

# La prise en compte de la santé mentale dans les contextes de crise au Sahel/en Afrique de l'Ouest

---

## RAPPORT

08 mai 2025

Public

**Coordonnateur général : Thierry LISCIA**  
**Coordonnateur recherche : Papa Mamadou DIAGNE**

**Mali : Salif DIARRA, Mahamadou KEITA,  
Abdramane OUATTARA, Joseph TRAORE**

**Mauritanie : Fouleye CAMARA, Khalil KOITA,  
Mamadou THIAM, Kadidia TOGORA**

**Tchad : Patrick DJERANDOUBA, Etienne DJIMTOLNAN,  
Nenodji MBAIRO, Firmin RONDOUBA**

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de l'AFD, de ses partenaires ou financeurs.

▪

**Merci de citer cet ouvrage comme suit :**

[Thierry Liscia, Papa Mamadou Diagne, Salif Diarra, Mahamadou Keita, Abdramane Ouattara, Joseph Traoré, Fouleye Camara, Khalil Koita, Mamadou Thiam, Kadidia Togora, Patrick Djerandouba, Etienne Djimtolnan, Nenodji Mbairo, Firmin Rondouba] (8 mai 2025), La prise en compte de la santé mentale dans les contextes de crise au Sahel/Afrique de l'Ouest, Plateforme d'Analyse du Suivi et d'Apprentissage au Sahel, Production Pasas.

<https://pasas-minka.fr>

▪

[Mali, Mauritanie, Tchad]

[Santé mentale, Psychosocial, Traumatisme, Crise]

▪

# SOMMAIRE

<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>RESUME EXECUTIF .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>I. LA SANTE MENTALE ET LE PSYCHOTRAUMATISME EN AFRIQUE .....</b>	<b>14</b>
<b>1. HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE.....</b>	<b>14</b>
<b>2 DEFINITIONS .....</b>	<b>15</b>
A. Santé mentale, l'humain un être bio-psychosocial .....	15
B. Psychosocial, la relation entre le Je et le Nous .....	16
C. Approche transculturelle, l'universalisme du psychisme .....	17
D. Approche ethnopsychiatrique, la culture cadre psychique intérieur ...	17
<b>3. LES DETERMINANTS DE LA SANTE MENTALE.....</b>	<b>18</b>
A. Les déterminants sociaux .....	18
a. Pauvreté et santé mentale : une relation bidirectionnelle .....	18
b. Genre et Éducation : l'impact de la socialisation de genre.....	19
c. Une stigmatisation sociale et culturelle persistante .....	20
d. Le cercle familial.....	21
B. Les migrations post-conflit.....	21
a. Étiologie des troubles.....	21
b. L'état de stress post-traumatique, un concept occidental non adapté aux terrains de conflit .....	22
c. Symptomatologie, des prévalences transversales .....	24
<b>4. LES ACTEURS ET LES METHODES DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>24</b>
A. Pyramide et approche communautaire .....	24
a. La pyramide de l'OMS.....	24
b. La santé mentale communautaire .....	24

B. Acteurs institutionnels .....	26
a. Acteurs gouvernementaux et soin en hôpital .....	26
b. Acteurs onusiens .....	27
C. Acteurs humanitaires.....	28
a. Soutien psychosocial .....	28
b. Approches psychothérapeutiques.....	28

## **II. LA SANTE MENTALE AU MALI ..... 30**

### **1. PERSPECTIVE HISTORIQUE : UNE LENTE EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE ..... 30**

### **2. PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DETERMINANTS..... 31**

A. Population générale.....	31
a. Des données de prévalence limitées et principalement centrées sur Bamako (CHU Point G).....	31
b. Entre consommation de substances psychoactives, précarités et chocs émotionnels .....	33
c. La plus forte prévalence de Mutilations Génitales Féminines en Afrique de l'ouest .....	34
B. Populations spécifiques .....	35
a. Un état de stress post-traumatique généralisé au sein des populations déplacées internes.....	35
b. Un flux continu de violences fondées sur le genre .....	36
c. Des troubles contrastés entre hommes et femmes détenus.....	36
d. Addictions et dépressions pour les populations LGBTQIA+ .....	37

### **3. POLITIQUE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE..... 37**

### **4. ACTEURS : VISION ET METHODES DE PRISE EN CHARGE ..... 38**

A. Acteurs publics locaux .....	38
a. Une répartition insuffisante des structures et des moyens en santé mentale .....	38
b. Un accès limité aux psychotropes et à des thérapies adaptées .....	41
c. Entre marginalisation et discrimination des services de santé mentale et des usagers .....	41
B. Acteurs institutionnels internationaux .....	41
C. Acteurs humanitaires.....	42
a. Acteurs nationaux .....	43
b. Acteurs internationaux.....	46
D. Projets soutenus par l'AFD .....	49

### **5. ENQUETES TERRAIN ..... 50**

A. Cadrage et travaux réalisés .....	50
--------------------------------------	----

a. Les entretiens semi-directifs .....	50
b. Les focus-groups.....	51
B. Population générale .....	51
a. Des troubles mentaux divers .....	51
b. Une combinaison des soins psychiatriques traditionnels et modernes	52
c. Des besoins de partage et de soutien communautaire .....	53
C. Populations spécifiques.....	55
a. Une grande variété de symptômes, sous-jacents d'un large spectre de problèmes de santé mentale .....	55
b. Un soutien variable selon les catégories de personnes .....	55
c. Une place des valeurs et des croyances culturelles et religieuses différente selon les conditions de vie .....	56
<b>6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>57</b>
<b>III. LA SANTE MENTALE EN MAURITANIE .....</b>	<b>59</b>
<b>1. PERSPECTIVE HISTORIQUE : DES CONSULTATIONS « SOUS LA TENTE » A L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE HOSPITALIERE .....</b>	<b>59</b>
<b>2. PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DETERMINANTS.....</b>	<b>61</b>
A. Population générale.....	61
a. Une absence de données actualisées de prévalence de troubles mentaux.....	61
b. L'influence significative des violences sexuelles féminines malgré leur tendance à la baisse .....	62
B. Populations spécifiques : des premières données sur les réfugiés grâce au futur projet Terre des Hommes – Lausanne financé par l'AFD .....	63
<b>3. POLITIQUE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE.....</b>	<b>65</b>
<b>4. ACTEURS : VISION ET METHODES DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>67</b>
A. Acteurs publics locaux .....	67
B. Acteurs institutionnels internationaux .....	71
C. Acteurs humanitaires.....	72
a. Acteurs nationaux .....	74
b. Acteurs internationaux.....	75
D. Projets soutenu et envisagé par l'AFD .....	79
<b>5. ENQUETES TERRAIN .....</b>	<b>81</b>
A. Population générale .....	82
a. Problèmes de santé mentale rencontrés : entre acceptation, négociation et refus .....	82
b. Cause des troubles : entre trajectoires de vie marquantes et interprétations traditionnelles .....	83
c. Des itinéraires de soins intégrés dans un pluralisme thérapeutique.....	85

d. Traitement médicamenteux et insertion socioprofessionnelle problématiques .....	87
e. Contenance familiale : isolement, auto-exclusion .....	89
B. Etude conduite par TDH-L dans le cadre de la préparation du projet Al-Afiya .....	90
<b>6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>91</b>
<b>IV. LA SANTE MENTALE AU TCHAD .....</b>	<b>94</b>
<b>1. PERSPECTIVE HISTORIQUE : DE L'HISTOIRE RECENTE DE   L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE .....</b>	<b>94</b>
<b>2. PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DETERMINANTS.....</b>	<b>94</b>
A. Population générale.....	94
B. Populations réfugiées et déplacées internes.....	95
<b>3. POLITIQUE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE.....</b>	<b>99</b>
<b>4. ACTEURS : VISION ET METHODES DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>100</b>
A. Acteurs publics locaux .....	100
B. Acteurs institutionnels internationaux .....	102
C. Acteurs humanitaires.....	105
D. Projets soutenus par l'AFD .....	108
<b>5. ENQUETES TERRAIN .....</b>	<b>112</b>
A. Cadrage et travaux réalisés .....	112
B. Population générale .....	113
a. Des problèmes de santé mentale et des causes variés .....	113
b. Un coût élevé des soins de santé mentale .....	113
c. Des thérapies adaptées et pourvoyeuses de guérison .....	114
d. Une préférence pour les thérapies de groupe et l'appui psychologique pas souvent accessibles .....	115
e. Un cercle social resserré par l'impact de la stigmatisation et du culturel.....	115
C. Populations spécifiques.....	115
C1. Groupes à N'Djaména .....	116
a. Des causes multiples à l'origine des problèmes de santé mentale..	116
b. Des facteurs déclencheurs quasi quotidiens .....	117
c. Des prises en charge dépendantes à la fois de l'histoire des personnes et de l'offre de soins .....	117
C2. Réfugiés .....	118
<b>6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>118</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>121</b>

<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>130</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>136</b>

# SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ACF :</b>	Action Contre la Faim
<b>AFCF :</b>	Association des Femmes Chef des Famille
<b>AFD :</b>	Agence Française de Développement
<b>AFE :</b>	Association Femmes d'Espoir
<b>AFID :</b>	Association Féminine d'Initiative pour le Développement
<b>AGR :</b>	Activités Génératrices de Revenus
<b>AKS :</b>	Association KénéDougou Solidarité
<b>ALCD :</b>	Association de lutte contre les dépendances
<b>AMIREADI :</b>	Association Mauritanienne pour l'Intégration et la Réhabilitation des Enfants et des Adolescents Déficients Intellectuels
<b>AMSME :</b>	Association Mauritanienne pour la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>AOF :</b>	Afrique occidentale française
<b>ARCAD :</b>	Association pour la Résilience des Communautés pour l'Accès au Développement et à la Santé
<b>CEDIRAA :</b>	Centre Diocésain de la Recherche Action en Alcoolologie
<b>CHU :</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CICR :</b>	Comité International de la Croix-Rouge
<b>COOPI :</b>	Cooperazione internazionale
<b>CRF :</b>	Croix-Rouge Française
<b>CS :</b>	Centre de Santé
<b>CSP :</b>	Centre de Santé Primaire
<b>CSREF :</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CSCOM :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>DSM :</b>	Diagnosis Statistical Manual
<b>EMDR :</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>ESPT :</b>	État de Stress Post-Traumatique
<b>FAO :</b>	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
<b>GTT :</b>	Groupe Technique de Travail
<b>HCR :</b>	Haut Commissariat aux Réfugiés
<b>HI :</b>	Humanité et Inclusion
<b>IASC :</b>	Inter-Agency Standing Committee
<b>IRC :</b>	International Rescue Committee
<b>IST :</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>LGBTQIA+ :</b>	Lesbiennes, Gays, Bisexuel.le.s, Transgenres, Queer, Intersexué.e.s, Asexuel.le.s
<b>MBCT :</b>	Mindfulness-Based Cognitive Therapy

<b>MDM :</b>	Médecins du Monde
<b>MDM Spain :</b>	Medicos del Mundo Spain
<b>MGF :</b>	Mutilations Génitales Féminines
<b>mhGAP :</b>	Mental Health Gap Action Programme
<b>MMS :</b>	Medicus Mundi Sur
<b>MNT :</b>	Maladies non transmissibles
<b>OIM :</b>	Organisation Internationale pour les Migrations
<b>ODD :</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OEV :</b>	Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>OMD :</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OSC :</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PDI :</b>	Populations Déplacées Internes
<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNSM :</b>	Programme National de Santé Mentale
<b>PRODESS :</b>	Programme de Développement socio-sanitaire
<b>RENAPOC :</b>	Réseau National des Associations de Populations Clé
<b>RN :</b>	Référence nationale
<b>SMSPS :</b>	Santé Mentale et Soutien Psychosocial
<b>SSCAPP :</b>	Stratégie de Santé Communautaire et d'Accès aux Soins Primaires
<b>TdH-I :</b>	Terre Des Hommes Italie
<b>TdH-L :</b>	Terre des Hommes-Lausanne
<b>USAID :</b>	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
<b>UNICEF :</b>	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
<b>USD :</b>	Dollar des États-Unis
<b>USPEC :</b>	Unités Spéciales des Prises en Charge
<b>VBG :</b>	Violences fondées (Basées) sur le Genre
<b>VIH :</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>WASH :</b>	Water Sanitation and Hygiene
<b>WHO :</b>	World Health Organization

# Résumé exécutif

La thématique de la santé mentale au Mali, en Mauritanie et au Tchad recèle plusieurs similitudes dans les défis de ces trois pays sahéliers concernant sa prise en compte dans leurs politiques publiques. Ces défis sont concentrés autour de : la définition et l'adoption d'un programme national de santé mentale, la stigmatisation et le tabou, l'accès limité aux soins de santé mentale, l'insuffisance de personnel qualifié, les nombreuses victimes de violences sexuelles, la progression des états d'anxiété et de dépression pour les populations vivant dans des zones de conflits ou touchées par l'insécurité, et les problématiques liées aux réfugiés et aux déplacés internes dont le vécu de guerre, la perte des repères et les conditions de vie précaires augmentent les risques de troubles mentaux, la préférence des populations pour les soins traditionnels, du fait d'un lien entre les troubles mentaux et des causes surnaturelles, qui s'accompagne, après un certain temps, d'une combinaison avec les soins modernes.

Si elle souhaite investir ce sujet, l'Agence Française de Développement trouvera un large éventail d'actions possibles, dont nécessairement certaines seront en phase avec sa stratégie dans le pays, au regard des besoins immenses présentés ci-dessus et du caractère multifactoriel des déterminants de la santé mentale, en lien avec toutes les dimensions de la vie des personnes.

Dans sa démarche, l'Agence Française de Développement veillera à ce que le sujet de la santé mentale fasse l'objet d'un véritable portage politique, lequel se traduira également par la désignation d'une autorité en charge du développement, car, sans leadership reconnu et adoubé, les actions soutenues resteront ponctuelles et les bénéficiaires risqueront fort de retrouver à court terme les causes de leur souffrance.

À ce titre, le facteur temps est essentiel dans la santé mentale et toute action en ce domaine qui prétendrait avoir un impact significatif sur les populations doit s'inscrire dans le temps long.

Enfin, l'impact des stratégies préconisant le transfert des soins vers la personne ne doit pas être sous-estimé, et la formation de haut-niveau doit s'accompagner de psychoéducation et de diffusion d'outils accessibles au plus grand nombre, permettant d'offrir aux personnes un service de proximité en phase avec la pyramide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la prise en charge de la santé mentale.

# Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur huit dans le monde présente un trouble mental, soit 12,5 % de la population<sup>1</sup>. Dans les zones ayant connu un conflit au cours des dix dernières années, la proportion est de une personne sur cinq. Les cas d'anxiété et de dépression ont progressé de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19. L'espérance de vie des hommes et des femmes atteints de troubles psychiques sévères est inférieure de dix à vingt ans que celle de la population générale. Le suicide est l'une des premières causes de décès chez les jeunes<sup>2</sup>. Les personnes atteintes de troubles mentaux ou psychosociaux sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, de violences physiques et sexuelles, dans des contextes variés, notamment en prison, à l'hôpital, dans les lieux de transit tels les camps de réfugiés et au sein même de leur foyer. Les troubles mentaux sont à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté, de l'échec scolaire, de l'inégalité entre les sexes, de la mauvaise santé, de la violence et d'autres problèmes mondiaux. Ils empêchent ceux qui en souffrent de travailler de manière productive, de réaliser leur potentiel et d'apporter leur contribution à leur groupe social.

De surcroît, les situations de violences et de conflits armés, que connaissent un grand nombre de pays en développement, ont des conséquences à long terme sur les populations qui y sont confrontées, entraînant notamment la constitution de pathologies post-traumatiques. Les troubles qui en résultent, outre leurs incidences sur le bien-être individuel des individus et leur psychisme, ont également des effets néfastes sur le développement d'un pays dans son ensemble, que ce soit au plan économique, humain et social.

Les termes de référence de l'Agence Française de Développement (AFD) pour cette étude demandent de répondre à des besoins de compréhension des enjeux généraux liés à la santé mentale dans les pays concernés par l'étude, sous la forme d'une approche cartographique et à partir d'analyses dans les rubriques suivantes : (i) Éléments liés à la définition de la santé mentale : au niveau des différentes définitions et acceptions du sujet, et du terrain, afin de saisir au mieux ce que recouvre cette notion et comment elle est perçue dans les contextes sahéliens, (ii) Bénéficiaires : au niveau de la population générale, par type d'affection, et de groupes spécifiques, vulnérables ou négligés, (iii) Structures intervenant dans le champ de la santé mentale : de manière transversale, par nature de structure, et dans le champ géographique donné, par nature d'intervention et par type de bénéficiaires, (iv) Méthodes de prise en charge des problématiques liées à la santé mentale : en matière de détection et de prise en charge des situations à l'origine de traumatismes et de post-trauma, et de prise en charge psycho-sociale au sein de certains projets financés par l'AFD, (v) Enjeux dans certaines situations : situation de conflits, situations de vulnérabilité climatique, et (vi)

---

<sup>1</sup> Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

<sup>2</sup> Source : « Rapport mondial sur la santé mentale », OMS, 2022.

Ressources humaines en santé mentale : typologie des métiers concernés par les différents champs de la santé mentale et situation des ressources humaines dans les pays concernés.

Une méthodologie séquencée en 3 composantes a été appliquée de manière uniforme pour chaque pays :

. Composante 1 : Définition des notions. Cette partie, conduite sur base de revue de littérature et d'entretiens avec des responsables de la santé mentale du secteur public et associatif, avait pour but (i) d'aborder les différents aspects permettant de saisir au mieux la thématique de la santé mentale et de ses sous-jacents dans le pays, à savoir ce que recouvre cette notion et comment elle est perçue dans les contextes des pays considérés, et (ii) de s'intéresser aux déterminants de la santé mentale, pour dépasser les seuls aspects de définition et de classification, en introduisant une vision plus dynamique en lien avec les problématiques de développement et de lutte contre la pauvreté, qui peuvent conduire les personnes à subir une mauvaise santé mentale.

