C., Petukhova, M.V., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M.,
65. Koenen, K.C. (2017). Traumatisme et TSPT dans les enquêtes mondiales de l'OMS sur la santé mentale. *Eur J Psychotraumatol*. 27 octobre 2017 ; 8(sup5) :1353383. DOI : 10.1080/20008198.2017.1353383. PMID : 29075426 ; PMCID : PMC5632781.
66. Kiniger-Passigli, D. et Biondi, A. (2015). Une approche préventive des risques de catastrophe centrée sur les personnes *Eruditio*, Volume 1, Numéro 6, février 2015, pp. 32-39.
67. Kirby, M., « L'infraction de sodomie : l'exportation de droit pénal la moins belle de l'Angleterre ? », *Journal of Commonwealth Criminal Law*, 2011, p. 28. Knapp, M. et Lemmi, V. (2014) Les arguments économiques en faveur d'une meilleure santé mentale. Dans : Davies, S. (éd.) *Rapport annuel du médecin hygiéniste en chef 2013, Priorités en matière de santé mentale publique : investir dans les données probantes*. Ministère de la Santé, Londres, Royaume-Uni, p. 147-156.
68. Knowles, M. (1984). *L'apprenant adulte : une espèce négligée* (3e éd.). Houston, TX : Golfe.

69. Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J. et Klein, E. M. (2005). Augmentation du risque de TSPT avec des blessures liées au combat : une étude comparative appariée de soldats blessés et non blessés subissant les mêmes événements de combat. *Journal américain de psychiatrie*, 162(2), 276-282.
70. La Ferla (2003). Préface de Promotion de la santé : une approche de la santé et du bien-être centrée sur la personne. Zucconi, A. Howell, P. (2003). Bari, La Meridiana.
71. Leppink, N. (2015). Coûts socio-économiques des accidents du travail et des maladies professionnelles : créer des synergies entre la sécurité et la santé au travail et la productivité. Administration du travail, Service de l'inspection du travail et de la sécurité et de la santé au travail, OIT Genève, CH.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-rome/documents/genericdocument/wcms_415608.pdf
72. Linley, P. A. (2003). Adaptation positive au traumatisme : la sagesse à la fois comme processus et comme résultat. *Journal du stress traumatique*, 16, 601-610.
73. Linley, P. A., et Joseph, S. (2004). Changement positif à la suite d'un traumatisme et de l'adversité : un examen. *Journal du stress traumatique*, 17, 11-21.
74. Lyons, J. A. (1991). Stratégies d'évaluation du potentiel d'adaptation positive à la suite d'un traumatisme. *Journal du stress traumatique*, 4, 93-111.
75. Mahmoud, Y. (2019). Approches de la paix centrées sur les personnes : à la croisée des chemins entre la géopolitique, les normes et la pratique, dans *Les opérations de paix des Nations Unies dans un ordre mondial en mutation*, eds. Cédric de Coning et Mateja Peter. Londres : Palgrave Macmillan.
76. Mahwah, NJ : Erlbaum. Calhoun, L. G., et Tedeschi, R. G. (1999). *Faciliter la croissance post-traumatique : Guide du clinicien*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
77. McFee, S. (2002). La nature de la guerre, *San Diego Union-Tribune*, 13 mars 2002.
78. Mathieu, F. (2007). Courir à vide : l'usure de compassion chez les professionnels de la santé. *Médecine de réadaptation et de soins communautaires*. Extrait de :
79. Mollica, R. F. (2013). *Manifeste pour la guérison d'un monde violent*, Programme de Harvard sur les traumatismes des réfugiés. Université Harvard. Cambridge, Massachusetts, États-Unis.
80. Mollica, R.F. (2014). *Le nouveau modèle H5, Trauma and Recovery*. Programme de Harvard sur les traumatismes des réfugiés. Université Harvard. Cambridge, Massachusetts, États-Unis.
81. Mollica, R.F., Brooks, D.R., Ekblad, S., McDonald L. (2015). Le nouveau modèle H5 de traumatisme et de rétablissement des réfugiés. In J. Lindert, I. Levav (eds.). *Violence et santé mentale, ses multiples visages*, 341-378. New York-Londres, 2015.
82. Morin, E. (2001). *Sept leçons complexes en matière d'éducation pour l'avenir*. Paris : UNESCO. 31
83. Morin, E. (2007). Complexité restreinte, complexité générale. Dans C. Gershenson, D. Aerts & B. Edmonds (Eds.), *Worldviews, science, and us : Philosophy and complexity*. New York : World Scientific Publishing Company.
84. Motschnig-Pitrik, R., et Derntl, M. (2002). Student-Centered e-Learning (SCeL) : Concept et application dans le cadre d'un projet d'étudiant sur le soutien à l'apprentissage. Actes de l'atelier international sur l'apprentissage interactif assisté par ordinateur (ICL) 2002, 25-27 septembre 2002, Villach, Autriche.
85. Nagata, D. K., Kim, J. H. J. et Wu, K. (2019). L'incarcération des Américains d'origine japonaise en temps de guerre : examen de l'ampleur du traumatisme racial. *Psychologue américain*, 74(1), 36-48. DOI : 10.1037/amp0000303
86. Académie nationale des sciences des États-Unis d'Amérique (2012). *La maltraitance pendant l'enfance est associée à une réduction du volume dans les sous-champs CA3*

- de l'hippocampe, le gyrus denté et le sous-iculum. Procéder à l'Académie nationale des sciences des États-Unis d'Amérique PNAS PLUS.
<http://www.pnas.org/content/suppl/2012/02/07/1115396109>.
87. Conseil scientifique national sur le développement de l'enfant. (2020). Connecter le cerveau au reste du corps : le développement de la petite enfance et la santé tout au long de la vie sont étroitement liés : document de travail n° 15. Consulté le www.developingchild.harvard.edu le 20 décembre 2021.
 88. Nemeroff CB. (2004). Conséquences neurobiologiques des traumatismes de l'enfance. *J Clin Psychiatrie* ; 2004; 65: 18–28.
 89. Obermeyer, C. M. (2005). Les conséquences de l'excision sur la santé et la sexualité : une mise à jour sur les données probantes. *Culture, santé et sexualité*, 7 :443–461.
 90. Ogińska-Bulik, N. (2015). Soutien social et résultats négatifs et positifs d'événements traumatisants vécus dans un groupe de travailleurs masculins des services d'urgence. *Revue internationale de sécurité et d'ergonomie au travail : JOSE*, 21(2), 119–127. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>
 91. Éclaircisseurs pour des sociétés pacifiques, justes et inclusives, (2020). Prévoir les dividendes de la prévention des conflits de 2020 à 2030. Notes de l'ODD16.1 Vol. 1. New York : Centre pour la coopération internationale 2020.
 92. Pauli, A. G. (2010). *L'économie bleue : 10 ans, 100 innovations, 100 millions d'emplois*. Paradigm Publications, Taos, Nouveau-Mexique, États-Unis.
 93. Peterson, C., Florence, C. et Klevens, J. (2018). Le fardeau économique de la maltraitance des enfants aux États-Unis, 2015. *Maltraitance et négligence envers les enfants*, 86, 178-183.
 94. Pirhonen, L., Gyllensten, H., Fors, A., Bolin, K. (2020). Modélisation du rapport coût-efficacité des soins centrés sur la personne pour les patients atteints du syndrome coronarien aigu. *La Revue européenne d'économie de la santé* 21 : 1317-1327 <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01230-8>
 95. Potocky, M., Guskovict, K.L. (2016). Renforcer l'empathie parmi les travailleurs humanitaires grâce au projet Miracle : développement et validation initiale des réponses utiles au questionnaire sur les réfugiés. *Torture* (2016), 26, 3 : 46-59.
 96. Prior, S.J., Mather, C., Ford, K. et coll. Des méthodes de collecte de données centrées sur la personne pour intégrer la voix authentique des personnes qui éprouvent des problèmes de santé. *BMJ Open Qualité* 2020 ; 9 :E000912. doi :10.1136/bmjopen-2020-000912
 97. Quinn, A. (2008). Une approche centrée sur la personne pour le traitement des anciens combattants atteints du trouble de stress post-traumatique. *Journal de psychologie humaniste*, 48, 458-476.
 98. Quirke, E., Klymchuk, V., Gusak, N., Gorbunova, V. et Sukhovii, O. (۲۰۲۲). L'application de la politique nationale de santé mentale dans les régions touchées par les conflits : vers une meilleure inclusion sociale (cas ukrainien), *Santé mentale et inclusion sociale*, vol. 26, n° 3, p. 242-256.
 99. Rao, H., et al. (2010) Les soins parentaux précoces sont importants pour la maturation de l'hippocampe : preuves de la morphologie du cerveau chez l'homme. *Neuroimage* 49 :1144-1150.
 100. Read, J., Fink, P.J., Rudegeair, T., Felitti, V., et Whitfield, C.L. (2008) Maltraitance et psychose des enfants : un retour à un modèle bio-psycho-social véritablement intégré. *Schizophrénie clinique et psychoses apparentées*, octobre 2008, 235-254.

101. Rehm, J., Shield, K.D. Charge mondiale de morbidité et impact des troubles mentaux et addictifs. *Current Psychiatry Reports* 21, Numéro d'article :10 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
102. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, et al. (2016). N'oublions pas : comparer les évaluations rétrospectives et prospectives des expériences négatives de l'enfance dans la prédiction de la santé à l'âge adulte. *J Psychiatrie psychologique de l'enfant* 2016 ; 57: 1103–12.
103. Rollè L., Cazzini E., Santoniccolo F., Trombetta T. (2021). Homonégativité et sport : une revue systématique de la littérature. *Journal des services sociaux gays et lesbiens : Le journal trimestriel de la pratique communautaire et clinique*. DOI : 10.1080/10538720.2021.1927927
104. Rollè L., Chinaglia L, Curti L., Magliano A., Trombetta T., Caldarera A.M., Brustia P., Gerino E. (2018). Attitudes du groupe italien à l'égard de l'homosexualité et de l'homoparentalité. *JOURNAL DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE ET PSYCHOTHÉRAPIE*, 5, 10-25
105. Rollè L., Sechi C., Santoniccolo F., Trombetta T., Brustia, P. (2021). La relation entre le sexisme, les états affectifs et les attitudes envers l'homosexualité dans un échantillon d'Italiens hétérosexuels. *Recherche sur la sexualité et politique sociale : une revue du NSRC*. DOI : 10.1007/S13178-021-00534-5
106. Rogers, Carl R. (1967). La facilitation d'un apprentissage significatif. In : *Théories contemporaines de l'instruction*. Ed. L. Siegel. San Francisco : Chandler.
107. Rogers, C. R. (1969). *Liberté d'apprendre : une vision de ce que l'éducation pourrait devenir*. Columbus, Ohio, Charles E. Merrill.
108. Rogers, C. R. (1983). *La liberté d'apprendre pour les années 80*. Columbus, OH. Charles E. Merrill.
109. Briefing Saferworld (2021). *Une approche de la sécurité et de la justice centrée sur les personnes : Recommandations en matière de politiques et de programmes*
110. SAMHSA - Administration des services de toxicomanie et de santé mentale. (2014). *Le concept de traumatisme de la SAMHSA et des conseils pour une approche tenant compte des traumatismes*. N° de publication du HHS (SMA) 14-4884. Rockville, Maryland, États-Unis. ÉTATS-UNIS.
111. Équipe de guides informés sur les traumatismes de San Diego. (2012). *Posez-vous les bonnes questions ? Une approche centrée sur le client*. http://www.elcajoncollaborative.org/uploads/1/4/1/5/1415935/sd_tigt_brochure2_f.pdf
112. Save The Children (2022) *Arrêtez la guerre contre les enfants : L'oublié* : <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/stop-the-war-on-children-the-forgotten-ones.pdf>
113. Sedra, M. (2022). *Une approche de la sécurité centrée sur les personnes À la recherche d'une clarté conceptuelle pour guider l'élaboration des politiques des Nations Unies PNUD, FBA, 2022. ODD 16+ (2019). L'Alliance mondiale pour rendre compte des progrès accomplis en matière de sociétés pacifiques, justes et inclusives, « Permettre la mise en œuvre de l'Agenda 2030 par le biais de l'ODD 16+ : ancrer la paix, la justice et l'inclusion », Nations Unies, New York.* <https://www.sdg16hub.org/system/files/2019-07/Global%20Alliance%20SDG%2016%2B%20Global%20Report.pdf>
114. Stiglitz, J. E. et Bilmes, L. J. (2008). *La guerre de trois trillions de dollars : le vrai coût du conflit en Irak*. WW Norton & Company.
115. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. (2015). *La prévalence de la maltraitance des enfants dans le monde : examen d'une*