. Composante 2 : Cartographie des intervenants. L'objectif de cette partie, conduite sur base de revue de littérature et d'entretiens avec des responsables de la santé mentale du secteur public et associatif à partir de grilles de travail *ad hoc*, était d'appréhender au mieux l'écosystème de la santé mentale dans les pays considérés, à savoir : bénéficiaires (population générale et groupes spécifiques, vulnérables ou négligés), structures intervenant dans le champ de la santé mentale (acteurs publics locaux, acteurs institutionnels internationaux, acteurs humanitaires locaux et internationaux, associations, think tanks..), méthodes de prise en charge des problématiques liées à la santé mentale, et si possible ressources humaines en santé mentale.

. Composante 3 : enquêtes de terrain. Cette partie, conduite sur base d'entretiens auprès de certains intervenants et de réalisation de focus groups à partir de grilles d'entretiens *ad hoc*, avait pour but d'obtenir des données provenant directement du terrain, à partir de focus groups réalisés sur des typologies de groupes de personnes identifiées à partir des travaux conduits dans la composante 2 et complétés par des orientations issues des entretiens complémentaires de la composante 3.

L'étude s'est déroulée du 26 septembre au 13 décembre 2024, mobilisant 12 experts locaux répartis équitablement entre les trois pays, soit 4 dans chaque pays. Le déroulement de l'étude a été confronté à plusieurs défis logistiques et contextuels. Le démarrage tardif de l'étude, initialement prévue pour se dérouler sur une période de 6 mois, a imposé un calendrier resserré sur 2,7 mois. Cela a également influencé le processus de recrutement des experts locaux, mené dans un délai court, ce qui n'a pas permis de sélectionner systématiquement des spécialistes aguerris en santé mentale et répondant pleinement aux spécificités méthodologiques de l'étude. Le contexte diplomatique entre la France et le Mali a entravé en partie les activités des experts sur le terrain. La période de réalisation de l'étude, en fin d'année, n'a pas permis de bénéficier d'une mobilisation de certains acteurs locaux qui, ne voyant pas d'intérêt immédiat ou à terme à consacrer du temps aux experts, n'ont pas donné de suite positive aux sollicitations de rendez-vous, entraînant une disparité entre les pays au niveau de la densité et de la qualité des informations remontées, pouvant donner au lecteur le sentiment d'une sélection discrétionnaire dans la présentation des acteurs. Par ailleurs, le

démarrage tardif de l'étude ne permettant plus d'enchaîner les composantes de manière séquentielle, il a été nécessaire de dédoubler le nombre d'experts pour conduire la composante 3 dans un temps recouvrant en partie celui de la composante 2, et d'autre part les longs délais de réalisation des composantes 1 et 2 n'ont pas permis d'alimenter comme escompté la définition des focus groups. Enfin, la réalisation des focus groups aurait nécessité une anticipation de plusieurs semaines pour permettre l'identification des personnes à interroger, la levée des contraintes sécuritaires de déplacement et la nécessaire conviction à emporter des interlocuteurs dès lors qu'il s'agit de santé mentale dans les pays de déroulement de ces travaux.

L'étude donne un aperçu global de la santé mentale au Mali, en Mauritanie et au Tchad, en tentant d'en donner une image réaliste de considérations et de positionnements fortement ancrés dans la relation à la folie, terme profane utilisé localement de manière récurrente pour désigner les différentes formes de maladie mentale, sans considération pour les affections mentales ne relevant pas de ce cadre. Une large revue de littérature, complétée d'entretiens de terrain, permet de comprendre comment la santé mentale est envisagée pour chaque pays, tant par les populations et les acteurs locaux que par sa (non-)place dans les politiques publiques. Sans prétendre à l'exhaustivité, un panorama des acteurs et des méthodes, assorti de cartographies, est proposé pour chaque pays afin de pouvoir apprécier, de la manière la plus fidèle qui soit, la réalité des actions concrètes réalisées sur place.

Après avoir présenté un historique de la psychiatrie en Afrique occidentale française et les principaux définitions et concepts utiles aux développements subséquents, il est proposé une déclinaison identique pour chaque pays présentant successivement la perspective historique de la santé mentale, la prévalence des troubles mentaux et ses déterminants pour la population générale et certaines populations spécifiques, les politiques publiques en santé mentale, les acteurs publics locaux, institutionnels internationaux et humanitaires, une revue succincte des projets AFD et, lorsque cela a été possible, les résultats des focus groups, avant de proposer des pistes de travail pour l'AFD aux niveaux institutionnel et opérationnel.

# I. La santé mentale et le psychotraumatisme en Afrique

## 1 - HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

La mise en agenda de la santé mentale des «indigènes»<sup>3</sup> a connu un retard en Afrique occidentale française (AOF). En effet, la préoccupation coloniale s'est principalement centrée sur le moral des troupes (Dorès, 1976) et surtout sur la lutte contre les maladies endémiques tropicales (Becker & Collignon, 1999) entravant la réalisation du projet colonial. La question de la santé mentale des indigènes est certes apparue très tôt dans les rapports des médecins coloniaux (Collignon, 2002). Cependant, elle a été largement insérée dans les considérations idéologiques de l'École psychiatrique d'Alger d'Antoine Porot rattachant la "folie indigène" au primitivisme (Porot, 1918). Ces thèses ont participé à sa négation et à une assistance psychiatrique défailante dans ces colonies.

Une logique répressive d'enfermement a suppléé le défaut d'assistance psychiatrique en AOF (Collignon, 2006; Tiquet, 2022). Le rapport des personnes présentant des difficultés mentales sévères en contact avec l'administration coloniale ou perturbant l'ordre public se fondait sur l'enfermement dans les annexes des hôpitaux généraux, les lazarets et les camps militaires. Un dispositif de transfert de ces personnes vers la métropole institué en 1897 s'est estompé en 1918 pour revenir à l'enfermement dans les colonies. Cet ordre répressif reposait sur l'ordonnance de Louis-Philippe du 7 septembre 1840<sup>4</sup> et non sur la loi 1838 réglementant à l'époque la gestion des aliénés en métropole par la création de centres d'admission pour des soins psychiatriques, l'arrêté du 28 juin 1938 enjoignant la création en AOF d'asiles dans les colonies et d'un hôpital psychiatrique fédéral au Sénégal n'ayant jamais abouti. Cette logique a prévalu jusqu'à la veille des indépendances avec la création de services de psychiatrie dans certains de ces pays.

Le premier service psychiatrique de l'AOF créé en 1956 à l'hôpital de Fann au Sénégal a été le cadre de développement dans le temps d'une psychiatrie transculturelle (Bullard, 2021; Kilroy-Marac, 2019) par le médecin militaire français Henri Collomb à partir de 1958. Il s'est appuyé sur une équipe pluridisciplinaire (sociologues, anthropologues, psychiatres, psychologues, entre autres) et une attention particulière aux guérisseurs. Cette équipe s'est évertuée à la compréhension des références locales des malades pour adapter le modèle hospitalier occidental au contexte africain. Des dispositifs communautaires voués à

---

<sup>3</sup> "Le système colonial français reposait sur la distinction fondamentale entre sujets indigènes et citoyens français. Le code de l'indigénat -encore appelé régime de l'indigénat ou indigénat- s'appuyait sur cette différenciation. Il fut introduit au Sénégal par le décret du 30 septembre 1887 puis étendu à toute l'AOF" (Manière & Goerg, 2007). "Il s'agit d'un dispositif répressif, élaboré en 1865 dans les colonies françaises à l'encontre des seuls indigènes" (Blaise Bekale Nguema, 2009).

<sup>4</sup> L'ordonnance de Louis-Philippe du 7 septembre 1840 qui "créait les structures administratives de la colonie conférait au gouverneur des prérogatives de haute police qu'il pouvait évoquer pour prendre les mesures d'internement qu'il jugeait nécessaires en raison du danger que représente le comportement d'un fou ou de tout autre contrevenant à l'ordre public" (Collignon, 2006).

l'humanisation du cadre et des soins ont été mis en place pour éviter le dépaysement du malade hospitalisé et sa désolidarisation de sa famille (Collignon, 2001). Ce courant a essaimé par la suite dans des pays de l'Afrique de l'Ouest (Tiquet & Hien, 2023). Cette dissémination se fera par la formation de psychiatres qui seront pionniers en psychiatrie post-coloniale dans leurs pays, comme en Mauritanie, ou par la collaboration avec des médecins/psychiatres coopérants français qui se sont inspirés de ce courant comme au Mali.

Toutefois, ces initiatives vont se déployer généralement en parallèle des stratégies nationales de santé. Ces dernières seront orientées vers la lutte contre les maladies infectieuses et d'autres problèmes de santé majeurs (Gureje & Alem, 2000), et appuyées en cela par la réceptivité affichée des organismes internationaux de financement aux programmes verticaux (Vidal et al., 2005) dans ces pays. Cette orientation de politique sanitaire héritée de la colonisation éclaire le cheminement et le présent de la situation de la santé mentale négligée par les politiques publiques (Kastler, 2011). Par extension, le modèle de non soin, voire de maltraitance, pourrait éclairer également, sous réserve de recherches à réaliser, le présent des personnes vivant avec des troubles mentaux dans les familles et la communauté.

## 2 - DEFINITIONS

### A. Santé mentale, l'humain un être bio-psycho-social

Selon l'OMS : « La santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté », ajoutant que « la santé mentale ne se définit pas seulement en une absence de maladie ou de trouble mental » (OMS, 2022). Cette définition présente un double intérêt :

- elle évacue le lien souvent fait de l'absence de maladie mentale comme définition d'une bonne santé mentale et montre que le sujet de la santé mentale va bien au-delà de cela ;
- elle mentionne le potentiel, les difficultés de la vie, le travail et la communauté, nous rappelant que l'humain est avant tout un être bio - psycho - social. Sa santé mentale dépendra donc de la conjugaison de son capital biologique, des conséquences psychologiques des différents événements de vie de son histoire personnelle et de son vécu social, le tout traversé par les aspects culturels.

Ainsi, alors que la santé mentale était antérieurement exclusivement définie par l'absence de maladie mentale ou de troubles mentaux, une étude longitudinale MIDUS<sup>5</sup>, réalisée de 1995 à 2005 aux États-Unis, va révéler que 75 % des participants sont exempts de troubles mentaux et, pourtant, seulement 20 % ont une santé mentale florissante (Keyes, C. L., 2005). Il en ressort 3 constats :

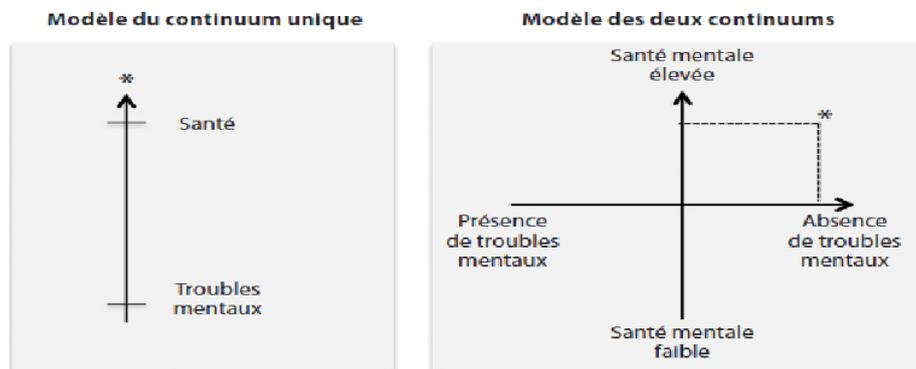
- 1) l'absence de troubles mentaux n'implique pas la présence de bonne santé mentale ;
- 2) la présence de troubles mentaux ne signifie pas nécessairement l'absence de bonne santé mentale ;

---

<sup>5</sup> MiDlife In the United States.

3) tout état inférieur à une santé mentale optimale est associé à un niveau de fonctionnement réduit, que la personne souffre ou non de troubles mentaux.

Ainsi, une bonne santé mentale est-elle définie à la fois par l'absence de trouble mental et par la présence d'un niveau élevé ou optimal de santé mentale, comme reflété sur le schéma des 2 continuum ci-après.



\* = Santé mentale complète

## B. Psychosocial, la relation entre le Je et le Nous

La définition ci-avant de la santé mentale permet d'inférer le postulat selon lequel si se nourrir, s'abriter, se vêtir et avoir accès aux soins comptent parmi les besoins vitaux de chaque individu, bâtir un équilibre psychologique et émotionnel, et construire des relations sociales, sont tout aussi indispensables et nécessaires au développement de chacun, notamment après la survenue d'événements potentiellement traumatiques.

À partir de là, si l'on définit le Social par les traditions, les valeurs, les normes, la famille, la communauté et le Psychologique par les sentiments, les émotions, les pensées, les croyances, les observations et les comportements, le Psychosocial va alors venir travailler sur le lien étroit entre les relations sociales et les facteurs individuels, entre Comment la situation affecte les relations entre des personnes et Comment la situation affecte les émotions, les pensées, le comportement, la capacité d'apprendre et de réagir des individus.

Dans les situations de crise, le Psychosocial se fondera sur une approche systémique et contextualisée de l'individu visant à travailler la relation entre le Je et le Nous, et aura alors pour but de permettre aux personnes de reformaliser leur manière de vivre, et donc de construire leur propre stratégie de survie dans leur environnement familial et social, en ayant dépassé leurs traumatismes.

## **C. Approche transculturelle, l'universalisme du psychisme**

L'approche transculturelle, ou ethnopsychanalyse, propose un lien entre psyché et culture, à travers psychanalyse et ethnologie. Dans cette optique, le recours aux relais culturels est indispensable et le thérapeute devient « une sorte de médiateur entre des mondes en conflit : lieux de culte désertés et famille du malade, divinités oubliées et univers professionnel... » (Nathan, 1996). L'approche transculturelle repose principalement sur deux fondements : l'un chez le patient, l'autre chez le thérapeute. Concernant le patient, la prise en charge transculturelle suppose que la culture, lieu des représentations individuelles et collectives, sert d'échafaudage à un psychisme universel et à la construction de l'identité individuelle. Dès lors, la culture conditionne le vécu de la maladie et la stratégie de recherche de soins. Ainsi, les troubles répondant fréquemment à un codage culturel, « le décodage se fait à un niveau ontologique, à savoir l'être tel qu'il est construit à partir des représentations culturelles, qui détermine les théories étiologiques du patient, donc le sens et ses logiques thérapeutiques » (Moro, 1994).

Pour le traitement des traumatismes psychologiques, l'approche transculturelle va s'intéresser aux transformations qui s'opèrent au sein de la personnalité du sujet et au codage culturel des manifestations psychopathologiques, car « selon la culture, la frayeur est décrite de manière différente, mais rend compte à chaque fois de la brèche, de la rupture entre l'intérieur et l'extérieur de la sidération qui l'accompagne » (Baubet, Rezzoug, Sturm, 2005). Cette reconnaissance, aux deux sens du terme (identifier et faire reconnaître), du rôle que joue la culture quant à l'expérience de la maladie et à son extériorisation est au cœur de l'approche transculturelle.

## **D. Approche ethnopsychiatrique, la culture cadre psychique intérieur**

En abandonnant psyché et culture pour s'intéresser aux dispositifs et à la manière dont les malades sont construits, l'ethnopsychiatrie considère que : « les groupes fabriquent des dispositifs thérapeutiques ; et ce sont les dispositifs thérapeutiques qui fabriquent, non pas les êtres humains, mais les patients, c'est-à-dire ce que l'on appelle des 'cas' » (Nathan, 2007).

Ainsi, la notion de traumatisme renvoie au concept de « frayeur » ou d'« effroi » existant dans toutes les cultures, avec des variations relatives aux manifestations de cette frayeur suivant les populations, aux logiques thérapeutiques existantes et aux acteurs prodiguant les soins. Le véritable traumatisme n'est, dans cette vision, pas « l'accident » mais la perte du cadre culturel intérieur, le traumatisme intervenant lors de modifications de l'identité et de la filiation (Nathan, 1995).

## 3 - LES DETERMINANTS DE LA SANTE MENTALE

### A. Les déterminants sociaux

Les déterminants sociaux renvoient aux conditions sociales et économiques qui agissent sur la survenue, l'exposition et l'aggravation des difficultés de santé mentale au cours de la vie (Lund et al., 2018). À une échelle mondiale, ils englobent des problématiques transversales, tout en manifestant des spécificités liées aux réalités locales. En Afrique subsaharienne, une analyse de ces déterminants peut se focaliser sur des thématiques centrales telles que la pauvreté (a), le genre et l'éducation (b), et la stigmatisation sociale et culturelle et le cercle familial (c).

#### a. Pauvreté et santé mentale : une relation bidirectionnelle

L'Afrique connaît le plus fort taux d'extrême pauvreté (AFD, 2021). Cette réalité apparaît suivant l'estimation du nombre d'individus vivant avec moins de 1,90 dollar (USD) par jour. Le continent abrite "60 % des individus extrêmement pauvres de la planète". Ce pourcentage est susceptible d'atteindre 90% en 2030 (Beegle & Christiaensen, 2019). C'est en Afrique centrale et de l'Ouest que sont enregistrés les scores d'extrême pauvreté les plus élevés et particulièrement les zones rurales et les pays en conflits.

La pauvreté et la santé mentale entretiennent une relation bidirectionnelle à l'échelle mondiale et principalement dans les pays à faible revenu y compris en Afrique subsaharienne (Lund, 2010; Patel & Kleinman, 2003; Whiteford et al., 2013). Il ressort que - à travers ses implications, entre autres, comme l'insécurité alimentaire, le chômage, le faible niveau de l'éducation, le logement inadéquat, la violence conjugale, l'abus de substances psychoactives et les bouleversements urbains - cette association s'opère par les canaux du stress et de la privation matérielle (Duthé et al., 2013; Gureje et al., 2007; Lund et al., 2018). Il s'agit d'autant de circonstances accumulées en lien avec l'insatisfaction de besoins fondamentaux et des désavantages qui installent des inquiétudes et des tensions psychologiques préjudiciables, conduisant à la prévalence et à l'exposition des troubles les plus en vue comme la dépression, l'anxiété, les troubles psychotiques et les troubles somatiques.

À cela s'ajoute en Afrique subsaharienne, la probabilité réduite de connaître des soins adaptés. Ainsi, seule 1 personne sur 10 atteinte de troubles mentaux reçoit des soins dans cette région (Patel et al., 2010) avec de graves conséquences sociales et médicales. Selon l'OMS, à travers le Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), "Comblant les lacunes en santé mentale", l'écart entre la prévalence des maladies mentales et les traitements adéquats serait donc de 90%. Pour la plupart des pays, moins de 1% de leurs dépenses de santé (elles-mêmes modiques) sont destinées à la santé mentale, contre 6 à 12% en Europe et en Amérique du Nord (Gberie, 2017). Ces fonds sont majoritairement absorbés par les structures psychiatriques des grandes villes et de type asilaire au détriment des stratégies communautaires jugées efficaces.

Nombre de ces pays connaissent des instabilités politiques et des conflits armés de natures diverses (Beegle & Christiaensen, 2019; Betancourt et al., 2014). Une déstructuration des supports sociaux et économiques inhérente à cette situation de fragilité dans ces États accentue la relation entre pauvreté et vulnérabilités psychiques pour les populations (IASC, 2024). Il s'y observe des phénomènes de déplacements et de migrations forcées ainsi que des traumatismes liés aux violences comme le viol, la torture, les incarcérations abusives et des blessures diverses. À cet effet, des scores de détresse psychologique (anxiété, dépression et stress post-traumatiques) prévalent par la perte de biens matériels et de moyens de survie, la circulation et la consommation de substances psychoactives, l'exclusion sociale et l'effritement des liens de solidarité.

## b. Genre et Éducation : l'impact de la socialisation de genre

Entendu comme l'ensemble des activités, des rôles, des identités et des comportements qu'une société assigne à ses membres (Tannenbaum et al., 2016), le genre est un déterminant social décisif de la santé mentale (Roy & Akbari, 2020). Ces assignations instituent des normes et des cadres de références variables selon les contextes sociaux, qui agissent sur le rapport à la santé mentale des hommes et des femmes en termes de prévalence, de nature et d'expression.

Selon l'OMS, les troubles mentaux tels que la dépression (y compris les symptômes d'anxiété) touchent plus les femmes que les hommes : 5,1% pour les femmes contre 3% pour les hommes (OMS, 2018). Dans le contexte subsaharien, des études livrent une perspective de genre mettant en lumière les disparités dans l'exposition aux violences, notamment conjugales et entre partenaires intimes, qui affectent de manière disproportionnée les femmes. Ces études révèlent une interaction entre les normes et rapports de pouvoir genrés et les dynamiques institutionnelles, contribuant à une plus grande vulnérabilité des femmes face à ces formes de violence.

Une étude réalisée à Durban en Afrique du Sud sur des jeunes âgés de 18 à 30 ans montre que les identités de genre associées à la pauvreté modèlent la violence physique et/ou sexuelle sur les femmes entre partenaires intimes (Gibbs et al., 2018). L'insécurité alimentaire et les événements traumatiques de l'enfance génèrent chez les hommes l'usage abusif de substances et une perte de valeur en santé mentale entraînant ces comportements.

En RDC, une autre étude auprès de femmes dans les ménages met en lumière les attitudes inéquitables en matière de genre. Il y apparaît que les opinions sur les rôles entre les hommes et les femmes ont une forte influence sur la perpétration ou la victimisation des violences conjugales et par conséquent des problèmes de santé mentale (Corley et al., 2021). À Nairobi, au Kenya, une étude menée auprès d'adolescents scolarisés (3 263 filles et 822 hommes) dans plusieurs zones d'habitat informels met en avant une prévalence accrue de problèmes de santé mentale relative à la violence fondée sur le genre. Ainsi, les étudiantes ayant subi un viol ont présenté une incidence incontestablement plus élevée de troubles dépressifs, anxieux et de stress post-traumatiques (Friedberg et al., 2023).

En outre, une approche fondée sur le genre sur l'expression fluctuante de troubles dépressifs et anxieux entre hommes et femmes à Dakar, Sénégal, en hôpital psychiatrique et dans les concessions des patients, situe ces variations dans la socialisation (Diagne, 2015). Chez les

hommes, ces troubles sont assimilés à la faiblesse parce que opposés aux principes rigides de masculinité et de virilité dans les rôles protecteurs de chef de famille, de la fratrie. Une telle perception est sous-tendue par des valeurs inscrites dans leur socialisation soumise au contrôle du groupe et de la famille. Ainsi, de telles valeurs sont contraires à l'extériorisation de symptômes de dépression et d'anxiété tout comme leur reconnaissance. S'agissant des femmes, il existe une tolérance acquise dans leur socialisation marquée par des principes moins contraignants par rapport aux hommes qui prédisposent à l'expression des symptômes dépressifs. En ce sens, leur extériorisation de la dépression est acceptable en ce que la société n'imprime pas des codes répréhensibles. Ainsi, le lien entre genre et santé mentale livre des éclaircissements qui vont au-delà d'un rattachement essentialiste de ces troubles dépressifs et anxieux à la femme.

### c. Une stigmatisation sociale et culturelle persistante

Les attitudes stigmatisantes liées aux étiologies traditionnelles (Pigeon-Gagné et al., 2023) et aux préjugés sociaux (Girma et al., 2013) des troubles mentaux sont des facteurs qui influencent la situation des personnes qui en souffrent. Par la discrimination, le sentiment de honte induisant tabou et silence, engendrée par la stigmatisation, les malades et leurs proches se confrontent ou manifestent une souffrance qui amplifie celle vécue. Ce qui tend à dégrader leurs situations.

Les personnes souffrant de maladies mentales sont perçues comme dangereuses par leur imprévisibilité et par l'étrangeté de leurs conduites (Sow et al., 2018). Leurs troubles sont souvent réduits à la folie, donc à un pronostic de guérison défavorable, et parfois à leur responsabilité. Ces interprétations négatives mobilisées favorisent leur exclusion familiale et sociale et peuvent freiner l'effort de mobilisation des soins. Alors que le *care* familial et l'appui sur des solidarités informelles extra-familiales, face à l'absence de dispositifs tels que les services sociaux de base et la couverture mutuelle de santé, sont essentiels à la satisfaction de leurs besoins quotidiens et de leur rétablissement (Diagne & Lovell, 2020).

Par ailleurs, les interprétations traditionnelles des troubles mentaux sont à l'opposé de celles biomédicales par leurs fondements sur des croyances religieuses et traditionnelles - comme précisé plus haut. Ces dernières sont souvent insuffisamment prises en compte dans les structures de santé modernes et par les prestataires de soins. Ce qui engendre la stigmatisation et le rejet de ces lieux de soins et des prestataires par les patients et surtout leurs proches. Inversement, les malades sont aussi parfois stigmatisés dans ces cadres de soins du fait de leur attachement à ces représentations, qui conduit au recours à des thérapies traditionnelles.

#### d. Le cercle familial

La dynamique familiale est un déterminant important de la santé mentale des individus tout au long de leur trajectoire de vie (Pereira et al., 2021). Les influences familiales débutent dès la phase prénatale, où l'exposition du fœtus à des facteurs de risque peut entraîner des conséquences sur le bien-être psychologique à l'âge adulte. En particulier, le syndrome d'alcoolisation fœtale, découlant de la consommation d'alcool pendant la grossesse, est associé à des déficits cognitifs sévères et un retard développemental marqué. Aussi, des états maternels de stress et de troubles de l'humeur durant la grossesse modulent les réponses biologiques au stress de l'enfant susceptibles d'influencer sa capacité de résilience psychologique future. Au cours de la petite enfance, la qualité des interactions avec les figures parentales joue également un rôle fondamental. Le style d'attachement, façonné dans ces premières relations, est largement lié à la santé mentale adulte, déterminant des capacités émotionnelles et sociales pour le développement psychologique.

Ainsi, les contextes relationnels et environnementaux familiaux apparaissent comme des cadres de socialisation et des influenceurs non-négligeables des trajectoires de santé mentale.

### B. Les migrations post-conflit

Les personnes réfugiées vivent le plus souvent un triple traumatisme, qui se décline à travers : le vécu prémigratoire dans le pays d'origine, les effets de la migration, et souvent le déni de leur vécu, dans le pays d'accueil (a). Les conséquences psychologiques de ces migrations sont renforcées lorsqu'elles sont liées à un conflit armé (b), source de symptômes pathognomoniques (c).

#### a. Étiologie des troubles

**Le vécu prémigratoire** relève souvent d'une clinique de la violence, au cours de laquelle le demandeur d'asile a été exposé à des souffrances dramatiques et extrêmes. Le caractère interhumain et intentionnel des actes qui en sont à l'origine, et leur dimension collective, témoignent d'une situation de violence organisée exercée par un groupe sur un autre groupe. Les traumatismes sont ainsi souvent répétés et, de surcroît, accompagnés de deuils multiples. Le tableau clinique associe alors : (i) une altération dans la régulation de l'état affectif, (ii) une altération de l'attention et de l'état de conscience, (iii) des somatisations, (iv) des modifications chroniques du caractère, et (v) une altération des systèmes de sens, à savoir perte de croyances qui jusque-là soutenaient la personne. Ainsi, cette violence extrême et organisée provoque des effets qui vont au-delà de l'effroi. Selon Rousseau : « c'est ce qui fonde l'humanité même du sujet qui est touché : les liens sont rompus, la loi attaquée, l'ordre symbolique bouleversé et les tabous fondamentaux brisés » (Rousseau, 2003).

Pendant **la migration**, les personnes sont souvent exposées à des conditions violentes, tant dans l'absence de couverture des besoins de base que de situations les confrontant régulièrement à la mort. Par ailleurs, « la migration possède en elle-même des potentialités traumatiques du fait de la rupture du cadre culturel externe qu'elle implique. Plusieurs deuils sont alors à élaborer : des personnes (familles et amis) naturellement, mais également de son

métier, le cas échéant du statut social, et du pays c'est-à-dire de la terre des ancêtres vivants et morts » (Nathan, 1986).

Une fois **dans le pays-hôte**, les réfugiés doivent raconter en détail aux autorités chargées de l'étude de leurs dossiers, des événements traumatiques qu'ils n'ont parfois jamais pu évoquer. Or, lorsque des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques les empêchent de donner des détails précis, ces manifestations peuvent être interprétées par ces autorités comme des mensonges. Ce processus a également un impact sur l'expression des symptômes et les possibilités d'élaboration, donc des inférences significatives avec les prises en charge cliniques. Cela s'accompagne de mauvaises conditions de vie ou de travail, des situations de non-emploi, une perte des repères, des tensions entre les réfugiés et les populations-hôtes....

## b. L'état de stress post-traumatique, un concept occidental non adapté aux terrains de conflit.

Les recherches sur l'étiologie psychologique des conséquences des traumatismes débutent en 1888, avec les travaux du psychiatre allemand Oppenheim sur la description des conséquences sur le système nerveux des accidents de chemin de fer. Alors que les étiologies sont jusque-là focalisées sur les lésions cérébrales, Oppenheim marque une rupture en proposant le terme de névrose traumatique, et, en définissant celle-ci comme « une entité autonome, liée à un effroi qui provoque un ébranlement psychique tellement intense, qu'il en résulte une altération psychique durable ». En 1899, Kraepelin fait de la névrose traumatique une entité autonome avec syndrome de répétition et comorbidité.

Les travaux de Crocq permettent de saisir l'impact de la première guerre mondiale : l'état de « psychonévrose de guerre » s'est imposé (Crocq, 2005) et les traitements évoluèrent quand on prit conscience que les soldats éloignés du lieu du traumatisme récupéraient moins bien que ceux qui y avaient été maintenus. Fut alors définie une « psychiatrie de l'avant » formalisée par les principes de Salmon<sup>6</sup>.

Fondé sur les travaux en 1910 du psychiatre anglais Glynn, selon lequel le traumatisme est source d'un stress lui-même à l'origine des symptômes névrotiques, le Manuel de l'Association des Psychiatres Américains, le *Diagnosis Statistical Manual (DSM)*, fait mention d'un État de Stress Post-Traumatique (ESPT) qui intervient au moins un mois et/ou perdure pendant plus de quatre semaines après l'événement traumatique. Ce symptôme se caractérise par la symptomatologie suivante : (i) répétition/réviviscence, (ii) évitement, (iii) altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et (iv) altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique.

Cette entité clinique a été introduite en 1980 dans la troisième édition du DSM, pour caractériser les troubles dont souffraient les anciens combattants de la guerre du Vietnam. L'ESPT, alors défini comme une expérience hors de portée de l'expérience humaine habituelle pouvant provoquer des niveaux importants de détresse, représentait aussi bien une réponse sociopolitique que médicale aux problèmes particuliers rencontrés par le groupe des vétérans de la guerre du Vietnam. Pour certains auteurs, l'ESPT leur a offert un moyen de se placer en

---

<sup>6</sup> Immédiateté, proximité (du front), persuasion de la possibilité de guérison, simplicité des moyens thérapeutiques, « centralité » à savoir mêmes manières de faire enseignées à tous les intervenants et codifiées.

victimes, de se déculpabiliser et de recevoir une pension pour incapacité (Summerfield, 1999). La conception actuelle est donc née à l'intersection entre une démarche de type scientifique et un mouvement de révolution sociale de type lobbying. Summerfield parle même de catégorie diagnostique « inventée » pour des raisons sociopolitiques (Summerfield, 2021).

L'ESPT est devenu une référence pour évoquer les traumatismes des populations des pays en conflit, donc une part significative de la population résidant dans les 3 pays de l'étude. Or, les conséquences du traumatisme dépassent parfois la définition de l'ESPT, qui s'avère alors non adapté à cette population au triple motif que :

- Il ne prend pas en compte les autres troubles mentaux associés (dépression, suicide, comportements violents, abus de substances...). Sur le sujet de l'abus de substances, différentes études établissent une corrélation importante entre les troubles et l'addiction à des substances psychoactives, si bien que « la consommation de ces substances est devenue l'un des problèmes sanitaires et sociaux majeurs liés aux situations de conflit et de déplacement de populations » (Organisation Mondiale de la Santé & UNHCR, 2008) ;
- Les phénomènes d'ordre collectif de type violence sociale dont ont été victimes les personnes dépassent la catégorie d'événement traumatique sous-tendu par l'ESPT, dans la mesure où l'intentionnalité de la violence touche au fondement de l'humanité même du sujet ;
- Dans les cultures non-occidentales, les personnes expriment le traumatisme d'autres manières que celles définies dans l'ESPT. Ainsi, les symptômes varient et prennent souvent la forme de plaintes somatiques. Il en est ainsi par exemple des patients qui, consultant à l'origine pour des douleurs physiques, révèlent en fait souffrir de troubles du sommeil ou d'énurésie.

En fait, bien plus que ses caractéristiques théoriques, c'est son opérationnalité qui a rendu le diagnostic d'ESPT prééminent, en ce sens qu'il permet de nommer la souffrance, de l'identifier et de la soulager dans des contextes différents et variés (Lachal, 2003). Pour autant, il recouvre des réalités humaines et subjectives, qui se traduisent le plus souvent par une réaction d'effroi qui saisit le sujet, au-delà de la peur et des mots ; des vécus incommunicables qui font irruption dans le psychisme, souvent accompagnées d'émotions violentes, une pensée déconnectée, et une rupture du lien à l'autre (Liscia, 2024). Si un mot pouvait résumer ces situations, ce pourrait être celui de perte : perte du sentiment de sécurité, perte de l'espoir et de l'initiative, perte de la dignité, perte du contrôle sur sa propre vie et sur son avenir. Et cette perte de son humanité n'est pas dans le DSM, dont l'étiologie du traumatisme psychologique est liée à une vision physiologique de celui-ci, fondée sur un contexte occidental des sous-jacents de l'événement potentiellement traumatique.

### c. Symptomatologie, des prévalences transversales

La conséquence est qu'il est systématiquement constaté au sein des populations migrantes de forts taux d'anxiété, de dépression, d'état de stress post-traumatique, et d'idées suicidaires. Selon des études de l'OMS, la prévalence de la dépression s'établit de 5 % à 44 % au sein des groupes de réfugiés et de migrants, contre 8 % à 12 % dans la population générale (OMS, 2018).

Une méta-analyse sur la santé mentale des migrants exposés à des conflits armés avant leur migration, réalisée en 2022 sur 13 901 études et portant sur 15 549 migrants, publiée dans The Lancet, a ainsi mis en exergue des prévalences : de l'ESPT de 31 %, du trouble dépressif majeur de 25 %, et du trouble d'anxiété généralisée de 14 %. Par ailleurs, l'âge plus jeune était associé à une prévalence plus élevée de chacun des troubles. Des corrélations ont également pu être établies : ainsi, l'âge le plus jeune était associé à une plus grande prévalence de l'état de stress post-traumatique et du trouble anxieux généralisé actuel. Le fait de migrer vers un pays à revenu moyen ou faible était associé à une prévalence accrue du trouble anxieux généralisé (Mesa-Vieira et al, 2022).

## 4 - LES ACTEURS ET LES METHODES DE PRISE EN CHARGE

### A. Pyramide et approche communautaire

#### a. La pyramide de l'OMS



Ainsi, selon cette pyramide, plus on va vers des soins spécialisés, plus leur coût est élevé et la demande moindre. A l'inverse, des prises en charge à base communautaire répondront à une demande élevée pour un coût réduit. Les approches psychosociales de traitement des traumatismes s'inscrivent dans ce dernier cadre.