- série de méta-analyses. Examen des mauvais traitements infligés aux enfants 2015 ; 24: 37–50.
116. Shonkoff, J. P., et Phillips, D. A. (eds). (2000). Des neurones aux quartiers : la science du développement de la petite enfance. Conseil national de recherches du Canada et Institut de médecine. Washington DC : Académie nationale.
 117. Shonkoff, J. P., Garner, A. S., et Comité sur les aspects psychosociaux de la santé de l'enfant et de la famille, Comité sur la petite enfance, l'adoption et les soins aux personnes à charge et Section sur la pédiatrie du développement et du comportement. (2012). Les effets permanents de l'adversité et du stress toxique pendant la petite enfance. *Pédiatrie*, 129(1), e232-e246.
 118. Smith, K.R., Corvalán, C.F., Kjellström, T. (1999). Dans quelle mesure la mauvaise santé mondiale est-elle attribuable à des facteurs environnementaux ? *Épidémiologie*. sept. ; 10(5):573-84. PMID : 10468437.
 119. Stige, S. H., Binder, P. E., Rosenvinge, J. H., et Træen, B. (2013). Histoires sur la voie du rétablissement - Comment les adultes et les femmes qui ont survécu à un traumatisme de l'enfance ont l'expérience des moyens d'apporter des changements positifs. *Psychologie nordique*, 65(1), 3–18.
<https://doi.org/10.1080/19012276.2013.796083>
 120. The Lancet (2020) Santé mondiale : l'heure d'un changement radical ? Éditorial, VOLUME 396. NUMÉRO 10258. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32131-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32131-0)
 121. Fiche d'information de la Commission américaine sur la liberté religieuse internationale (USCIRF), mars 2021 <https://www.uscirf.gov/sites/default/files/2021-03/2021%20Factsheet%20-%20Sharia%20and%20LGBTI.pdf>
 122. Torres, P. (2019) Risques existentiels : une analyse philosophique. *Enquête* 0 :1-26.
 123. Groupe de travail sur les traumatismes et la santé publique (2015). Une approche de santé publique à l'égard des traumatismes : implications pour la science, la pratique, les politiques et le rôle de l'ISTSS. Oakbrook Terrace, Illinois, États-Unis : Société internationale d'études sur le stress traumatique.
 124. Trotta A, Murray RM, Fisher HL. (2015). L'impact de l'adversité durant l'enfance sur la persistance des symptômes psychotiques : une revue systématique et une méta-analyse. *Psychol Med* 2015 ; 45: 2481–98.
 125. UNESCO (2021). Réinventons ensemble notre avenir. Un nouveau contrat social pour l'éducation. RAPPORT DE LA COMMISSION INTERNATIONALE SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION. France, UNESCOUNICEF (2016). Les mutilations génitales féminines et l'excision : une préoccupation mondiale. New York. UNICEF.
 126. UNICEF (2021). Fonds des Nations Unies pour l'enfance, La situation des enfants dans le monde 2021 : On My Mind – Promouvoir, protéger et prendre soin de la santé mentale des enfants, New York, UNICEF.
 127. Nations Unies (2015). Unir nos forces pour la paix : la politique, les partenariats et les personnes. Rapport du Groupe indépendant de haut niveau sur les opérations de paix des Nations Unies. New York : Nations Unies.
 128. Nations Unies (2022). Groupe mondial de réponse aux crises des Nations Unies sur l'alimentation, l'énergie et les finances. BRIEF N°2, 8 juin 2022.
 129. Programme des Nations Unies pour le développement (1994). Rapport sur le développement humain 1994. New York : Oxford University Press.

130. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), (2021)., Réunion du Groupe consultatif sur l'approche de la sécurité centrée sur l'humain : principaux points à retenir, 9 février 2021, non publié, 3.
131. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (2022). Un cadre pour le développement de solutions aux crises et à la fragilité. <https://www.undp.org/crisis> consulté le 31 décembre 2022.
132. Usman, S. ; Abdull Razis, A.F. ; Shaari, K. ; Azmai, M.N.A. ; Saad, M.Z. ; Mat Isa, N. ; Nazarudin, M.F. (2022). Le fardeau de la pollution par les microplastiques et les politiques et réglementations qui s'y opposent. *Int. J. Environ. Santé publique* 2022, 19, 6773. [https:// doi.org/10.3390/ijerph19116773](https://doi.org/10.3390/ijerph19116773)
133. Van der Kolk, B.A. (2006). Implications cliniques de la recherche en neurosciences sur le SSPT. *Annales de l'Académie des sciences de New York* 1071, 277-293.
134. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. (2012). Les adversités de l'enfance augmentent le risque de psychose : une méta-analyse d'études de cohorte contrôlées par le patient, prospectives et transversales. *Schizophr Bull* 2012 ; 38: 661–71
135. Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental disease, *The Lancet Psychiatry*, Elsevier, février 2016.
136. Watson, L. B., DeBlaere, C., Langrehr, K. J., Zelaya, D. G. et Flores, M. J. (2016). L'influence des oppressions multiples sur les expériences des femmes de couleur avec des traumatismes insidieux. *Journal de psychologie du conseil*, 63(6), 656-667. doi :10.1037/ cou0000165
137. Von Bertalanffy, L. Théorie générale des systèmes : fondements, développement, applications. (New York : George Braziller, 1969), p. 30, 37.
138. Webb RT, Antonsen S, Carr MJ, Appleby L, Pedersen CB, Mok PLH. (2017). L'automutilation et la criminalité violente chez les jeunes qui ont subi une hospitalisation liée à un traumatisme pendant l'enfance : une étude de cohorte nationale danoise. *Lancet Santé publique* 2017.
139. World Justice Project, « Mesurer l'écart en matière de justice : une évaluation centrée sur les personnes des besoins non satisfaits en matière de justice dans le monde », (Washington, DC, World Justice Project, 2019). Disponible à l'adresse : <https://worldjusticeproject.org/our-work/publications/special-reports/measuring-justice-gap>
140. QUI. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa : Organisation mondiale de la santé
141. QUI. (1997). Recommandations de Vienne sur les hôpitaux de promotion de la santé <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Vienna-Recommendations.pdf> consulté le 5 janvier 2023.
142. OMS (2006). Cadre pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne. In : Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, avril 2016. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1, consulté le 2 janvier 2023
143. OMS (2007). Soins de santé axés sur la personne : un cadre stratégique. Genève : Organisation mondiale de la santé. ISBN 978 92 9061 317 6
144. OMS (2010). Des soins centrés sur la personne dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Genève, CH.

145. OMS (2012). Vers des systèmes de santé centrés sur les personnes : une approche novatrice pour de meilleurs résultats en matière de santé. L'Organisation mondiale de la santé. Genève, CH.
146. OMS (2013). Lignes directrices pour la gestion des affections spécifiquement liées au stress. Genève : Organisation mondiale de la santé.
147. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2013). Vers des systèmes de santé centrés sur la personne : une approche innovante pour de meilleurs systèmes de santé. Copenhague, Bureau régional pour l'Europe, disponible à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf, consulté le 20 décembre 2022.
148. OMS (2016a). Cadre pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne. In : Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, avril 2016. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1, consulté le 18 décembre 2022).
149. OMS (2016b). Prévenir les maladies grâce à des environnements sains. Genève : Organisation mondiale de la santé.
150. OMS (2018c). Une humanité en meilleure santé. Le dossier d'investissement de l'OMS pour 2019-2023. Organisation mondiale de la santé, Genève, CH.
151. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2018). Rapport d'étape européen sur la prévention de la maltraitance des enfants. Genève : Organisation mondiale de la santé.
152. OMS (2019). Outil d'auto-assistance sur la planification du rétablissement centrée sur la personne pour la santé mentale et le bien-être. Droits de qualité de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la santé.
153. OMS (2020). Réaliser des stratégies et des défis en matière de données probantes sur les systèmes de santé centrés sur la personne : Genève : Organisation mondiale de la Santé.
154. OMS (2021a). Atlas de la santé mentale 2020. Genève : Organisation mondiale de la santé.
155. OMS (2021b). Santé des réfugiés et des migrants : normes mondiales de compétences pour les agents de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé. ISBN 978-92-4-003062-6 Consulté le 31 décembre 2022.
156. OMS (2021c). Guide de connaissances pour soutenir l'opérationnalisation de la santé des réfugiés et des migrants : normes mondiales de compétence pour les agents de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
157. OMS (2022a). Rapport sur la santé mentale dans le monde : transformer la santé mentale pour tous. Genève : Organisation mondiale de la santé.
158. OMS (2022b). Répondre à la maltraitance des enfants : un guide clinique à l'intention des professionnels de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
159. (OMS, 2022d). Statistiques de la santé dans le monde 2022 : suivi de la santé pour les ODD, objectifs de développement durable. Genève : Organisation mondiale de la santé.
160. (OMS, 2022e) <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>. Consulté le 30 décembre 2022.
161. Woolf et al. (2016). L'engagement authentique des patients et des communautés peut transformer la recherche, la pratique et les politiques. 1er avril 2016 ; 35(4): 590–594. doi :10.1377/hlthaff.2015.1512.

162. Zucconi, A. Howell, P. (2003). Promotion de la santé : une approche de la santé et du bien-être centrée sur la personne. Bari, La Meridiana.
163. Zucconi, A. (2008). Relations d'aide efficaces : Mettre l'accent sur la maladie ou sur la santé et le bien-être ? Dans B. Lewitt (éd.). Réflexions sur le potentiel humain : l'approche centrée sur la personne en tant que psychologie positive. PCC Books, Royaume-Uni
164. Zucconi, A. (2011). La politique des relations d'aide : contributions de Carl Rogers. Journal de l'Association mondiale pour la psychothérapie et le conseil centrés sur la personne, volume, 10 n.1, mars 2011. p. 2 à 10.
165. Zucconi, A. (2019). Une boussole pour une gouvernance durable centrée sur la personne. Dans : Süß, D. ; Negri, C. (Ed.), Contributions de la psychologie appliquée à une société protectrice des animaux. p. 123 à 133. Berlin : Springer-Verlag
166. Zucconi, A ; Wachsmuth, J. (2020). Protéger et promouvoir la santé individuelle, sociale et planétaire avec des styles de leadership durables et centrés sur les personnes. CADMUS, volume 4, n°2, mai 2020, 105-117.
167. Zucconi, A. (2021). Comment promouvoir des relations durables centrées sur les personnes et centrées sur la personne. CADMUS Volume 4 Numéro 4, pp.49-51.

* <https://www.un.org/humansecurity/what-is-human-security/>

† <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/08/un-committee-elimination-racial-discrimination-publishes-findings>

‡ Le projet TIC accueille les demandes de renseignements sur les partenariats de la part d'institutions publiques et privées et accueille les donateurs. Pour faire un don au projet TIC : <https://new.worldacademy.org/support-ukraine/> <https://www.worldsforum.org/donate.html>

§ <https://echa.europa.eu/hot-topics/microplastics>

¶ De nombreuses autres régions du monde sont confrontées à des problèmes dramatiques de réfugiés. Pour une liste complète, consultez le site Web du HCR : <https://www.unhcr.org/globaltrends/report>

** <https://www.oecd.org/ukraine-hub/en>

†† https://peacekeeping.un.org/sites/default/files/estimating_future_conflict_risks_and_conflict_prevention_implications_by_2030.pdf

‡‡ https://www.worldsforum.org/universal_declaration.html

§§ <https://securusustain.org/global-risks-and-challenges/>

Marien et Harries font également partie du groupe de travail de la WAAS sur les risques existentiels pour l'humanité (ER2H) présidé par deux boursiers de la WAAS, Bob Horn hornbob@earthlink.com et Jo Nurse drjonurse@gmail.com. Le groupe est en train de préparer un « Rapport sur la polycrise du WAAS » qui décrira différentes définitions des crises

multiples actuelles et de leurs interactions qui conduisent à des calamités généralisées et à des risques existentiels pour les nations ou l'humanité.

Bibliography

168. Agnew-Blais J, Danese A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 342–49.
169. Bassuk, E.L., Latta, R.E., Sember, R., Raja, S., & Richard, M. (2017). Universal Design for Underserved Populations: Person-Centered, Recovery-Oriented and Trauma Informed. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 28(3), 896-914. doi:10.1353/hpu.2017.0087
170. Bellis, M.A. et al. (2015). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J Public Health* 2015; 37: 445–54.
171. Bellis, M.A., Hardcastle, K., Ford, K. et al. (2017). Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry* 17, 110 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1260-z>
172. Bellis M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, Volume 4, Issue 10, e517 - e528. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30145-8.
173. Bilmes, L. & Stiglitz, J. (2006). The Economic Costs of the Iraq War: An Appraisal Three Years After the Beginning of the Conflict, NBER Working Papers (<https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/12054.html>)12054, National Bureau of Economic Research, Inc.
174. Benjet, C., Bromet, E, Karam, E, G, Kessler, R. C. et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med.* 2016 January; 46(2): 327–343. doi:10.1017/S0033291715001981.
175. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, Monson CM, Olf M, Pilling S, Riggs DS, Roberts NP, Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *J Trauma Stress.* 2019 Aug;32(4):475-483. doi: 10.1002/jts.22421. Epub 2019 Jul 8. PMID: 31283056.
176. Bohart, Arthur C.; Tallman, Karen. (1999). How clients make therapy work: The process of active self-healing. Washington, DC, US: American Psychological Association. xvii 347 pp., <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Bor, J., Venkataramani, A. S., Williams, D. R., & Tsai, A. C. (2018). Police killings and their spillover effects on the mental health of Black Americans: A population-based, quasi-experimental study. *The Lancet*, 392(10144), 302–310. doi:10.1016/S0140-6736(18)31130-9
177. Bothe, T., Jacob, J., Kröger, C. & Walker, J. (2020). How expensive are post-traumatic stress disorders? Estimating incremental health care and economic costs on anonymised claims data. *Eur J Health Econ.* 2020 Aug;21(6):917-930. doi: 10.1007/s10198-020-01184-x. PMID: 32458163; PMCID: PMC7366572.
178. Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2–10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>