## b. La santé mentale communautaire

Si la couverture des besoins en santé mentale fait défaut au niveau mondial, elle l'est davantage en Afrique subsaharienne (Patel et al., 2010). Au manque d'infrastructures et de personnels spécialisés s'ajoute l'absence de politiques publiques de santé mentale. Cette situation se répercute sur l'accès aux soins et l'accompagnement social des personnes atteintes de troubles mentaux (Petersen et al., 2017) dans un contexte d'hospitalo-centrisme contraire aux tendances observées dans les pays riches et aux préconisations des institutions internationales (Patel et al., 2018). Ainsi, une approche de santé mentale communautaire adaptée au contexte demeure une contribution essentielle à ces difficultés structurelles.

L'OMS à travers le mhGAP s'applique à intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires (WHO, 2008). Ceci s'opère par l'accélération des connaissances et aptitudes des agents non-spécialistes en santé mentale pour le repérage précoce, la prise en charge et l'accompagnement adaptés des affections mentales à partir de données probantes. D'aucuns considèrent que le mhGAP contribue à compenser des écarts entre les besoins populationnels et les prestations de soins primaires dans des pays africains (Breuer et al., 2016; Hanlon et al., 2016). Néanmoins, les programmes dédiés, souvent temporaires et d'initiatives internationales, ciblent plus les prestataires modernes et les acteurs communautaires que les tradipraticiens.

Pour autant, la tradithérapie fait l'objet d'une sollicitation soutenue par les populations, surtout en milieu rural faiblement couvert en services de santé. Une gestion des troubles mentaux dans la communauté avec une contribution des guérisseurs, qui prévalait avant la pénétration de la psychiatrie (Tiquet & Hien, 2023), se perpétue de nos jours (Bélanger, 2003; Pigeon-Gagné et al., 2022). Cette continuité tient des logiques interprétatives et thérapeutiques de la tradithérapie partagées et acceptées socialement (Diagne, 2016). Ses diagnostics livrent des cadres représentatifs en écho aux principes socioculturels, symboliques et religieux organisateurs de ces sociétés. Et ses traitements sont orientés vers ces étiologies persécutives de l'individu et de sa santé mentale. Cette dimension holistique de la tradithérapie fonde sa réceptivité dans l'imaginaire populaire.

L'intégration des tradipraticiens accorde une adhésion aux soins. Cette dimension est souvent freinée par la peur de la stigmatisation présumée du recours à la psychiatrie réduite à la "folie" (Chatot & Mahamat, 2023). En Côte d'Ivoire, une expérience de soins à domicile des patients associe l'expertise thérapeutique des "guérisseurs" pour remédier à la limite asilaire (Ciyow, 2020). Cette initiative impulse le maintien des malades dans leur environnement et la réservation à l'hôpital des cas sévères, résistants aux thérapies locales et à la gestion familiale. La sensibilisation des soignants traditionnels aux normes standards de santé est une ressource pour un référencement approprié rapide vers l'hôpital, nombre de patients arrivant généralement à l'hôpital psychiatrique dans un état dégradé et après un passage le plus souvent par la tradithérapie (Bakohariliva et al., 2018; S. P. Coulibaly et al., 2022).

Par ailleurs, la santé mentale communautaire promeut une approche fondée sur les besoins du patient, soucieuse de ses droits et de sa dignité. Cette question croise les piliers du Programme Quality Rights de l'OMS, créé en 2012, centrés sur la qualité des services en santé mentale et le respect des droits des usagers (World Health Organization, 2019). Il se fonde sur

une évaluation des établissements volontaires pour améliorer les compétences des soignants et favoriser l'implication active des patients dans la gestion des structures, en valorisant leur expérience des troubles mentaux. Le programme intègre une dimension communautaire en promouvant des changements de comportements au niveau de la société négatifs vis-à-vis des personnes concernées par l'éducation et la sensibilisation.

L'orientation centrée sur les droits des patients est contraire aux pratiques discriminatoires (enchaînements, enfermement et exclusion) dont sont victimes les patients (Bergot, 2013; Petit, 2019; Read et al., 2009). L'intervention d'acteurs de santé dans des structures non-conventionnelles renverse cette tendance auprès de patients et de leurs proches, et suscite l'ouverture aux soins modernes par le constat de leur amélioration (OMS, 2023). À cet effet, les tradipraticiens peuvent influencer les préjugés à leur égard par le discours et la pratique pour procurer un sentiment d'appartenance à une communauté propice à leur rétablissement.

## **B. Acteurs institutionnels**

Les dispositifs institutionnels de prise en charge des problèmes de santé mentale regroupent les acteurs publics (a) et les agences internationales onusiennes (b).

### **a. Acteurs gouvernementaux et soin en hôpital**

Les structures de prise en charge sont, à l'instar de la pyramide présentée supra I :

- les hôpitaux psychiatriques généraux,
- les services psychiatriques décentralisées des hôpitaux généraux,
- les services de santé communautaires,
- les services de santé primaires,
- les soins informels dans la communauté : les soins des tradipraticiens et domestiques,
- les self-care : soins informels domestiques.

Les soins hospitaliers psychiatriques s'appliquent suivant le modèle classique de l'hospitalisation volontaire et de l'internement et du suivi ambulatoire par consultations et hospitalisations de jour. Il importe de préciser que la prise en charge ambulatoire demeure fortement recommandée par l'OMS. Le traitement par médicaments appelés psychotropes et les psychothérapies de soutien sont pratiquées dans les structures hospitalières psychiatriques/de santé mentale.

Le personnel en milieu psychiatrique comprend généralement, surtout en Afrique subsaharienne :

- les psychiatres,
- les psychologues,
- les infirmiers psychiatriques,
- les assistants sociaux,
- les gardes malades.

Les psychotropes sont plus utilisés pour lutter contre les troubles psychiques (RéseauPic & Psycom, 2013). Ils agissent sur les cellules nerveuses (neurones en synthétisant des substances dites neuromédiateurs ou neurotransmetteurs), perturbées par lesdits troubles. Diverses catégories de médicaments psychotropes existent avec pour chacune son principe actif : les hypnotiques (pour le sommeil,) les tranquillisants (agitation), les neuroleptiques (sédatifs incisifs), thymorégulateurs (pour humeur dépressive), les anxiolytiques et les antiépileptiques.

Ces médicaments sont prescrits à la suite de diagnostics établis à partir de consultations entre le psychiatre (et/ou le médecin généraliste) et le patient, et aussi ses proches. Ces prescriptions peuvent également être consécutives à des analyses de sang ou à la contribution de psychologues pour le profilage des patients.

Les psychothérapies (voir infra C. b.) et/ou les psychothérapies de soutien sont des accompagnements personnalisés ou de groupes centrés sur des entretiens répétés entre professionnels et patients et leurs proches, parfois. Elles sont appliquées par les psychiatres, les psychologues, et également d'autres professionnels formés à cet effet. Selon les contextes, elles peuvent s'appuyer sur diverses activités comme l'art-thérapie, les discussions de groupe, etc.

## b. Acteurs onusiens

L'OMS, le Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR) et l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) se déploient dans la problématique de la santé mentale et du soutien psychosocial en collaboration avec les autorités étatiques et des Organisations de la Société Civile (OSC).

L'OMS intervient à l'échelle mondiale dans la promotion de la santé mentale et du soutien psychosocial. L'instance agit dans les domaines de la qualité des soins, de la lutte contre la stigmatisation des patients et de la prise en compte de leurs droits. Elle appuie les pays dans la remontée de données de prévalence des troubles mentaux et des ressources humaines disponibles. Parmi ses programmes phares figurent le mhGap, présenté supra I. 4. A. b centré sur le renforcement des systèmes de santé des pays à faible revenu via une stratégie d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, et le Quality Rights qui vise à améliorer la qualité des soins et le droit des patients (cf. Supra I. 4. A. b.).

Le HCR intègre dans ses programmes la question de la Santé Mentale et du Soutien Psychosocial (SMSPS) dans ses programmes de protection des populations déplacées (réfugiés et demandeurs d'asile). L'organisation collabore activement avec les instances onusiennes et gouvernementales, et les OSC. Les actions ciblent des interventions psychosociales destinées à la résilience de ces populations via des activités collectives et individuelles en vue de favoriser la résilience. Tout comme des actions sont orientées vers l'accompagnement des personnes confrontées à des problèmes de santé mentale sévères.

L'OIM accorde également une place importante à la SMSPS dans ses interventions d'urgence et ses actions humanitaires pour les populations déplacées et hôtes. L'organisation collabore aussi sur ce thème avec les autres organismes de l'ONU, les gouvernements locaux et les OSC. Ses interventions et activités dans le domaine de la SMSPS sont en écho avec celles du HCR.

## C. Acteurs humanitaires

### a. Soutien psychosocial

Un programme psychosocial comportera diverses actions à mettre en œuvre selon le besoin à traiter, parmi lesquelles :

- la création d'un lieu de référence où les personnes se sentent en sécurité et recréent un réseau pour partager des expériences et rétablir des routines,
- la mise en place de cellules d'écoute active,
- le développement et la promotion des groupes : de parole, d'entraide, d'activités partagées... ,
- le recours aux expressions créatives : arts, contes, activités traditionnelles,
- les activités génératrices de revenus,
- les processus de rites funéraires,
- la fourniture éventuelle de médicaments,
- des actions de mobilisation dans la communauté,
- la création de supports matériels (brochures, films, BD...), afin de relier les personnes aux ressources disponibles,
- la formation de personnes relais locaux au repérage des troubles ou à la vigilance,
- l'identification de lieux de référencement.

Les programmes devront respecter les bonnes pratiques suivantes : la promotion d'une vision globale de la personne, la mise en place d'une approche multisectorielle, la prise en compte de la dimension culturelle, l'inscription des programmes dans le présent, la non médicalisation d'une situation, l'ouverture des programmes à l'ensemble de la communauté, la nécessité de différenciation des soins, la mise en place de partenariats avec les ONGs, le renforcement des capacités nationales et le développement d'indicateurs qualitatifs (Liscia et Milleliri, 2013).

### b. Approches psychothérapeutiques

Parmi les différentes approches préconisées pour le traitement des traumatismes psychologiques, on évoquera en priorité : l'EMDR, la MBCT, la thérapie systémique et l'approche résilience.

#### ***Eye Movement Desensitization and Reprocessing***

Avec l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), ou Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, la personne se concentre sur un événement à l'origine du traumatisme psychologique pendant que le thérapeute provoque une stimulation sensorielle, par exemple en déplaçant rapidement ses doigts devant le visage de la personne, que celle-ci doit suivre dans leurs mouvements. Cette stimulation va restructurer l'information traumatique dans le cortex et la sortir du cerveau limbique, siège des émotions. Le recodage induit par les mouvements oculaires va alors diminuer la charge émotionnelle associée à la mémoire.

### **Mindfulness-Based Cognitive Therapy**

L'objectif principal de l'approche Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), ou Thérapie Cognitive fondée sur la Pleine Conscience, est de modifier la réponse au stress lié au traumatisme en faisant porter l'attention des personnes vers les sensations internes (intéroception, proprioception et kinesthésie), plutôt que vers les expériences cognitives ou émotionnelles, afin d'agir comme une thérapie de pleine conscience. La méditation de pleine conscience est alors un moyen de se distancier des pensées et d'interrompre le processus des ruminations.

### **Thérapie systémique familiale**

L'approche systémique part du principe que la famille forme un système dans lequel tous les membres sont interdépendants. C'est donc dans les relations entre les membres de la famille que l'on va chercher les solutions aux problématiques rencontrées. La thérapie familiale systémique a ainsi pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille et est indiquée pour le sujet des violences intrafamiliales.

### **L'approche résilience**

Contrairement à un abus d'utilisation du terme, confondant régulièrement résilience et résistance, l'approche résilience fait l'objet d'un protocole précis dont le but est de parvenir à une conscientisation de sa capacité de résilience, sur trois axes essentiels, selon le schéma suivant (BICE, 2016) :

<b>J'AI</b>	Parents Famille Amis Enseignants/ Éducateurs Leaders religieux/ communautaires	<b>JE CONSTRUIS</b>	Confiance Amour Sentiment d'appartenance
<b>JE PEUX</b>	École Activités	<b>JE CONSTRUIS</b>	Compétence Initiative Confiance
<b>JE SUIS</b>	Valeurs Croyances Émotions	<b>JE CONSTRUIS</b>	Estime de soi But dans la vie Identité

La résilience suppose notamment dans sa mise en œuvre la présence d'un tuteur ou d'une tutrice de résilience qui sera la figure d'attachement permettant à la personne de faire émerger ces ressources.

« La définition médicale de la résilience est étonnamment simple. Issue du latin *resalire* (ressaut, rebond), elle désigne la reprise évolutive après un traumatisme. Un développement neurologique, affectif, verbal ou socioculturel, après un fracas, une effraction dans le corps ou l'esprit. Et, de la même manière qu'on ne se développe pas sans altérité, elle est indissociable de l'autre (un « tuteur de résilience ») et de son soutien. Or, cette définition est l'exact opposé de la résilience telle qu'elle est réinterprétée aujourd'hui. Par son instrumentalisation pour mettre le poids du trauma sur le seul dos des traumatisés et les voulant résistants « par nature », elle relève non seulement du contresens mais pose aussi, pour moi, un problème philosophique et éthique. » (Cyrulnik, 2024).

## II. La santé mentale au Mali

### 1. PERSPECTIVE HISTORIQUE : UNE LENTE EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE

L'Hôpital du Point G, hérité de l'administration coloniale, a été construit entre 1906 et 1913 dans un style militaire (Le Reporter, 2017; Malah Notue, 2020). Localisée en périphérie de la capitale, sur une colline portant son nom, cette structure servait d'espace de confinement pour les personnes atteintes de troubles mentaux, particulièrement celles considérées comme dangereuses. Jusqu'en 1958, sa gestion était assurée par des médecins militaires français.

En 1960, un service de psychiatrie a été intégré dans l'hôpital. Ce service était désigné par la population sous l'appellation stigmatisante, le *Cabanon* (Coudray, 2008). Ceci relève du fait de son style militaire en continuité avec le modèle asilaire de mise à l'écart de la communauté de ces personnes en raison de leur dangerosité supposée.

De 1981 à 1986, le psychiatre français le Dr Jean-Pierre Coudray (1926-1989) entreprend une humanisation du service, encore centré sur le modèle asilaire, en collaboration avec le psychiatre Dr Baba Koumaré. Un effort d'inscription du malade dans son univers symbolique et socio-culturel a été initié. Cette entreprise fut calquée sur le modèle expérimenté à la clinique de Fann de Dakar par le psychiatre français Henri Collomb.

Pour ce faire, le "kotéba thérapeutique", inspiré d'une forme de théâtre traditionnel, fut introduit. Kotéba désigne en langue bambara le "grand escargot", animal qui symbolise l'organisation de la société, de type groupal (Anröchte, 2006). Le kotéba thérapeutique est destiné à mobiliser des thématiques ayant du sens pour le patient dans ses références sociales et symboliques (Bondaz & Jeannet, 2014) pour susciter l'émergence de "*problématiques psychiques des patients hospitalisés, quelle que soit leur pathologie, et également, afin de permettre au corps de devenir un instrument catharsis*" (Konaré et al., 2014). Un espace à palabres appelé la *Coupole* a été construit dans le but de maintenir un cadre d'échanges entre malades, familles et soignants. En outre, les modalités d'hospitalisation ont été changées avec l'admission d'un accompagnant proche du patient. Enfin, le Dr Coudray s'est rapproché des tradithérapeutes pour amorcer un suivi post-cure. Ce modèle psychiatrique s'est prolongé après le départ du Dr Coudray (Konaré et al., 2014).

Ces dernières années, les études menées dans le service rapportent une augmentation des consultations par les populations urbaines (S. D. P. Coulibaly et al., 2021; Malah Notue, 2020). L'exemple spécifique de la schizophrénie montre que la hausse est liée au fait que : "*la population urbaine malienne s'occidentalise progressivement par son mode de vie et son accès à l'information. De ce fait, les familles des patients commencent à rejeter l'origine divine de la maladie et penseraient que la maladie est le résultat de la consommation de stupéfiants*" (S. D. P. Coulibaly et al., 2021). Nous avons là un exemple d'influence de la modernisation de la société sur la perception de la santé mentale et des facteurs qui lui sont associés.

Cette évolution dans le recours à la psychiatrie influencée par la modernisation est en déphasage avec la couverture psychiatrique. En effet, le maillage territorial psychiatrique est inégalement réparti dans la capitale et surtout dans le reste du pays (S. P. Coulibaly et al., 2022) malgré une mise en place de structures secondaires en santé mentale, via des antennes et des unités légères instaurées à l'intérieur du pays.

Face à cette situation, la psychiatrie se déploie en parallèle de la tradithérapie dans le pays. Cette dernière bénéficie toujours, malgré son absence de reconnaissance officielle, d'une légitimité populaire conférée par les perceptions religieuses et traditionnelles associées aux troubles mentaux (Bélanger, 2003). Du fait du rapport cohérent entre fondements représentatifs culturels et trouble mental (S. D. P. Coulibaly et al., 2021), cette ressource thérapeutique est toujours d'actualité auprès des populations dans le pays. Même si elle est plus présente en milieu rural, qui est davantage caractérisé par la faible desserte en soins mentaux et en processus de modernisation, elle l'est également auprès des populations urbaines. Les tradithérapeutes continuent d'être en première ligne des consultations pour les problèmes de santé mentale ou en complément des traitements psychiatriques par les populations.

## **2. PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DETERMINANTS**

### **A. Population générale**

#### **a. Des données de prévalence limitées et principalement centrées sur Bamako (CHU Point G)**

Les études sur la prévalence des troubles mentaux en population générale sont rares. Le peu de données existantes relèvent d'études de cliniciens menées en général au service psychiatrique du CHU du Point G, Bamako.

Selon le Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) III, édition 2018, l'étude de Kamate, réalisée en 1994, a trouvé une prévalence de 1% de troubles psychotiques aigus, 1,77% de troubles psychotiques chroniques, 22,9% de troubles dépressifs, 1% d'abus d'alcool et de drogue et 1,24% d'épilepsies. Toujours selon le PRODESS III, en 2007, sur 2 680 demandes de soins psychiatriques au CHU du Point G, les troubles psychotiques chroniques représentaient 78,80%. L'étude réalisée par l'Association malienne de Lutte contre les déficiences mentales chez l'enfant (AMALDEME) en 2007 révèle un taux de déficiences mentales de l'ordre de 14,6% (Gouvernement du Mali, 2018).