179. Bremner, J.D. Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2003 Apr; 12(2):271–292.
180. Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic Stress in Children and Adolescents. *Adv Pediatr*, 63(1), 403-428. doi:10.1016/j.yapd.2016.04.002
181. Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between post-traumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521–527.
182. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 215–238).
183. CDC (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence, Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control
184. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia.
185. Center on the Developing Child at Harvard University (2016). From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families. <http://www.developingchild.harvard.edu>
186. Chaudhary, M.T.; Piracha, A. Natural Disasters—Origins, Impacts, Management. *Encyclopedia* 2021, 1, 1101-1131. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia1040084> .
187. Cheng, H. -L., & Mallinckrodt, B. (2015). Racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and alcohol problems in a longitudinal study of Hispanic/Latino college students. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 38–49. doi:10.1037/cou0000052
188. Ching, T. H. W., Lee, S. Y., Chen, J., So, R. P., & Williams, M. T. (2018). A model of intersectional stress and trauma in Asian American sexual and gender minorities. *Psychology of Violence*, 8(6), 657–668. doi:10.1037/vio0000204
189. Cornelius-White, J.H.D. (2007). Learner-centered teacher-student relationships are effective- A meta-analysis. *Review of Educational Research*. 77 (1) pp.113-143.
190. Cornelius-White, J. and Harbaugh, A: (2010). *Learner Centered Instruction*. Los Angeles: Sage
191. Costa, M. J. (2014). Self-Organized Learning Environments and the Future of Student-Centered Education. *Biochemistry and Molecular Biology Education* 42 (2). Wiley-Blackwell: 160–61. doi:10.1002/bmb.20781.
192. Crutzen, P. and Stoermer, E. F. (2000). The Anthropocene. *IGBP Newsletter* 41, 12.
193. Dale, S. K., & Safren, S. A. (2019). Gendered racial microaggressions predict posttraumatic stress disorder symptoms and cognitions among Black women living with HIV. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(7), 685–694. doi:10.1037/tra0000467.supp
194. Davis, L. L., Schein, J., Cloutier, M., et al. (2022). The economic burden of posttraumatic stress disorder in the United States from a societal perspective. *J. Clin. Psychiatry*. 2022;83(3):21m14116.
195. Deryugina, T. (2022). Economic effects of natural disasters. *IZA World of Labor* 2022: 493 doi: 10.15185/izawol.493 April 2022 | wol.iza.org
196. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of

- attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
197. Ducea, S. R., Zimmerman, E. B., Vaughn, L. M., Dias, S., & Harris, J. (2022). A Guide to Selecting Participatory Research Methods Based on Project and Partnership Goals. *Journal of Participatory Research Methods*, 3(1).
198. Ekstrom, J. A., Moser, S. C. and Torn, M. (2011). Barriers to Climate Change Adaptation: A Diagnostic Framework. California Energy Commission. Publication Number: CEC-500-2011-004.
199. Fallot, R. D. & Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. In M. Harris & R. D. Fallot (Eds.), *Using trauma theory to design service systems* (pp. 23–31). San Francisco: Jossey-Bass.
200. Fallot, R. D. & Harris, M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community Mental Health Journal*, 38, 475-485.
201. Fallot, R. D. & Harris, M. (2009). *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol*. Washington, DC: Community Connections.
202. Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR et al. (2015). The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 42:146–62.
203. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to many of the leading causes of death in adults, the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *AM J Prev Med*; 14:245-258.
204. Felitti, V.J. (2001). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente Journal/ Winter 2002/ Volume 6 No. 1*
205. Flores, E., Tschann, J. M., Dimas, J. M., Pasch, L. A., & de Groat, C. L. (2010). Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and health risk behaviors among Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 264–273. doi:10.1037/a0020026 U
206. Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epp, N. (2015). Trauma changes everything: examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163-173.
207. Goh, J., Pfeffer, J & Zenios, S. A. (2019). Reducing the health toll from U.S. workplace stress. *behavioral science & policy* | volume 5 issue 1, 2019 p. 1-13.
208. Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H., & Burrage, R. L. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for Indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. *American Psychologist*, 74(1), 20–35. doi:10.1037/amp0000338
209. Green, B. L., Friedman, M. J., de Jong, J., Keane, T. M., Solomon, S. D., Fairbank, J. A., ... & Frey-Wouters, E. (Eds.). (2003). *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy*. Springer Science & Business Media.
210. Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*, 106(1), E11.
211. Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33, 206-211.

212. Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial outcomes, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320-327.
213. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(8): e356-66. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
214. Huggel, C., Bouwer, L.M., Juhola, S. et al. The existential risk space of climate change. *Climatic Change* 174, 8 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10584-022-03430-y>
215. United Nations High Commissioner for Refugees-UNHCR (2022). Ukraine Emergency. <https://www.unhcr.org/ukraine-emergency.html>
216. Human Rights Watch (2008)., *This Alien Legacy: The Origins of “Sodomy” Laws in British Colonialism*, 2008,
217. Human Rights Watch (2022). *Human Rights Report 2022, HUMAN RIGHTS WATCH* New York, NY, USA.
218. IEP- Institute for Economics & Peace. *Economic Value of Peace* (2021). *Measuring the global economic impact of violence and conflict* (2021). Available from: <http://visionofhumanity.org/resources>.
219. International Federation of Red Cross (IFRC) and Red Crescent Societies (2009). *Through albino eyes. The plight of albino people in Africa’s Great Lakes region and a Red Cross response. Advocacy Report*. 2009.
220. Iqbal, M., Bardwell, H. and Hammond, D. (2019). *Estimating the Global Economic Cost of Violence: Methodology Improvement and Estimate Updates. Defence and Peace Economics*, Volume 32, 2021, issue 4 pp.1-24.
221. Jennings, A. (2004). *The damaging consequences of violence and trauma: Facts, discussion points, and recommendations for the behavioral health system*. Alexandria, VA: Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors, National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
222. Joseph, S. (2004). Client-centred psychotherapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 101–119.
223. Joseph, S., & Linley, P.A. (2005). *Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing*
224. *theory of growth through adversity. Review of General Psychology*, 9, 262-280.
225. Joseph, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 14, 178-190.
226. Karlsrud, J. (2015). *How Can the UN Move Towards More People-Centered Peace Operations? Global Peace Operations Review* <https://www.nupi.no/en/publications/cristin-pub/how-can-the-un-move-towards-more-people-centered-peace-operations>
227. Kaza, S.; Yao, L. C.; Bhada-Tata, P.; Van Woerden, F.. (2018). *What a Waste 2.0: A Global Snapshot of Solid Waste Management to 2050. Urban Development*, Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30317>

228. Kember, D. (2009). Promoting student-centred forms of learning across an entire university. *Higher Education*, 58 (1):1–13.
229. Kemm, R. E., & Dantas, A. M. (2007). Research-led learning in biological science practical activities: Supported by student centred e-learning. *FASEB Journal*, 21(5), A220-A220.
230. Knight, J. K., & Wood, W. B. (2005). Teaching more by lecturing less. *Cell Biology Education* 4(4), 298-310.
231. Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, RV, Ferry F, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lepine J.P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell, B.E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Stein, D.J., Ten Have, M., Torres, Y., Viana, M.C., Petukhova, M.V., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M.,
232. Koenen, K.C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 Oct 27;8(sup5):1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.1353383. PMID: 29075426; PMCID: PMC5632781.
233. Kiniger-Passigli, D. & Biondi, A. (2015). A People-centered, Preventive Approach to Disaster Risk Erudition, Volume 1, Issue 6, February 2015, pp. 32-39.
234. Kirby, M., “The Sodomy Offence: England’s Least Lovely Criminal Law Export?”, *Journal of Commonwealth Criminal Law*, 2011, p. 28. Knapp, M. and Lemmi, V. (2014) The economic case for better mental health. In: Davies, S. (ed.) Annual Report of the Chief Medical Officer 2013, Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence. Department of Health, London, UK, pp. 147-156.
235. Knowles, M. (1984). *The adult Learner: A neglected species* (3rd ed.). Houston, TX: Gulf.
236. Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 276-282.
237. La Ferla (2003). Preface of *Health Promotion: A Person-Centred Approach to Health and Well-being*. Zucconi, A. Howell, P. (2003). Bari, La Meridiana.
238. Leppink, N. (2015). Socio-economic costs of work-related injuries and illnesses: Building synergies between Occupational Safety and Health and Productivity. Labour Administration, Labour Inspection and Occupational Safety and Health Branch, ILO Geneva, CH. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-rome/documents/genericdocument/wcms_415608.pdf
239. Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 601–610.
240. Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
241. Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93–111.
242. Mahmoud, Y. (2019). People-Centered Approaches to Peace: At Crossroads Between Geopolitics, Norms, and Practice, in *United Nations Peace Operations in a Changing Global Order*, eds. Cedric de Coning and Mateja Peter. London: Palgrave Macmillan.
243. Mahwah, NJ: Erlbaum. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating post-traumatic growth: A clinician’s guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
244. McFee, S. (2002). *The Nature of War*, San Diego Union-Tribune, March 13, 2002.

245. Mathieu, F. (2007). Running on empty: Compassion fatigue in health professionals. *Rehab & Community Care Medicine*. Retrieved from:
246. Mollica, R. F. (2013). *Healing a Violent World Manifesto*, Harvard Program in Refugee Trauma. Harvard University. Cambridge, MA.
247. Mollica, R.F. (2014). *The new H5 model, Trauma and Recovery*. Harvard Program in Refugee Trauma. Harvard University. Cambridge, MA.
248. Mollica, R.F., Brooks, D.R., Ekblad, S., McDonald L. (2015). The H5 New Model of Refugee Trauma and Recovery. In J. Lindert, I. Levav (eds.). *Violence and Mental Health, Its Manifold Faces*, 341–378. New York–London, 2015.
249. Morin, E. (2001). *Seven complex lessons in education for the future*. Paris: UNESCO. 31
250. Morin, E. (2007). Restricted complexity, general complexity. In C. Gershenson, D. Aerts & B. Edmonds (Eds.), *Worldviews, science, and us: Philosophy and complexity*. New York: World Scientific Publishing Company.
251. Motschnig-Pitrik, R., & Derntl, M. (2002). Student-Centered e-Learning (SCeL): Concept and application in a students' project on supporting learning. *Proceedings of International Workshop on Interactive Computer-Aided Learning (ICL) 2002*, September 25-27, 2002, Villach, Austria.
252. Nagata, D. K., Kim, J. H. J., & Wu, K. (2019). The Japanese American wartime incarceration: Examining the scope of racial trauma. *American Psychologist*, 74(1), 36–48. Doi:10.1037/amp0000303
253. National Academy of Science of the United States of America (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceeding National Academy of Science of the United States of America PNAS PLUS*. <http://www.pnas.org/content/suppl/2012/02/07/1115396109>.
254. National Scientific Council on the Developing Child. (2020). *Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined: Working Paper No. 15*. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu December 20,2021.
255. Nemeroff CB. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*; 2004; 65: 18–28.
256. Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health and Sexuality*, 7:443–461.
257. Ogińska-Bulik N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE*, 21(2), 119–127. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>
258. *Pathfinders for Peaceful, Just and Inclusive Societies*, (2020). *Forecasting the dividends of conflict prevention from 2020 – 2030. SDG16.1 Notes Vol. 1*. New York: Center on International Cooperation 2020.
259. Pauli, A. G. (2010). *The blue economy: 10 years, 100 innovations, 100 million jobs*. Paradigm Publications, Taos, New Mexico, USA.
260. Peterson, C., Florence, C., & Klevens, J. (2018). *The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States, 2015*. *Child Abuse & Neglect*, 86, 178-183.
261. Pirhonen, L., Gyllensten, H., Fors, A.,Bolin, K. (2020). Modelling the cost-effectiveness of person-centred care for patients with acute coronary syndrome. *The European Journal of Health Economics* 21:1317–1327 <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01230-8>