Une étude sur les facteurs associés aux troubles mentaux dans le service de psychiatrie du CHU de Point G allant d'avril 2016 à mars 2017, réalisée sur un échantillon de 288 patients en ambulatoire - 188 hommes et 100 femmes - (S. Coulibaly et al., 2021), a fait état d'une prévalence de : 77,8% de troubles psychotiques, 18,8 % de troubles de l'humeur, 2,1 % de troubles anxieux et 0,7 % de troubles somatoformes et 0,7 % d'addictions.

Concernant les déterminants sociaux, l'étude révèle :

- 45% de cas liés aux problèmes conjugaux,

- 35,8% de cas n'ayant pas vécu leur enfance auprès des parents,
- 42,7 de cas liés à la consommation de substances psychoactives avant le début de l'affection mentale,
- 46,2% des facteurs de stress psychosociaux ayant précédé le début du trouble mental liés au deuil,
- 22,6% des facteurs de stress psychosociaux ayant précédé le début du trouble mental liés à la mésentente familiale.

Cependant, cette étude ne spécifie pas les causes qui favorisent la consommation de ces substances psychoactives, les facteurs de stress, les problèmes conjugaux et l'enfance menée auprès des parents.

Une autre étude, également réalisée au CHU du Point G, portant sur l'épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali, a révélé que, sur 1 105 dossiers de personnes hospitalisés pour trouble psychiatrique entre janvier 2014 et décembre 2018, on relevait une prévalence de 67,8% des cas de schizophrénie, des troubles schizotypiques ou des troubles délirants (S. P. Coulibaly et al., 2022).

En 2021, une autre étude de "la structure familiale et de la morbidité psychiatrique" portant sur un échantillon de 384 cas, au CHU du Point G, a dévoilé une prévalence de 67,7% des troubles psychotiques aigus, des troubles délirants chroniques et schizophrénie comme diagnostic chez les malades consultés au service de psychiatrie du Point G (J. Traoré et al., 2018).

Les données de prévalence des CSCOM concernent uniquement celui de Niamakoro à Bamako. Le tableau de répartition des 788 patients suivis de 2007 à 2018 indique ces taux : 7% de bouffée délirante, 4,6% de psychose puerpérale, 31,3 de schizophrénie, 8% de psychose hallucinatoire chronique, 3% de démence, 22,3 % d'épilepsie, 0,8% d'addiction, 3,2 d'autisme, 13% de dépression, 3,8% d'angoisse (K. Traoré et al., 2023).

L'étude a permis de remonter 3 rapports d'activités de consultation de structures en santé mentale de l'intérieur du pays :

- les activités de consultation de l'unité de santé mentale du CSRef de Mopti s'élèvent à 594 consultations dont 185 nouvelles consultations en octobre 2024. Parmi ces 185 nouvelles consultations, il y a : 52,4% d'épilepsie, 23,2% de psychoses, 7,5% de stress aigu, 6,4% de dépression, 3,7% de troubles de stress post-traumatique, 1,6 % de déficience intellectuelle, 1,6% de démence,
- les rapports des activités de consultation de l'unité de santé mentale du CSRef de Tombouctou du 1er Mars au 14 Novembre 2024 indiquent 1397 personnes vues en consultation : 48,7 % de psychoses (aiguës et chroniques), 24,1% d'épilepsie, 14,5% de dépression, 1,3% d'ESPT, 5,7% de trouble bipolaire, 1,7% de troubles anxieux, 1,5% d'addiction, 0,07% de déficience intellectuel, 0,05% de stress aigu,
- pour le CSRef de Bourem, les rapports des activités de consultation de l'unité de santé mentale d'Avril à Octobre 2024 indiquent 131 personnes prise en charge avec 32% de

psychoses, 31,3% de dépression, 11,4% d'épilepsie, 10,7% de stress aigu, 5% de déficience intellectuelle, 1,5% d'ESPT<sup>7</sup>.

Par ailleurs, selon l'OMS, le taux de suicide au Mali en 2019 était de 4,1 pour 100 000 habitants (OMS, 2019). Une recherche doctorale sur les tentatives de suicide dans 10 structures de santé de Bamako au Mali a recensé 113 cas de tentatives de suicide avec 48,70% de femmes et 51,30% d'hommes (Cisse, 2021). Si l'âge moyen de ces personnes (respectivement 29 et 31 ans), leur résidence urbaine, les soins reçus et les moyens utilisés sont renseignés, pour autant, les causes de ces cas de tentatives de suicides ne sont pas renseignées au Mali.

## b. Entre consommation de substances psychoactives, précarités et chocs émotionnels

Un mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées en psychiatrie, portant sur les connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale auprès de populations adultes en 2022, rapportait, entre autres causes socio-économiques, la consommation de cannabis, les précarités et chocs émotionnels (Diakitè, 2022).

Les enquêtés ont mis en exergue une augmentation notable à hauteur de 99% des troubles mentaux liés à l'usage de cannabis surtout au niveau des jeunes et particulièrement parmi les filles. Son utilisation par ces jeunes est liée, entre autres, à des préjugés sur l'augmentation de la productivité du travail, à la modernisation, à "l'imitation des comportements venus d'ailleurs" et à la faille des parents dans l'éducation.

Les préoccupations liées aux difficultés économiques et sociales, particulièrement le manque de moyens financiers, sont fréquemment évoquées comme des facteurs déterminants dans la vulnérabilité à la détresse psychologique et aux troubles mentaux. Les participants soulignent que l'incapacité à subvenir aux besoins essentiels, exacerbée par des responsabilités non assumées, constitue une source de tension chronique qui affecte le bien-être mental. En fait, dans la société malienne à famille élargie, le rôle de chef de famille est confié au plus âgé. Mais le chômage, accélérateur de la pauvreté, peut entraîner un sentiment de dévalorisation sociale et d'isolement au profit de cadets plus aisés. Ainsi, l'incapacité de répondre aux attentes imposées par les normes sociétales du fait de la précarité fait que certaines personnes sombrent dans un désespoir profond, pouvant aller jusqu'à envisager le suicide.

Les enquêtés affirmaient également que les causes de l'altération de la santé mentale pouvaient être dues à un choc émotionnel. Les difficultés financières importantes, les formes variées d'oppression, ainsi que les pressions sociales et professionnelles, notamment celles liées aux études, sont aussi identifiées comme des sources majeures de stress et de mal-être.

---

<sup>7</sup> Ce faible taux d'ESPT dans des régions pourtant fortement touchées par l'insécurité est dû à plusieurs raisons qui peuvent, en outre, parfois se conjuguer. Tout d'abord, le manque de compétences des professionnels quant à leurs capacités diagnostiques, relaté dans l'étude. Ainsi, les ESPT sont souvent rattachés aux troubles dépressifs, anxieux et psychotiques. Ensuite, le faible taux de consultation des personnes concernées. Enfin, comme évoqué supra I. 3. B. b, l'ESPT est un concept occidental non adapté aux terrains de conflit.

### c. La plus forte prévalence de Mutilations Génitales Féminines en Afrique de l'ouest

Le Mali présente également une pratique très répandue en termes de Mutilations Génitales Féminines (MGF). Ainsi, « En 2015, 82,7 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et 76,4 % des filles âgées de 0 à 14 ans avaient subi des mutilations génitales féminines. Le caractère systématique découle également du fait que l'État partie n'a délibérément pas interdit cette pratique, entravant l'accès des victimes à la justice et permettant qu'elle se poursuive en toute impunité »<sup>8</sup>. Une autre étude, réalisée dans les zones d'intervention de l'OSC Plan International, montre que « 50 % des filles de moins de 5 ans sont excisées, et près de 80 % chez les 6-14 ans »<sup>9</sup>. Ces données font ainsi du Mali la plus forte prévalence de MGF en Afrique de l'ouest.

Il existe peu de travaux sur les conséquences des MGF sur la santé mentale. Une étude réalisée en 2022 mentionne que l'ESPT, la dépression, l'anxiété et la somatisation sont les 4 troubles principaux de prévalence significativement plus élevée chez les femmes mutilées que chez celles non-mutilées<sup>10</sup>, au Mali et d'une manière plus générale. Par ailleurs, « la prise en charge va au-delà de la dimension chirurgicale et doit comporter un accompagnement psychologique pour prendre en charge des troubles tels que l'anxiété, l'angoisse, la dépression ou le syndrome post-traumatique »<sup>11</sup>.

Au cas spécifique du Mali, si des données et des analyses sur les MGF sont disponibles<sup>12</sup>, pour autant il n'a pas été recensé d'étude portant sur le lien entre MGF et santé mentale dans ce pays.

---

<sup>8</sup> Source : « Mali : des experts de l'ONU dénoncent l'absence de criminalisation des mutilations génitales féminines », ONU info, 2020 (<https://news.un.org/fr/story/2020/06/1071672>).

<sup>9</sup> Source : « L'excision, une pratique ancrée dans les traditions au Mali », Plan international, (<https://www.plan-international.fr/actualites/excision-au-mali-lutte-contre-une-tradition/>)

<sup>10</sup> Tara Reman, Andy Muller-Nzinga, Veronique Feipel, Jeanne Bertuit, « Mutilations génitales féminines : Quels impacts sur la sphère pelvienne et psychologique ? », Kinésithérapie, la Revue, Volume 23, Issue 255, March 2023, p. 27

<sup>11</sup> Source : « Accompagner les femmes victimes de mutilations sexuelles : une recommandation de la HAS », Santé mentale, 25 février 2020, (<https://www.santementale.fr/2020/02/mutilations-sexuelles-feminines/>)

<sup>12</sup> On pourra ainsi consulter utilement le document : « Mutilations génitales féminines au Mali : Bilan d'une étude statistique », UNICEF, 2022 ([https://www.unicef.org/mali/media/3531/file/FGM%20Mali\\_FR\\_HR.pdf](https://www.unicef.org/mali/media/3531/file/FGM%20Mali_FR_HR.pdf))



## b. Un flux continu de violences fondées sur le genre

Une étude portant sur les violences fondées sur le genre, réalisée à l'unité « ONE STOP CENTER », Centre de prise en charge holistique des survivantes des violences fondées sur le genre au sein du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako/Mali, pendant 6 ans d'octobre 2017 à septembre 2023, a montré que sur les 53 321 admissions aux urgences gynécologiques du centre de santé, 1 850 l'ont été à l'unité One Stop Center, soit un taux de 3,46% et un flux d'une personne par jour, correspondant uniquement à la partie émergée du sujet. Parmi ces dernières, ont été recensés 807 cas de violences sexuelles, soit 44%, et 590 cas de violences physiques, soit 32%. La prévalence de la peur/panique était de 11,4% pour la violence sexuelle et 9% pour la violence physique. L'anxiété était de 11,2% pour la violence sexuelle et 8,8% pour la violence physique. La prévalence de la dépression était de 3,8% pour la violence physique et de 1,8% pour la violence sexuelle. Enfin 89,1% des survivantes<sup>15</sup> ont bénéficié d'une assistance psychologique/psychiatrique soit un total de 732 cas (Camara M., 2023).

## c. Des troubles contrastés entre hommes et femmes détenus

### *Hommes*

Une étude portant sur la prévalence et les facteurs associés aux troubles mentaux chez les détenus de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali, réalisée auprès de 515 personnes entre septembre 2022 et février 2023, a révélé une prévalence de 73,1% de troubles mentaux, à savoir : dépression pour 57,8%, risque suicidaire estimé à 30,9%, trouble de panique 23,8% et ESPT 17,2% (Tolo A, 2022).

### *Femmes*

Une étude sur la prévalence des troubles mentaux chez les détenues du centre spécialisé de détention et de réinsertion des femmes « Bollée », réalisée auprès de 85 détenues sur les 115 incarcérées, a montré une prévalence de 32,9% de troubles mentaux chez ces détenues, dans d'autres catégories que celles des hommes, à savoir : troubles psychotiques : 12,9% ; troubles de la personnalité : 11,8% ; les troubles thymiques : 4,7% des détenues ; usage abusif de drogue : 2,4% (Traoré K., Traoré J, Coulibaly SP. et al., 2021).

Selon les résultats préliminaires de l'étude de Coulibaly I. portant sur l'évaluation des troubles psychiques de 233 personnes détenues de la maison d'arrêt de Mopti, on obtient une prévalence de 95,3% de troubles mentaux chez les détenus. L'agoraphobie a été le trouble le plus observé avec une prévalence de 81,1%, la dépression 24%, la dépendance aux drogues 12%, l'état de stress post-traumatique 6,4% et le risque suicidaire 3,9% chez les détenus de la maison d'arrêt de Mopti (Tolo A, 2022).

---

<sup>15</sup> Sont dénommées survivantes, les personnes victimes de violences ayant risqué la perte de leur vie et gardé sur elles les séquelles d'actes de violence qu'elles ont subies.

#### d. Addictions et dépressions pour les populations LGBTQIA+

Selon la Coalition Anti Sida, les types de problèmes de santé mentale les plus observés au sein de la population LGBTQIA+ étaient : les addictions 14%, la dépression 38%, les troubles anxieux 20% et le risque suicidaire 5%.

### 3. POLITIQUE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE

Le Mali n'a pas mis en place de plan stratégique national en santé mentale. De même, le pays ne dispose pas d'une législation spécifique à ce domaine.

La problématique de la santé mentale en population générale apparaît dans le PRODESS III (édition 2018). Ce programme cible la prévention et la prise en charge des problèmes de santé mentale par *“(i) l'intégration de la santé mentale, dans les programmes de santé notamment en ce qui concerne l'organisation, la législation et le financement ; (ii) le renforcement des prestations de soins de santé mentale y compris ceux assurés par des non spécialistes (iii) le développement de la psychiatrie communautaire en complément de la psychiatrie hospitalière”* (Gouvernement du Mali, 2018).

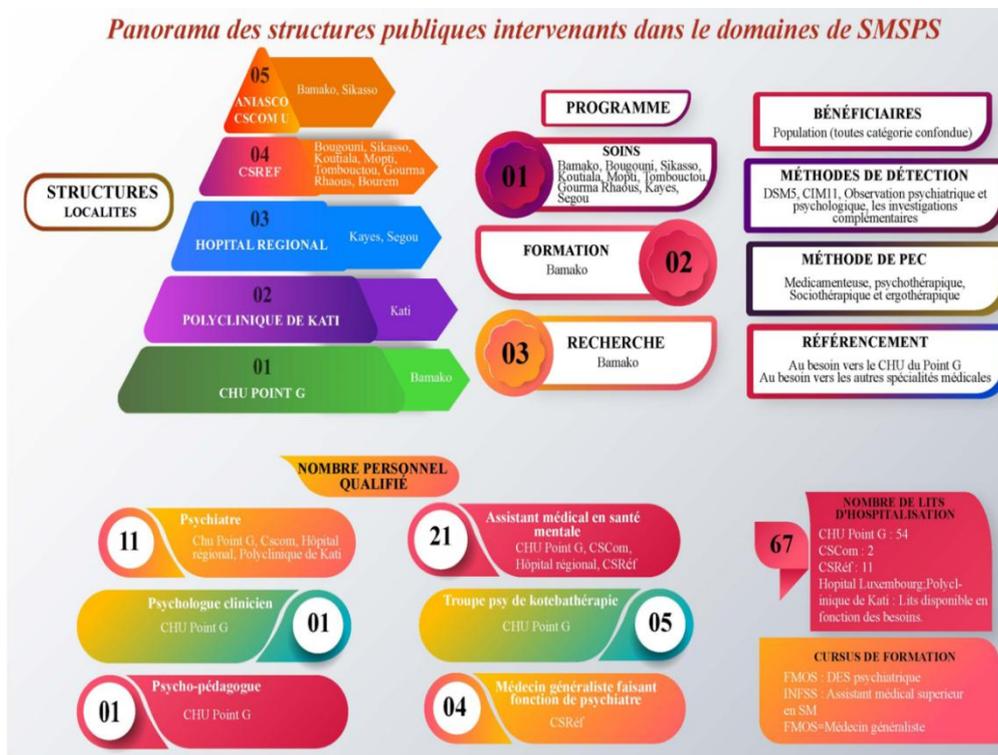
Pour autant, le Gouvernement s'efforce de se conformer aux recommandations de l'OMS en vue d'une décentralisation de la prise en charge de la santé mentale dans son système de santé pyramidal. Cette volonté se traduit aussi par l'intégration de la santé mentale au premier niveau de contact des populations avec le système de santé représenté par les Centres de santé communautaire (CSCOM). Cette initiative est en cours, spécialement à Bamako bien que de manière assez timide. L'étude n'a ainsi recensé que deux CSCOM concernés. Le maillage au niveau de l'intérieur du second niveau se fait avec les Centres de Santé de Référence (CSRef) par la mise en place d'unités spécialisées en santé mentale.

Cependant, comme mentionné plus haut, ces dispositifs ont une couverture nationale limitée et ont bénéficié du soutien et de la collaboration d'organisations internationales comme Santé Sud et l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) entre autres.

## 4. ACTEURS : VISION ET METHODES DE PRISE EN CHARGE

### A. Acteurs publics locaux

a. Une répartition insuffisante des structures et des moyens en santé mentale



Cartographie réalisée dans le cadre de l'étude

La répartition des structures de santé mentale s'inscrit dans les quatre niveaux de contact des populations avec le système de santé. Toutefois, cette répartition montre des disparités significatives en termes de portée, de densité et de localisation géographique au sein de ce système pyramidal. Le tableau des structures de santé mentale, présenté ci-dessous, et l'analyse des fiches cartographiques, présentées en annexe, fournissent des indications détaillées quant aux effectifs disponibles, aux types de troubles pris en charge, aux capacités d'accueil, aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de leurs missions et à la relation aux tradipraticiens.

<b>Liste des structures de santé mentale au Mali</b>		
<b>Niveau dans la pyramide de santé</b>	<b>Nom des structures</b>	<b>Capacité d'accueil</b>
Hôpital national	Service de psychiatrie, CHU Point G, Bamako	. 58 lits . 4 salles d'isolement et de contention dont 2 sont fonctionnelles
Hôpital régional	Hôpital régional de Ségou	. 0 lit . 0 salle d'isolement
	Hôpital régional de Kayes	. 0 lit . 0 salle d'isolement
Centre de Santé Communautaire	CSCOM de Niamakoro , Bamako	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention
	CSCOM U de Sanoubougou 2 à Sikasso	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention
Centre de référence	CSref de Sikasso	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention
	CSref de Tombouctou	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention
	CSref de Mopti	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention
	CSRef de Koutiala	. 4 lits . 2 salles d'isolement et de contention
	CSRef de Gourma-Rharous	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention
	CSRef de Bougouni	. 3 lits . 1 salle d'isolement et de contention
	CSRef de Bourem	. 0 lit . 0 salle d'isolement et de contention

En se référant à la recommandation de l'OMS de 1 thérapeute pour 5 000 habitants, on constate que la répartition des ressources humaines en santé mentale est très faible, tel qu'en témoigne le tableau ci-après :

Total	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
Population	19 658 023	
Psychiatres	16	0,08%
Psychologues	3	0,02%
Infirmiers en psychiatrie	25	0,13%
Travailleurs sociaux	1	0,005%
Autres Professionnels en santé mentale :		
. Ergothérapeutes	1	0,005%
. Pédopsychiatres	0	0%

Source: Atlas Mental health OMS, 2020

Le pays dispose de programmes de formation à l'Université de Bamako pour les psychiatres, et en institut privé pour les infirmiers spécialisés en santé mentale.

Dans ces structures sont généralement pris en charge les troubles suivants : la schizophrénie, les psychoses (aiguës et chroniques), l'épilepsie, les troubles dépressifs, les troubles de stress post-traumatique, les troubles bipolaires, les troubles anxieux, les stress aigus, les troubles liés aux addictions, etc.

Les approches diagnostiques reposent principalement sur des consultations cliniques et des observations psychiatriques approfondies. Les traitements proposés selon le patient incluent couramment l'administration de psychotropes et des interventions de psychothérapie de soutien. Toutefois, dans le service de psychiatrie du Point G à Bamako, où se trouve la plus grande part de psychiatres du pays, l'offre thérapeutique s'y avère plus diversifiée. On y retrouve des approches comme la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, l'hypnothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales (notamment la thérapie par exposition prolongée), ainsi que des thérapies à médiation corporelle. Toujours dans ce service, d'autres dispositifs incluent la remédiation cognitive, la psychoéducation, les thérapies systémiques (intégrant des approches familiales et de couple), les pratiques sociothérapeutiques ou ergothérapeutiques et le kotéba thérapeutique.

Les prestataires des services de santé mentale de premier et de second niveau ont exprimé des besoins en matière de renforcement des capacités dans l'identification des troubles mentaux. Spécifiquement, les agents des CSRef ont souligné l'importance d'une formation ciblée pour répondre aux réalités des cas pris en charge. Ces besoins incluent l'acquisition de compétences en addictologie, gérontologie, pédopsychiatrie, psychologie clinique, et prise en charge des traumatismes.

À ces contraintes structurelles, s'ajoutent l'insuffisance de thérapies adaptées et l'absence de lits d'hospitalisation ou de salles d'isolement dans la plupart des services en santé mentale des

CSref et des deux hôpitaux du pays. Ces déficits contribuent à un référencement systématique des patients vers le service de psychiatrie du Point G à Bamako, illustrant des lacunes dans la prise en charge intégrée des troubles de santé mentale au niveau local.

### **b. Un accès limité aux psychotropes et à des thérapies adaptées**

L'accès limité aux psychotropes, tant en termes de disponibilité que de coût, est une réalité surtout dans les zones desservies en santé mentale de l'intérieur du pays. La personne est ainsi obligée de venir ou de commander à Bamako, ou dans un autre pays via les officines privées. La difficulté est générale pour toutes les structures de santé à l'intérieur du pays, et les pharmacies dans les structures de santé ne doivent s'approvisionner qu'avec des médicaments génériques. Les médicaments de spécialités sont vendus uniquement par les officines privées, passant commande en fonction de la demande (autrement dit, il faut plusieurs ordonnances avant de faire la commande).

### **c. Entre marginalisation et discrimination des services de santé mentale et des usagers**

Les acteurs intervenant dans ces structures de santé mentale sont confrontés à une double marginalisation. D'une part, ils subissent la stigmatisation de leurs collègues, reflétant une perception peu valorisée de leur spécialité médicale, d'autre part, une faible priorité est accordée aux enjeux de santé mentale par les directions des hôpitaux régionaux et des CSref. Ces éléments illustrent des défis structurels auxquels fait face l'intégration de la santé mentale.

## **B. Acteurs institutionnels internationaux**

### ***Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)***

L'OIM s'est implantée au Mali depuis 1998 dans sa mission en direction des migrants et des déplacés internes.

De janvier 2020 à octobre 2024, ce sont 12 057 Maliens de retour et 1 964 étrangers en transit qui ont bénéficié des services en santé mentale et du soutien psychosocial dans les différentes zones d'interventions de l'organisation. Selon le rapport annuel de 2023 de l'OIM Mali (OIM, 2023), 3 035 migrants maliens de retour ont bénéficié de l'assistance psychosociale. Le nombre de PDI est passé de 412 387 personnes en décembre 2022 à 354 739 en septembre 2023, soit une diminution de 57 640 personnes déplacées.

Les services offerts par l'organisation sont : la prise en charge psychosociale, la formation, les activités de psychoéducation, la thérapie d'acceptation et d'engagement, l'assistance psychiatrique en référencement, et le recrutement de cabinet spécialisé dans la prise en charge clinique des traumatismes psychologiques en cours.

Les difficultés dans l'exercice de la mise en œuvre de ces services sont surtout l'insuffisance de personnel actif et spécialisé, le faible cadre d'interaction avec les organisations évoluant au centre du pays et la mobilité des bénéficiaires.

## Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR)

Le CICR est implanté au Mali de façon continue depuis 1991. Les populations bénéficiaires sont les : déplacés internes, détenus, survivantes de Violences fondées (Basées) sur le Genre (VBG) dans les structures et communautés, les sinistrés, les blessés de guerre et les handicapés.

Les services offerts sont : la prise en charge médico-psychosociale, la sensibilisation et la formation des structures sur la SMSPS, le référencement des cas au niveau des services sanitaires, et la réhabilitation des handicapés physiques.

Ses zones d'interventions sont : Bamako (commune 5), Mopti (Djenné), Tombouctou (Rharous, Niafunké), Ségou (Niono), et Kidal Gao.

## C. Acteurs humanitaires



## SOUTIEN COMMUNAUTAIRE ET FAMILIAL

- Détection des troubles mentaux; Coordination des référencements vers les niveaux 2 et 3 ; Activités de sensibilisation ; Organisation des journées et de conférences sur les thématiques de SMSPS.
- Cadre de concertation entre intervenants et services sociaux de base

01

## SERVICES SPECIALISÉS (1)

- PEC psychiatrique, psychologique par les spécialistes en santé mentale (psychiatre, psychologue clinicien, assistant en santé mentale, technicien supérieur en santé mentale) .
- Appui externe : neurologue et interniste

03

02

## SERVICES NON SPÉCIALISÉS (16)

- Soins de santé mentale de première nécessité dispensés par les assistants médicaux et psychiatre;
- Gestion des cas, Soutien psychosocial, Psychoéducation
- Psychothérapie individuelle (psychothérapie de soutien, TCC)
  - Référencement des cas vers le niveau 3
  - (cas d'hospitalisation ou autres)



Cartographies réalisées dans le cadre de l'étude

### a. Acteurs nationaux

Une offre de services orientée vers les personnes porteuses du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et pour les victimes de violence fondées sur le genre.

**Association pour la Résilience des Communautés pour l'Accès au Développement et à la Santé (ARCAD Santé +), anciennement dénommée ARCAD-SIDA Mali.**

Créée en 1994, ARCAD-SIDA Mali a été fondée par de jeunes médecins appuyés par la Cellule de lutte contre le Sida du ministère de la Santé, dans le but de permettre l'identification des personnes vivant avec le VIH et leur accompagnement. Les populations bénéficiaires sont les adolescentes, les personnes détenues, les enfants, dont les orphelins et enfants vulnérables (OEV), les femmes, les hommes, les personnes LGBTQIA+, les personnes handicapées, les

personnes transsexuelles, les personnes travailleuses de sexe, et les personnes usagères de drogues.

Ses principales activités sont : le *counseling* et le dépistage du VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la sensibilisation et la distribution de kits de protection contre le VIH et les IST, la prise en charge médicale et psychosociale des violences sexuelles, le référencement des cas<sup>16</sup>. ARCAD Santé + est présente à : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti.

### **Association Femmes d’Espoir (AFE)**

Créée en 2015, l’AFE prodigue un accompagnement socio-médical pour les personnes victimes de maladies sexuellement transmissibles (VIH-IST). Les populations bénéficiaires sont principalement les femmes et les enfants défavorisés, qui bénéficient d’évaluation, de prévention, d’aide aux soins, et d’accompagnement juridique.

Ses principales activités sont : les causeries communautaires LGBTQI, la prise en charge psychologique, la prise en charge holistique des survivantes de VBG, et des visites à domicile. En ce qui concerne le soutien psychosocial, AFE prodigue des services destinés à optimiser le bien-être psychologique en offrant un soutien affectif, des ressources sociales et des “tactiques d’adaptation”, à savoir un apprentissage à l’auto-support, la médiation sociale, un soutien spirituel et des séances de détente composées de moments de méditation et de sorties récréatives. AFE intervient à Bamako, Kayes, Bougouni, Fana, Gao, Koulikoro, San, Ségou, et Sikasso.

### **Association Féminine d’Initiative pour le Développement (AFID)**

Créée en 2009 et ayant eu le statut d’ONG en 2023, l’association prend en charge les personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires sexuels et leurs enfants. Elle intervient dans les districts sanitaires de Sikasso, de Kadiolo, Koutiala et Yorosso.

En termes de santé mentale, elle dispose de 15 Conseillers Psychosociaux, qui pratiquent : l’éducation pré-thérapeutique, l’ergothérapie avec PVVIH (activité culinaire), la psychothérapie de soutien, les visites à domicile de soutien psychologique, le travail de groupe, les thérapies individuelles, et la santé mentale communautaire.

AFID rapporte des difficultés quant à la disponibilité du référent santé mentale de l’hôpital destinataire lors d’un référencement.

### **Association Kéné Dougou Solidarité (AKS)**

Créée en avril 1998, ses populations bénéficiaires sont principalement les personnes vivant avec le VIH, les populations clés<sup>17</sup>, les détenus et les personnes en situation de handicap.

---

<sup>16</sup> Il n’a pu être obtenu d’informations sur les actions réalisées en SMSPS.

<sup>17</sup> Les populations clés désignent selon le Fonds mondial « des groupes fortement touchés par l’impact épidémiologique d’une maladie, ayant également un accès moindre aux services et appartenant à des populations criminalisées ou marginalisées », (extrait de Donner la parole aux populations clés dans la riposte au VIH/SIDA, Initiative 5 %, Expertise France, 2016). Il s’agit ici principalement des populations homosexuelles et usagers de drogues.

Ses principales activités sont : une ligne d'écoute, la prévention auprès de la population générale et auprès des populations clés et vulnérables, le conseil et le dépistage, la prise en charge médicale et psychosociale<sup>18</sup> des personnes vivant avec le VIH. AKS est présente à Sikasso, où son centre de prise en charge est la deuxième unité autonome de prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Mali.

AKS est impliquée dans la mise en œuvre de la subvention du Fonds Mondial à travers le récipiendaire principal ARCAD Santé PLUS. Dans le cadre de ce projet d'amélioration de l'accès au dépistage et au traitement du VIH et de la tuberculose pour les populations clés et à risque, AKS intervient dans six districts sanitaires du Mali. AKS est également soutenue par Sidaction.

### **Coalition anti-SIDA**

Créée en 2018, l'association prend en charge uniquement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Elle est présente à Bamako, Ségou, Koutiala, Sikasso et Bougouni.

Elle dispose de 8 agents communautaires psychosociaux et 2 psychologues pour répondre aux besoins de ses cibles, et aurait, selon elle, besoin de 10 conseillers psychosociaux et 4 psychologues et 2 médecins généralistes.

Les difficultés rencontrées sont la loi criminalisant l'homosexualité et les activités de promotion de l'homosexualité, qui constitue une difficulté dans la continuité de sa mission, les menaces de la population envers les homosexuels hommes qui rendent difficiles leur accès aux services de l'association, la discrimination et la stigmatisation fondées sur l'identité du genre et l'orientation sexuelle, la prévalence des maladies chroniques comme le VIH Sida, la toxicomanie, et la violence domestique.

### **Réseau National des Associations de Populations Clé (RENAPOC)**

Les populations bénéficiaires sont principalement les LGBTQI. Ses principales activités sont : le *counseling* et le dépistage du VIH et des IST, la sensibilisation et la distribution de kits de protection contre le VIH et les IST, la prise en charge médico-psychologique, des causeries communautaires LGBTQI, l'éducation thérapeutique des patients, et le référencement des cas.

### **Soutoura**

Le programme de l'association, créé en 1995, s'intègre dans le programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Elle a ainsi bénéficié des financements du Fonds mondial, d'Expertise France, et de USAID.

Les actions se déroulent à Bamako et les populations bénéficiaires sont principalement les populations clés et leurs partenaires sexuels, notamment les travailleurs du sexe, les homosexuels masculins, les vendeuses ambulantes et les routiers.

Les principales difficultés rencontrées sont la mobilité des cibles, la stigmatisation/discrimination qui conduit les populations cibles à ne pas vouloir s'afficher

---

<sup>18</sup> Il n'a pu être obtenu d'informations détaillées sur les actions réalisées en SMSPS.

auprès de l'association, d'où la difficulté d'accès à ces personnes, la criminalisation de l'homosexualité et des activités concourant à sa promotion.

En termes de santé mentale, Soutoura emploie 30 agents communautaires d'accompagnement psychosocial. Cependant, elle estime que son action requiert les services de 10 psychologues cliniciens et de 4 psychiatres pour répondre aux référencements de ses agents communautaires. L'association fait également état de besoin d'une formation sur la psychologie générale, la thérapie cognitivo-comportementale et la communication motivationnelle.

Soutoura déploie un large dispositif en matière de prise en charge psychosociale : visite à domicile de soutien psychologique et distribution communautaire des médicaments, travail de groupe (discussion en groupe sur un ou des problèmes communs des cibles), thérapies individuelles (psychothérapie individuel de soutien), santé mentale communautaire (sensibilisation et distribution communautaires des kits de prévention, visites à domicile et visite de soutien des cibles aux points chauds).

Après l'évaluation psychologique, les cas qui ne peuvent être pris en charge sont orientés vers l'hôpital de la localité (région), qui dispose d'un référent santé mentale.

## b. Acteurs internationaux

Les acteurs internationaux ont été identifiés à partir de recherches internet et d'entretiens auprès de responsables en lien avec la santé mentale. 25 structures ont été contactées<sup>19</sup>, 6 ont répondu favorablement, 3 ont donné lieu à un entretien : COOPI, HI et IRC.

### **Cooperazione internazionale (COOPI)**

Cette OSC intervient depuis 2013 dans les régions de Mopti et de Ségou, qui présentent des niveaux de malnutrition infantile parmi les plus élevés du Sahel. Les populations bénéficiaires sont : les réfugiés, les migrants, les déplacés internes et les communautés d'accueil, avec une attention particulière pour les plus vulnérables, notamment les femmes enceintes et allaitantes, les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées.

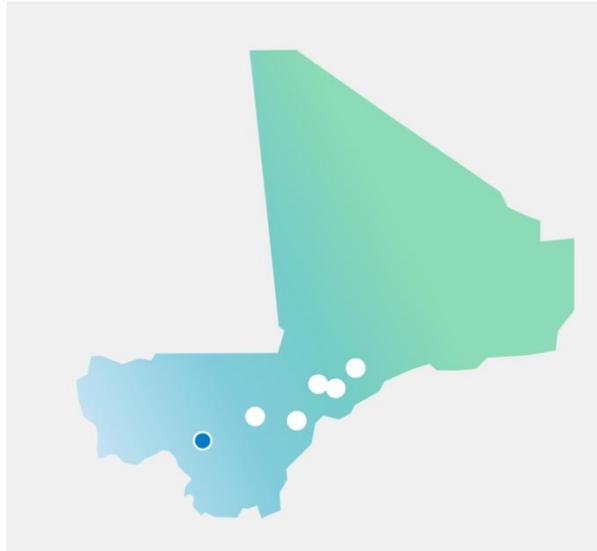
Ses principales activités sont : l'accès aux services de santé et nutrition, et le soutien psycho-social, ce dernier pour lequel COOPI met en œuvre : une prise en charge psychosociale sur base de thérapie d'acceptation et d'engagement, des activités de psychoéducation, et l'assistance psychiatrique en référencement.

COOPI est par ailleurs en cours de recrutement d'un cabinet spécialisé dans la prise en charge clinique des traumatismes psychologiques.

Ses zones d'interventions sont (de gauche à droite sur la carte ci-dessous) : Bamako, Ségou, San, Mopti, Bandiagara, Douentza.

---

<sup>19</sup>ACF, Acted, Alima, Care, Caritas Suisse, Coopi, Croix-Rouge danoise, Croix-Rouge canadienne, CRS, DRC, HI, IMC, Intersos, IRC, Islamic relief, MDM, Mercy corps, MSF Belgique, MSF Espagne, NRC, Oxfam, Peace corps, Plan international, PUI, TdH.



Carte des zones d'intervention de COOPI<sup>20</sup>.