262. Potocky, M., Guskovict, K.L. (2016). Enhancing Empathy among Humanitarian Workers through Project Miracle: Development and Initial Validation of the Helpful Responses to Refugee Questionnaire. *Torture* (2016), 26, 3: 46–59.
263. Prior, S.J., Mather, C., Ford, K. et al. Person-centred data collection methods to embed the authentic voice of people who experience health challenges. *BMJ Open Quality* 2020;9:e000912. doi:10.1136/bmjopen-2020-000912
264. Quinn, A. (2008). A person-centered approach to the treatment of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 48, 458-476.
265. Quirke, E., Klymchuk, V., Gusak, N., Gorbunova, V. and Sukhovii, O. (۲۰۲۲). Applying the national mental health policy in conflict-affected regions: towards better social inclusion (Ukrainian case), *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 26 No. 3, pp. 242-256.
266. Rao, H., et al. (2010) Early parental care is important for hippocampal maturation: Evidence from brain morphology in humans. *Neuroimage* 49:1144–1150.
267. Read, J., Fink, P.J., Rudegeair, T., Felitti, V., and Whitfield, C.L. (2008) Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, October 2008, 235-254.
268. Rehm, J., Shield, K.D. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports* 21, Article number:10(2019). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
269. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, et al. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57: 1103–12.
270. Rollè L., Cazzini E., Santoniccolo F., Trombetta T. (2021). Homonegativity and sport: A systematic review of the literature. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: The Quarterly Journal of Community & Clinical Practice*. doi: 10.1080/10538720.2021.1927927
271. Rollè L., Chinaglia L, Curti L., Magliano A., Trombetta T., Caldarera A.M., Brustia P., Gerino E. (2018). Attitudes of Italian Group Toward Homosexuality and Same-Sex Parenting. *JOURNAL OF PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY RESEARCH*, 5, 10-25
272. Rollè L., Sechi C., Santoniccolo F., Trombetta T., Brustia, P. (2021). The relationship between sexism, affective states, and attitudes toward homosexuality in a sample of heterosexual Italian people. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*. doi: 10.1007/s13178-021-00534-5
273. Rogers, Carl R. (1967). *The Facilitation of Significant Learning*. In: *Contemporary Theories of Instruction*. Ed. L. Siegel. San Francisco: Chandler.
274. Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: a view of what education might become*. Columbus, OH, Charles E. Merrill.
275. Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80s*. Columbus, OH. Charles E. Merrill.
276. Saferworld Briefing (2021). *A people-centered approach to security and justice: Recommendations for policy and programming*
277. SAMHSA-Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA’s Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD. USA.
278. San Diego Trauma Informed Guide Team. (2012). *Are you asking the right questions? A client centered approach*. http://www.elcajoncollaborative.org/uploads/1/4/1/5/1415935/sd_tigt_brochure2_f.pdf

279. Save The Children (2022) Stop the War on Children: The forgotten one: <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/stop-the-war-on-children-the-forgotten-ones.pdf>
280. Sedra, M. (2022). A People-Centered Approach to Security Seeking conceptual clarity to guide UN policy development UNDP, FBA, 2022. SDG 16+ (2019). The Global Alliance for Reporting Progress on Peaceful, Just and Inclusive Societies, 'Enabling the implementation of the 2030 Agenda through SDG 16+: Anchoring peace, justice and inclusion', United Nations, New York. <https://www.sdg16hub.org/system/files/2019-07/Global%20Alliance%20SDG%2016%2B%20Global%20Report.pdf>
281. Stiglitz, J. E., & Bilmes, L. J. (2008). The Three Trillion Dollar War: The True Cost of the Iraq Conflict. WW Norton & Company.
282. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review* 2015; 24: 37–50.
283. Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (eds). (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Research Council and Institute of Medicine. Washington DC: National Academy.
284. Shonkoff, J. P., Garner, A. S., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
285. Smith, K.R., Corvalán, C.F., Kjellström, T. (1999). How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology*. Sep;10(5):573-84. PMID: 10468437.
286. Stige, S. H., Binder, P. E., Rosenvinge, J. H., & Træen, B. (2013). Stories from the road of recovery - How adult, female survivors of childhood trauma experience ways to positive change. *Nordic psychology*, 65(1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/19012276.2013.796083>
287. The Lancet (2020) Global Health: time for radical change? Editorial, VOLUME 396. ISSUE 10258. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32131-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32131-0)
288. The U.S. Commission on International Religious Freedom (USCIRF) Factsheet, March 2021 <https://www.uscirf.gov/sites/default/files/2021-03/2021%20Factsheet%20-%20Sharia%20and%20LGBTI.pdf>
289. Torres, P. (2019) Existential risks: a philosophical analysis. *Inquiry* 0:1–26.
290. Trauma and Public Health Taskforce (2015). A Public Health Approach to Trauma: Implications for Science, Practice, Policy, and the Role of ISTSS. Oakbrook Terrace, IL, USA: International Society for Traumatic Stress Studies.
291. Trotta A, Murray RM, Fisher HL. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2015; 45: 2481–98.
292. UNESCO (2021). Reimagining our Futures Together. A new social contract for the education. REPORT FROM THE INTERNATIONAL COMMISSION ON THE FUTURES OF EDUCATION. France, UNESCOUNICEF (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern. New York. UNICEF.
293. UNICEF (2021). United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health, New York, UNICEF.