### **Humanité et Inclusion (HI)**

Présente au Mali depuis 1996, HI a pour vocation de défendre le droit à la santé, à l'éducation et à l'insertion professionnelle des personnes handicapées victimes de conflit. Les populations bénéficiaires sont les populations fortement affectées par les violences, les déplacements forcés et de multiples formes d'abus.

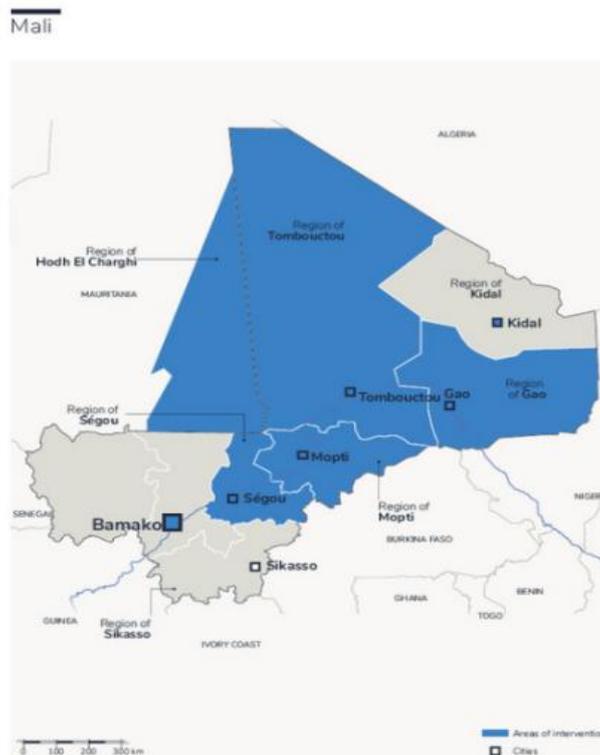
Ses principales activités en SMSPS sont : des actions de santé mentale et soutien psychosocial à destination des personnes en situation de handicap, et l'inclusion d'activités de soutien psychosocial au sein du milieu éducatif pour accompagner les enfants ayant des besoins en santé mentale<sup>21</sup>. Elle forme par ailleurs les relais communautaires pour sensibiliser les populations à la protection, au soutien psychosocial et identifier les personnes qui ont besoin d'un accompagnement spécifique.

HI est présente à Bamako, Gao, Mopti, Sikasso, et Tombouctou

---

<sup>20</sup> Source : Site COOPI au Mali (<https://www.cooi.org/it/paese/mali.html?ln=3>).

<sup>21</sup> Il n'a pu être obtenu d'informations détaillées sur les actions réalisées en SMSPS.



Carte des zones d'intervention de HI<sup>22</sup>.

### ***International Rescue Committee (IRC)***

Implanté au Mali depuis 2012, IRC intervient auprès des Maliens déplacés par le conflit et confrontés à de graves pénuries alimentaires. La crise au Mali a également conduit à l'effondrement des services publics de base tels que les soins de santé et l'éducation.

Ses principales activités sont : la fourniture de secours d'urgence, le soutien des associations villageoises d'épargne et de crédit, les activités génératrices de revenus en particulier pour les femmes, la fourniture d'eau potable, la fourniture de services de santé vitaux et la formation d'agents de santé communautaires, la formation des enseignants et la réouverture des écoles pour les enfants touchés par le conflit, et la fourniture aux enfants et aux parents d'un soutien psychosocial pour les aider à guérir d'un traumatisme.

IRC est présente à Koulikoro, Kidal, Gao and Mopti.

---

<sup>22</sup> Source : <https://www.handicap-international.fr/fr/pays/mali>.

## D. Projets soutenus par l'AFD

Les projets de l'AFD dont les notes ont été communiquées à l'étude aux fins de revue sont:

- CML 1429 - Complément Facilité Santé Nord Mali 2
- CML 1495 - Projet Santé Liptako

Dans la mesure où il n'a pas été possible de visiter ces projets, il en est proposé ci-après une revue succincte selon le prisme SMSPS.

### **CML 1429 - Complément Facilité Santé Nord Mali 2**

Présentation sommaire : les objectifs spécifiques poursuivis par le projet sont : (i) l'amélioration de la disponibilité et la qualité des soins de santé maternelle et infantile, et (ii) l'accompagnement de l'évolution du système de financement de la santé dans les régions du Nord du Mali en renforçant les mécanismes d'identification et de prise en charge des catégories de populations les plus vulnérables. Parmi les activités est prévu un renforcement des activités relatives à la prévention des violences fondées sur le genre, à travers : (i) une formation aux premiers secours psychosociaux, (ii) une formation à l'identification des signes de détresse et à l'écoute bienveillante, (iii) un appui au référencement des cas en fonction de la gravité, et (iv) l'intégration des VBG dans les séances de sensibilisation et de prévention prévues au sein des communautés et avec les accoucheuses traditionnelles. Enfin, les victimes des VBG sont intégrées dans le programme de relèvement socioéconomique prévu dans le projet à travers les activités génératrices de revenus (AGR) (Giron C., 2019).

Commentaire : la composante psychosociale du projet est orientée vers la formation des acteurs. Un complément pourrait être envisagé avec la mise en place de groupes de parole de femmes ayant subi des VBG, qui serait animé par un.e professionnel.le formé.e à cet effet. Le groupe de parole a, en effet, pour résultat de rompre le sentiment d'isolement cognitif de la personne, de lui permettre de construire son histoire autour du récit et de renforcer l'estime de soi en réduisant la honte liée aux événements.

### **CML 1495 - Projet Santé Liptako**

Présentation sommaire : le projet vise à contribuer à garantir l'accès équitable et inclusif à la santé dans les régions de Gao et Menaka (Liptako), renforcer les services étatiques de santé et l'égalité entre bénéficiaires avec une priorité genre et une attention pour les plus défavorisés. L'une des composantes porte sur l'accès aux soins de santé reproductive, maternelle et infantile des jeunes filles, femmes enceintes/allaitantes et enfants avec un accent particulier sur les victimes de violences fondées sur le genre notamment sur les aspects médicaux, psycho-sociaux et juridiques.

A cette fin, les actions suivantes sont prévues : sensibilisation des communautés sur les VBG et la disponibilité des services (médical, psycho-social et juridique), dotation des districts sanitaires et cliniques mobiles en kits PEP, afin d'assurer la prise en charge médicale et psychosociale des cas de VBG, orientation/referencement des cas de VBG détectés en communauté vers les structures sanitaires soutenues, formation des agents sociaux sanitaires sur la prise en charge médicale et psychosociale qui consiste à soigner des problèmes psychologiques et sociaux, tels que des troubles mentaux courants, état morbide et isolement,

toxicomanie, comportement à risque et rejet de la famille. Ainsi les agents de santé communautaire bénéficieront d'une formation aux premiers secours psychologiques.

Commentaire : tel que perçu à la lecture de la note, d'une part le projet a une couverture large puisqu'il est mis en œuvre dans 112 structures de santé et vise à la fois le renforcement des soins de santé primaires et secondaires, l'accès aux soins de santé reproductive et l'accompagnement des acteurs étatiques, des collectivités et des communautés, et d'autre part est orienté santé primaire et secondaire envers les plus vulnérables. Dans ce cadre, la composante psychosociale est abordée sous un angle de prise en charge médico-psychologique. La démarche ne s'inscrit donc pas dans une optique purement psychosociale. À partir de là, la proposition du projet n'appelle pas de commentaire, étant en cohérence avec l'objectif final poursuivi. L'intégration d'un programme psychosocial relèverait d'une autre approche, cependant compatible avec celle mise en place, et pourrait se traduire par la mise en œuvre de groupes de parole, de groupes d'actions partagées, de la formation de personnes relais dans la communauté, etc. parmi les propositions formulées supra I. 2. B

## 5 - ENQUETES TERRAIN

### A. Cadrage et travaux réalisés

Les outils méthodologiques utilisés ont été : un guide d'entretien semi-directif avec les opérateurs, et un guide d'entretien semi-directif pour les focus groups, communs aux axes recherche et opérationnel. Ces outils ont été mis en œuvre de manière alternée en fonction des sites et des contextes d'enquête sur une période de 10 jours pour l'axe recherche et 15 jours pour l'opérationnel.

#### a. Les entretiens semi-directifs

Le guide d'entretien avec les opérateurs avait pour objectif de compléter les résultats de la composante 2 et de permettre l'identification de cibles au niveau de la population générale et des groupes spécifiques pour les focus-groups. Il a porté sur différentes dimensions comme les types de troubles pris en charge, les pratiques diagnostiques et thérapeutiques utilisées, les difficultés rencontrées dans les missions, les besoins exprimés, les zones couvertes et non couvertes par les structures de santé mentale et les ONG, organismes et agences internationales

**L'axe recherche** a concerné des professionnels de santé et des organismes durablement installés dans le pays sur une durée de dix jours. 9 entretiens semi-directifs ont été menés en présentiel à Bamako (CHU de Point G) et en distanciel par téléphone dans l'intérieur du pays.

**L'axe opérationnel** a concerné une agence internationale, et cinq organisations humanitaires internationales et nationales durablement installées dans le pays. 8 séries d'entretiens semi-directifs ont été menées.

## b. Les focus-groups

Les discussions de groupe se sont tenues avec l'objectif principal de recueillir des éléments sur les expériences des bénéficiaires en termes de soins et vécu. Le guide des discussions de groupe s'articule autour de thèmes comme les troubles et leurs causes, les moyens mis en œuvre, l'impact du culturel, les dynamiques de solidarité informels, les besoins (non)couverts.

**Pour l'axe recherche**, les focus-groups ont été menés en présentiel au CHU de Point G, Bamako et en distanciel dans les Csref de Koutiala, Bourem et Mopti. L'expert local a bénéficié de l'appui des prestataires exerçant de ces structures qui ont facilité le déroulement de ces discussions de groupe.

Au total, 7 focus-groups avec 51 participants adultes constitués de 21 femmes et 30 hommes ont été effectués. Ces participants étaient des patients suivis dans ces établissements précités. Les données ont été recueillies à partir de prises de notes et d'enregistrements par dictaphones et transcrites fidèlement. Une analyse thématique des données a été appliquée pour faire ressortir des thèmes pertinents.

**Pour l'axe opérationnel**, les focus-groups ont été menés en présentiel à Faladiè pour les populations déplacées, à la maison centrale d'arrêt pour les détenus, auprès des partenaires AFE et RENAPOC pour les populations LGBTQIA+, et Kanuya pour les enfants des rues. Ici également, l'expert local a bénéficié de l'appui des prestataires exerçant dans ces structures qui ont facilité le déroulement de ces discussions de groupe.

Au total, 8 focus-groups avec 92 bénéficiaires adultes constitués de 46 femmes et de 46 hommes ont été effectués.

Les données n'ont pas été recueillies exhaustivement et n'ont pas donné lieu à la production d'une transcription fidèle. Une synthèse thématique des réponses a été communiquée à l'étude, dont ont été extraits les éléments les plus pertinents.

## B. Population générale

### a. Des troubles mentaux divers

L'analyse des focus-groups montre une diversité de troubles mentaux parmi les participants de l'étude. La précision rapportée de ces catégories psychiatriques tient au fait que l'ensemble des participants ont connu une fréquentation des services par une prise en charge ambulatoire ou par une hospitalisation.

La dépression, avec 14 cas, connaît une répartition égale entre hommes et femmes. Le trouble psychotique aigu avec 10 cas affiche également une distribution égale entre hommes et femmes. Le stress post-traumatique avec 9 cas concerne majoritairement des femmes. L'épilepsie, 8 cas, concerne une légère majorité d'hommes. Il est observé une exposition à des facteurs de stress et des traumatismes en leur sein. Les 6 cas d'utilisation de substances psychoactives concernent exclusivement des hommes. La schizophrénie avec 4 cas est plus présente chez les hommes.

La prédominance masculine pourrait indiquer des différences dans l'accès aux soins, la reconnaissance des symptômes ou la volonté de participer à des groupes de discussion.

Ces troubles sont souvent exacerbés par des facteurs sociaux et environnementaux, tels que l'incompréhension par les membres de la famille, de la communauté et le manque de soutien social.

Le début d'apparition des problèmes de santé mentale varie d'un bénéficiaire à un autre, pour certains individus, leurs problèmes de santé mentale remontent à leur enfance. Cela peut être dû à des expériences traumatisantes, à des violences physiques ou à des conditions de vie précaires dès le jeune âge. D'autres rapportent que leurs problèmes ont commencé il y a quelques années (de 2 à 7 années). Certains individus ont commencé à avoir des problèmes de santé mentale, dès l'adolescence, après avoir été initiés à la consommation de drogues et d'alcool.

Les bénéficiaires ont rapporté divers symptômes, notamment des hallucinations visuelles, auditives et cognitives, des insomnies, des céphalées, de l'anxiété, des troubles de l'humeur, des vertiges, des douleurs morales, et des troubles digestifs comme la diarrhée et la constipation.

## b. Une combinaison des soins psychiatriques traditionnels et modernes

Une approche hybride dans leurs trajectoires de soins, combinant les thérapies modernes avec celles des tradipraticiens est apparue suivant plusieurs participants.

### (i) Une prédominance du recours à la tradithérapie dans les parcours de soins

La primauté est généralement accordée aux tradipraticiens lors de la première consultation ou pour la collecte des soins. Plusieurs facteurs expliquent cette préférence. Ainsi, l'aspect financier joue un rôle central dans la mesure où certains considèrent que les tradipraticiens favorisent une accessibilité économique. Dans certains cas, leurs services peuvent être gratuits, notamment lorsqu'ils sont fournis par des connaissances proches. À l'inverse, les soins hospitaliers sont perçus comme plus coûteux. Cette barrière économique est renforcée par le prix élevé des médicaments psychotropes, les frais associés aux consultations et l'hospitalisation dans les établissements de santé mentale.

En plus, les conceptions traditionnelles et culturelles des troubles mentaux, exprimées par les enquêtés, ont occupé une place importante dans la compréhension et la prise en charge de ces affections. Ces troubles sont désignés par des appellations spécifiques dans différentes langues locales, renvoyant à des interprétations ancrées dans les croyances culturelles. Par exemple, en langue bambara, la plus parlée dans le pays, ils sont nommés *faa* (folie) ou *jine bana* (maladie des *jinn*), *fafolo* (maladie de l'esprit) en minianka, *kahango* (folie) ou *pouido* (maladie de l'esprit) en peul. Le rattachement des troubles mentaux à une cause surnaturelle, à savoir les *jinn* ou le diable, influence significativement les parcours de soins. Les thérapies mentales traditionnelles offrent une réponse adaptée aux interprétations culturelles et surtout en mettant en avant leur portée symbolique.

L'accès aux soins traditionnels dans les zones rurales est marqué par des contraintes liées à la distance et à l'accessibilité des services de santé mentale modernes. Des enquêtés rapportent que l'éloignement des centres de soins constitue une barrière dans les régions rurales où les structures de santé mentale sont peu présentes. Cette problématique est aggravée par l'absence de structures de traitement proches, rendant difficile un suivi régulier et la continuité

des soins nécessaires. De plus, les services de transport et le soutien logistique, souvent insuffisants, engendrent un accès limité aux soins de santé formels. Ces contraintes logistiques renforcent ainsi la préférence pour les soins traditionnels, plus accessibles dans ces contextes.

(ii) Une perception dominante de l'efficacité des psychotropes

Pour d'autres participants, les médicaments psychotropes sont plus "efficaces" que les traitements des tradipraticiens. Ainsi, « le médicament moderne est meilleur que le médicament traditionnel », « les médicaments de l'hôpital donnent rapidement la santé », « ça guérit plus rapidement que le médicament traditionnel », constituent les expressions les plus relevées auprès des enquêtés pour souligner l'efficacité des psychotropes.

Cette perception pourrait s'expliquer par l'efficacité rapide des psychotropes dans la gestion des symptômes les plus invalidants, notamment ceux perturbant le quotidien des patients et de leurs proches. Ce constat s'inscrit dans une conception également relevée dans d'autres contextes où l'action immédiate sur ces symptômes est valorisée sans pour autant signifier un résultat de guérison. Il a été démontré que le recouvrement d'une guérison totale s'insère dans des considérations symboliques qui requièrent une intervention sur les causes traditionnelles des troubles sur lesquelles agit spécifiquement l'action thérapeutique du tradipraticien.

### c. Des besoins de partage et de soutien communautaire

(i) L'impact restrictif des perceptions traditionnelles

Les participants ont mis en évidence des facteurs culturels qui freinent la communication sur les troubles mentaux au sein des cercles familiaux restreints. Ces barrières sont particulièrement visibles dans les interdits sociaux qui proscrivent d'évoquer la maladie mentale devant les femmes et les enfants. Ceci s'explique pour ce patient âgé d'une cinquantaine d'années par le fait que :

« cela peut permettre de faire fuiter certains secrets de la société ».

De même, les personnes souffrant de troubles mentaux sont souvent exclues de certaines activités sociales comme la participation aux cérémonies.

Ces pratiques trouvent leur origine dans des croyances traditionnelles selon lesquelles les troubles mentaux seraient fréquemment associés à l'action des *jinn*s, aux interdits sociaux et au maraboutage. Ces représentations, profondément ancrées, favorisent un cloisonnement socio-culturel qui exclut explicitement les femmes et les enfants des discussions sur la santé mentale. Ce silence imposé, intégré dès la socialisation masculine, contribue à établir le trouble mental comme un sujet tabou. En conséquence, cette dynamique inhibe l'expression des hommes sur leurs problèmes de santé mentale et limite leur capacité à partager ces préoccupations avec leur entourage immédiat, notamment avec leur épouse et leur famille. Ce silence entraîne une restriction du soutien domestique pour les hommes confrontés à des troubles mentaux, exacerbant leur isolement face à la maladie.