294. United Nations (2015). *Uniting Our Strengths for Peace: Politics, Partnerships and People*. Report of the High-level Independent Panel on United Nations Peace Operations. New York: United Nations.
295. United Nations (2022). UN Global Crisis Response Group On Food, Energy and Finance. BRIEF N°.2, 8 June 2022.
296. United Nations Development Programme (1994). *Human Development Report 1994*. New York: Oxford University Press.
297. United Nations Development Programme -UNDP, (2021)., Meeting of the Advisory Group on the People-Centered Approach to Security: Key Takeaways, February 9, 2021, unpublished, 3.
298. United Nations Development Programme -UNDP (2022). A Framework for Development Solutions to Crisis and Fragility. <https://www.undp.org/crisis> accessed Dec. 31,2022.
299. Usman, S.; Abdull Razis, A.F.; Shaari, K.; Azmai, M.N.A.; Saad, M.Z.; Mat Isa, N.; Nazarudin, M.F. (2022). The Burden of Microplastics Pollution and Contending Policies and Regulations. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 6773. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116773>
300. Van Der Kolk, B.A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science* 1071, 277-293.
301. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38: 661–71
302. Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness, *The Lancet Psychiatry*, Elsevier, February 2016.
303. Watson, L. B., DeBlaere, C., Langrehr, K. J., Zelaya, D. G., & Flores, M. J. (2016). The influence of multiple oppressions on women of color’s experiences with insidious trauma. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 656–667. doi:10.1037/cou0000165
304. Von Bertalanffy, L. *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. (New York: George Braziller, 1969), pg. 30, 37.
305. Webb RT, Antonsen S, Carr MJ, Appleby L, Pedersen CB, Mok PLH. (2017). Self-harm and violent criminality among young people who experienced trauma-related hospital admission during childhood: a Danish national cohort study. *Lancet Public Health* 2017.
306. World Justice Project, ‘Measuring the Justice Gap: A People-Centered Assessment of Unmet Justice Needs Around the World’, (Washington, DC, World Justice Project, 2019). Available at: <https://worldjusticeproject.org/our-work/publications/special-reports/measuring-justice-gap>
307. WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: Charte D’Ottawa Pour La Promotion de la Santeé, An International Conference on Health Promotion*. Ottawa: World Health Organisation
308. WHO. (1997). *Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals* <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Vienna-Recommendations.pdf> Accessed Jan.5,2023.
309. WHO (2006). Framework on integrated, people-centred health services. In: *Sixty-ninth World Health Assembly*, April 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1, accessed Jan. 2. 2023
310. WHO (2007). *People-Centred Health Care: A policy framework*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 9061 317 6

311. WHO (2010). *People-centred Care in Low- and Middle-income Countries*. Geneva, CH.
312. WHO (2012). *Towards People-Centred Health Systems: An Innovative Approach for Better Health Outcomes*. The World Health Organization. Geneva, CH.
313. WHO (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: World Health Organization.
314. WHO Regional Office for Europe (2013). *Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health systems*. Copenhagen, Regional Office for Europe available at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf, accessed 20 December 2022.
315. WHO(2016a). *Framework on integrated, people-centred health services*. In: *Sixty-ninth World Health Assembly, April 2016*. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1, accessed 18 December 2022).
316. WHO (2016b). *Preventing disease through healthy environments*. Geneva: World Health Organization.
317. WHO (2018c). *A Healthier Humanity. The WHO Investment Case for 2019-2023*. The World Health Organization, Geneva, CH.
318. WHO Regional Office for Europe (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. Geneva: World Health Organization.
319. WHO (2019). *Person-centred recovery planning for mental health and well-being self-help tool*. WHO Quality Rights. Geneva: World Health Organization.
320. WHO (2020). *Achieving person-centred health systems evidence strategies and challenges*: Geneva: World Health Organization.
321. WHO (2021a). *Mental health atlas 2020*. Geneva: World Health Organization.
322. WHO (2021b). *Refugee and migrant health: global competency standards for health workers*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-003062-6 Consulted Dec.31, 2022.
323. WHO (2021c). *Knowledge guide to support the operationalization of the refugee and migrant health: global competency standards for health workers*. Geneva: World Health Organization.
324. WHO(2022a). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.
325. WHO(2022b). *Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals*. Geneva: World Health Organization.
326. (WHO 2022d). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
327. (WHO, 2022e) <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>. Accessed on Dec.30,2022.
328. Woolf et al.(2016). *Authentic Engagement Of Patients And Communities Can Transform Research, Practice, And Policy*. *Health Aff (Millwood)*. 2016 April 1; 35(4): 590–594. doi:10.1377/hlthaff.2015.1512.
329. Zucconi, A. Howell, P. (2003). *Health Promotion: A Person-Centred Approach to Health and Well-being*. Bari, La Meridiana.
330. Zucconi, A. (2008). *Effective Helping Relationships: Focus on illness or on health and well being?* In B. Lewitt (Ed.). *Reflections of Human Potential: The Person-Centered Approach as a positive psychology*. PCC Books, U.K.

331. Zucconi, A. (2011). The Politics of the helping relationships: Carl Rogers contributions. *Journal of the World Association for Person- Centered Psychotherapy and Counseling*, Volume, 10 N.1, March 2011. pp. 2-10.
332. Zucconi, A. (2019). A compass for sustainable person-centered governance. In: Süß, D.; Negri, C. (Ed.), *Angewandte Psychologie Beiträge zu einer menschenwürdigen Gesellschaft*. pp. 123-133. Berlin: Springer-Verlag
333. Zucconi, A; Wachsmuth, J. (2020). Protecting and Promoting Individual, Social and Planetary Health with People Centered and Sustainable Leadership Styles. *CADMUS*, Volume 4, No.2, May 2020, 105-117.
334. Zucconi, A. (2021). How to promote people centered and person-centered sustainable relationships. *CADMUS* Volume 4 Issue 4, pp.49-51.

* <https://www.un.org/humansecurity/what-is-human-security/>

† <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/08/un-committee-elimination-racial-discrimination-publishes-findings>

‡ The TIC Project is welcoming enquiries about partnership from public and private institutions and is welcoming donors. To donate to the TIC Project:
<https://new.worldacademy.org/support-ukraine/> <https://www.worldsforum.org/donate.html>

§ <https://echa.europa.eu/hot-topics/microplastics>

¶ Many other regions of the world are facing dramatic refugees problems. For a complete list consult the UNHCR website: <https://www.unhcr.org/globaltrends/report>

** <https://www.oecd.org/ukraine-hub/en>

†† https://peacekeeping.un.org/sites/default/files/estimating_future_conflict_risks_and_conflict_prevention_implications_by_2030.pdf

‡‡ https://www.worldsforum.org/universal_declaration.html

§§ <https://securusustain.org/global-risks-and-challenges/>

Marien and Harries are also part of the WAAS working group on Existential Risks to Humanity (ER2H) chaired by two WAAS fellows, Bob Horn hornbob@earthlink.com and Jo Nurse drjonurse@gmail.com. The group is preparing a “WAAS Polycrisis Report” which will describe different definitions of current multiple crises and their interactions that lead to widespread calamities and existential risks to nations or humanity.

About the Author(s)



[Alberto Zucconi](#)

Psychologue clinicien ; Président de l'Institut de l'Approche Centrée sur la Personne ; Président du Conseil d'Administration de l'Académie Mondiale des Arts et des Sciences



[Luca Rolle](#)

Professeur agrégé, Psychologie dynamique, Département de psychologie, Université de Turin ; Directeur de l'École de Spécialisation en Psychologie de la Santé, Département de Psychologie, Université de Turin, Italie