Parmi les populations maliennes, selon des groupes, des croyances traditionnelles agissent sur les dynamiques sociales et familiales des femmes atteintes de troubles mentaux. L'une des idées prédominantes dans certaines communautés est qu'une femme souffrant de trouble

mental ne doit pas s'approcher de son conjoint. Cette restriction repose sur la croyance selon laquelle un enfant issu de cette union pourrait hériter d'un handicap mental. Cette perception est susceptible de provoquer l'isolement des femmes dans leurs foyers conjugaux, surtout polygames et, dans de nombreux cas, le divorce. Une Femme trentenaire déclare :

*« Ma coépouse se moquait de moi, elle me provoquait, (..) elle dit aux gens que j'ai perdu la tête, que je suis devenu folle, et mon mari ne disait rien. Je suis vraiment triste de cette situation (...) mon mari m'a délaissé au profit de ma coépouse, il ne me confiait plus des commissions, même les petits plats qu'il me donnait à préparer. Ses frères et sœurs se moquaient de ma cuisine, et ils ne mangeaient même plus quand je préparais. »*

Ces pratiques culturelles alimentent des mécanismes d'exclusion sociale qui placent ces femmes dans une position de rejet au sein de leur famille et de leur communauté. Ces facteurs exacerbent la détérioration des conditions de vie des femmes confrontées à des troubles mentaux, en raison de l'absence de soutien social et de ressources nécessaires pour accéder à des soins adaptés.

(ii) Les limites des espaces de partage et l'importance du soutien communautaire et familial

La majorité des bénéficiaires expriment un besoin important de partager leurs expériences et leurs problèmes psychiques avec des personnes de confiance dans leur entourage immédiat. Ils ont évoqué un réseau de soutien faisant référence aux membres de la famille, aux amis proches et à des figures reconnues de la communauté, telles que les imams, les chefs de village et les griots. Cette femme âgée d'une trentaine d'années l'exprime comme suit :

*« J'ai besoin d'être avec mon mari et discuter de mon problème de santé et avec d'autres. Chez nous beaucoup de personnes parlent de leurs problèmes à l'imam ou le chef de village. Moi, avant de venir ici à l'hôpital pour le traitement, je suis partie leur parler. »*

Ces personnes sont perçues comme des ressources essentielles pour l'écoute, l'échange et la recherche de conseils face à des problèmes spécifiques de santé mentale. Ce besoin de communication s'inscrit dans une quête de soutien moral, d'explications et d'orientations adaptées.

Les participants relèvent une absence de soutien émotionnel et moral dans les espaces institutionnels ou professionnels. Ils indiquent hésiter à partager leurs difficultés dans ces contextes par crainte de stigmatisation ou de discrimination. Ce silence illustre une fracture entre le cadre des soins psychiatriques et informels des tradipraticiens, et les espaces communautaires et familiaux où les bénéficiaires vivent et passent la majorité de leur temps.

Au-delà des soins médicaux, les participants insistent sur la nécessité d'un appui communautaire pour répondre à leurs besoins quotidiens, comme le soutien moral, les conseils, et l'aide pratique (achat des médicaments, observance, moyens financiers divers, alimentation, hygiène corporelle et vestimentaire). La dépendance à la famille pour satisfaire des besoins élémentaires est exacerbée par les troubles psychologiques. Cependant, ce soutien familial, crucial pour leur bien-être, est souvent limité. Certains bénéficiaires évoquent

des relations familiales difficiles, marquées par des comportements de marginalisation et d'exclusion, reflétant toujours les préjugés de la société envers les troubles mentaux.

## C. Populations spécifiques

### a. Une grande variété de symptômes, sous-jacents d'un large spectre de problèmes de santé mentale

Les participants des différents groupes ont cité des symptômes correspondant à plusieurs problèmes de santé mentale et physique, notamment : dépression, anxiété, stress, troubles mentaux graves. Ces troubles s'accompagnent de maladies infectieuses (paludisme, typhoïde, tuberculose, VIH, hépatites, gale et IST), de soucis de santé divers (hypertension, hémorroïdes, diabète, asthme, malnutrition, douleurs musculaires).

Plus spécifiquement, par catégorie de personnes, sont mentionnés :

- Populations déplacées : peur, angoisse, panique, fait de rester toujours sur le qui-vive (hypervigilance), tristesse, chagrin, idées noires, insomnies (symptômes caractéristiques de l'anxiété et du syndrome dépressif), fait de parler ou rire seul, de se mettre à nu sans se soucier du regard des autres et de dire des propos bizarres (révélateurs de troubles mentaux) ;
- Détenus : pleurs, retrait social, manque de concentration, violence intérieure, fait de rire ou de parler seul, de se dénuder sans raison et d'énoncer des propos sans véritable sens ;
- LGBTQIA+ : tristesse, angoisse, absence de motivation, anorexie et idées noires ;
- Enfants des rues : hallucinations visuelles et auditives, propos incohérents, cris et parfois violence physique et verbale.

### b. Un soutien variable selon les catégories de personnes.

Les participants des différents groupes de discussion ont partagé leurs expériences concernant le soutien informel reçu de leurs familles, proches et personnes non-apparentées :

- Déplacés internes : les hommes comme les femmes n'ont pas reçu de soutien de leurs familles, proches ou autres personnes. Cela tient au fait que la plupart des familles sont dispersées et sans nouvelles de ses autres membres.
- Détenus : les hommes comme les femmes ont bénéficié du soutien de leurs familles et amis sous forme d'argent, de nourriture, de médicaments et de visites. Ce soutien a été déterminant pour faire face aux conditions difficiles de détention. Cependant, certaines femmes n'ont pas reçu de visites familiales ou de soutien en raison de leur comportement ou de l'absence de parents à Bamako.
- Populations clés : quelques participants ont reçu le soutien de leurs proches et de leurs familles, ce qui a été déterminant pour surmonter leurs difficultés. Cependant, la majorité a été rejetée et discriminée par leurs familles et la population générale.
- Enfants de la rue : d'une manière générale, les enfants des rues ne reçoivent pas de soutien et doivent se débrouiller seuls. Certaines filles signalent l'intervention exceptionnelle de

parents ou de personnes non-apparentées pour leur prise en charge en cas de situation critique, ce qui peut les sauver de la mort. Des garçons indiquent que des personnes non-apparentées leur viennent ponctuellement en aide en leur procurant des médicaments ou en les amenant dans des dispensaires pour les premiers soins. Ces phénomènes restent cependant isolés.

### c. Une place des valeurs et des croyances culturelles et religieuses différente selon les conditions de vie.

Les valeurs culturelles et religieuses jouent un rôle variable dans la manière dont les participants des différents groupes de discussion perçoivent et gèrent leurs problèmes de santé en général et mentale en particulier. Ainsi :

- Déplacés internes : les valeurs et croyances culturelles/religieuses empêchent souvent les participants de parler de leurs problèmes de santé, surtout en ce qui concerne les IST. Par pudeur, ils préfèrent discuter de ces problèmes avec des proches ou des hommes.
- Détenus : les valeurs culturelles et religieuses n'empêchent pas les hommes de parler de leurs problèmes de santé, dans la mesure où, au contraire, ils croient que pour trouver un remède, il faut parler de sa maladie. Ainsi, les croyances culturelles et religieuses ne limitent pas leur recherche de soins. En revanche, pour les femmes, par pudeur, elles n'exposent pas leurs problèmes de santé aux hommes (médecins), surtout pour les maladies gynécologiques, en raison de l'éducation qu'elles ont reçue. En revanche, aucune croyance ou valeur culturelle ne les empêche de rechercher des soins.
- Populations Clés : leur appartenance et orientation sexuelle font que leurs croyances et religions les empêchent souvent de parler de leurs problèmes de santé. Ainsi, les valeurs et croyances culturelles/religieuses limitent leur recherche de soins, car ils sont souvent perçus comme possédés par des esprits démoniaques ou maudits.
- Enfants de la rue : ils ne sont pas influencés par des croyances ou des religions. Ils vivent à l'écart de la société et ont moins de valeurs culturelles ou religieuses qui les empêchent de parler de leurs problèmes de santé. En revanche, ils n'ont pas de conseils ou de moyens pour rechercher des soins, et sont trop jeunes pour comprendre l'impact des croyances ou religions dans la recherche de soins.

## 6 - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### Conclusion

Le contexte du Mali se caractérise par l'absence d'une stratégie de santé mentale, ralentissant les avancées dans ce domaine. Le modèle hospitalier reste dominant du fait d'un processus de décentralisation en retard des soins en santé mentale dans les CSCOM et les CSref. De plus, l'absence de données statistiques centralisées, et en l'occurrence désagrégées, limite la compréhension des prévalences et des facteurs se rapportant aux troubles mentaux. Les estimations reposent principalement sur des données cliniques. Les déterminants socio-économiques, bien que rarement abordés, font apparaître des liens avec l'usage des substances psychoactives, les difficultés économiques et les traumatismes émotionnels.

Les capacités diagnostiques et thérapeutiques en santé mentale sont plus développées à Bamako que dans les autres régions du pays. Les structures situées dans ces localités régionales souffrent plus d'un déficit de professionnels qualifiés, de ressources logistiques et d'une prise en compte insuffisante de la santé mentale dans les stratégies administratives et budgétaires. Le faible taux de diagnostic d'ESPT dans les régions concernées par l'insécurité reflète l'insuffisance des compétences des praticiens. Par ailleurs, le recours et les référencement des patients vers Bamako s'expliquent par le manque de moyens thérapeutiques et d'hospitalisation locaux. Alors que l'accès limité aux psychotropes, tant pour les soignants que pour les patients, aggrave les lacunes de traitement, en particulier dans les zones de l'intérieur du pays.

Les bénéficiaires présentent une diversité de troubles. Ils développent une approche hybride de soins par la combinaison de la médecine moderne et des thérapies traditionnelles. Même si l'efficacité des psychotropes est reconnue par de nombreux participants à l'étude, ces traitements sont fréquemment associés aux pratiques traditionnelles avant, pendant, et après le parcours thérapeutique. Le recours initial aux tradipraticiens s'explique suivant nombre d'enquêtés par leur accessibilité économique. Néanmoins, il s'appuie également sur des croyances profondément ancrées et les implications culturelles qui en découlent.

Le quotidien de ces personnes vivant avec une santé mentale altérée est souvent caractérisé par un déficit de soutien à la fois familial et communautaire. Ce contexte est tributaire des représentations négatives liées à la honte, au silence et au tabou, renforçant les effets des symptômes psychiques. Par ailleurs, des enquêtés ont rapporté que leur quotidien est compliqué par l'absence ou le délitement de l'effort moral et économique escompté de la famille et de la communauté. Ils ont souligné des expériences de rejet, de stigmatisation et de discrimination dans leur environnement immédiat et plus élargi. Chez les Minianka, les mécanismes de solidarité informels sont entravés par des normes culturelles et des croyances qui tendent à exclure des sphères sociales les personnes en situation de trouble, en particulier les femmes. Parallèlement, ces dynamiques compromettent l'accès aux réseaux de partage et de soutien, pourtant essentiels à leur bien-être et leur intégration sociale.

## Recommandations

Les travaux conduits et les échanges avec les experts du Mali ont mis en lumière plusieurs domaines clés où des changements pourraient significativement améliorer la prise en charge des troubles mentaux, notamment :

- Améliorer l'accès aux soins, par le développement de centres de traitement dans les zones rurales et la formation de davantage de soignants spécialisés pour assurer une couverture adéquate,
- Favoriser la sensibilisation et l'éducation, via des campagnes de sensibilisation et des programmes éducatifs pour promouvoir une meilleure compréhension des troubles mentaux et réduire la stigmatisation,
- Soutenir l'intégration des soins, afin de combiner les avantages des soins traditionnels et modernes pour offrir des solutions de santé mentale plus complètes et adaptées,
- Promouvoir l'amélioration des conditions de traitement, via l'amélioration des conditions d'hospitalisation et la mise en place des programmes de réinsertion socio-professionnelle pour aider les patients à retrouver une autonomie financière et sociale,
- Contribuer à permettre la réduction des coûts, pour rendre les médicaments et les traitements plus abordables pour les patients afin de faciliter l'accès aux soins,
- Contribuer au renforcement des réseaux de soutien informel et à la fourniture de ressources supplémentaires pour aider les populations vulnérables qui sont livrées à elles-mêmes, souvent en raison de la dispersion des familles, de la stigmatisation, ou de l'absence de ressources.

### III. La santé mentale en Mauritanie

#### 1. PERSPECTIVE HISTORIQUE : DES CONSULTATIONS “SOUS LA TENTE” A L’ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE HOSPITALIERE

Avant l'indépendance en 1960 de la Mauritanie, le pays ne disposait d'aucun service psychiatrique formel. La prise en charge des personnes avec des difficultés de santé mentale dans le pays reproduisait le modèle colonial de l'enfermement des plus violents et/ou qui troublent l'ordre public compte tenu du manque de structures psychiatriques et de spécialistes.

Ce n'est qu'en 1975 que la psychiatrie moderne a fait son apparition, grâce au Dr Alhoussein Dia après un parcours académique en psychiatrie à Dakar. Il mit en place des consultations et des hospitalisations au sein de l'Hôpital national de Nouakchott (Hamady et al., 2005; Hamisultane-Lahlou, 2022). Influencé par le Dr Henri Collomb, il adopte une approche transculturelle essentiellement biomédicale qui va marquer jusqu'à aujourd'hui la gestion de la santé mentale dans le pays. Une ouverture de la psychiatrie au contexte culturel mauritanien est entreprise. L'introduction de tentes, conformément au modèle de logement répandu et apportées par les familles autorisées à accompagner leurs proches hospitalisés, s'inscrit dans cette dynamique. De même, Dr Dia se montre attentif aux logiques locales du trouble mental.

En 1978, le succès de sa démarche psychiatrique conduit à la création d'un pavillon de psychiatrie à l'Hôpital national de Nouakchott. Il y reproduit l'inclusion de tentes où seront hospitalisées des patients dans l'hôpital en raison de la faible capacité d'accueil de la structure.

La création en 1990 du premier service psychiatrique, le Centre neuro-psychiatrique (nommé Centre hospitalier des Spécialités), et l'augmentation des demandes de consultations témoignent d'une prise de conscience croissante de la portée de la psychiatrie au sein des populations mais aussi des autorités politiques. S'en suivra une décentralisation de services psychiatriques à Nouakchott, à la Polyclinique et à l'hôpital militaire, ainsi que des antennes psychiatriques à Atar (au centre-ouest de la Mauritanie), Kaédi et Rosso (au sud de la Mauritanie), et Aïoun (au sud-est de la Mauritanie) (Hamady et al., 2005). Ces structures sont moins pourvues en personnel qualifié et en capacité d'accueil que les autres structures de santé mentale localisées à Nouakchott. Ces dispositifs connaissent des difficultés de fonctionnement (infra 4.A). Ils sont souvent pilotés par un seul technicien supérieur en santé mentale, n'ont souvent pas de lits dédiés spécifiquement à la santé mentale et sont donc marginalisés par les administrations dont ils dépendent.

En 1998, la santé mentale est devenue une priorité nationale conduisant en 2000 à la mise en place d'un programme de sensibilisation, de diagnostic et de traitement des troubles mentaux. Les patients commencent à s'adresser aux psychiatres comme le soutiennent les psychiatres Dr Sall et Dr Diagana (Citymag Nouakchott, 2013), illustrant un changement de

perception. Bien que positive, cette évolution est confrontée à des défis, notamment le manque de ressources humaines et l'insuffisance des infrastructures. La formation en psychiatrie est toujours inexistante dans le pays.

Depuis 2010, un projet collaboratif initié par l'ONG Santé Sud, le ministère de la Santé mauritanien, la Communauté urbaine de Nouakchott, et des partenaires internationaux visent à améliorer l'accès aux soins en santé mentale dans la capitale (Diagana, 2012). Cependant, dans la mesure où, à cette période, quatre psychiatres<sup>23</sup> seulement sont disponibles pour une population de trois millions d'habitants, un comité est créé pour structurer un réseau de soins, former des professionnels et sensibiliser la société aux besoins en santé mentale. Malgré ces avancées, des défis majeurs subsistent, comme l'absence de protection juridique pour les malades, des difficultés médico-légales dans la prise en charge mais surtout l'impact des croyances locales.

Notons que dès ses débuts à l'hôpital national de Nouakchott, le Dr Dia a dû faire face à la méfiance de ses pairs, illustrant ainsi le défi d'introduire une médecine moderne dans un contexte où les pratiques traditionnelles dominent (Dia, 2008). Selon ce dernier, les réserves les plus nettes venaient du personnel de santé, révélant une lutte entre deux paradigmes : celui de la psychiatrie moderne et celui des soins traditionnels, souvent dispensés par des marabouts.

La représentation des soignants traditionnels capables de soigner les troubles mentaux souvent perçus comme des manifestations de possession ou de sorcellerie, reste profondément ancrée au sein des populations. Lors d'une interview, le psychiatre Dr Sall déclare :

*« nous avons des schizophrènes qui nous arrivent après 20 à 30 ans de maladie passé à consulter les marabouts jusqu'au moment où ils n'ont plus rien pour payer. Ou encore le remède de la grand-mère pour chasser les mauvais esprits, les talismans. »* (Citymag Nouakchott, 2013).

Les soubassements culturels et religieux de cet ancrage font que ces derniers sont mis en avant dans la prise en charge.

Une frontière ténue entre la tradithérapie et la médecine moderne exposant les patients, particulièrement en santé mentale, à des risques détermine le contexte mauritanien (Dia, 2008). Elle procède, en effet, d'un manque de réglementation et de contrôle sur les pratiques des marabouts qui utilisent parfois librement des neuroleptiques sans la compétence requise, ce qui est porteur de risques pour les patients. Jusqu'à présent, aucune législation ou réglementation ne régle la pratique de la médecine traditionnelle dans le pays.

---

<sup>23</sup> L'effectif de psychiatres renseigné dans ce document a évolué selon les données remontées par notre étude comme évoqué infra §4.A.

## 2. PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DETERMINANTS

### A. Population générale

#### a. Une absence de données actualisées de prévalence de troubles mentaux

Les études sur la prévalence des troubles mentaux en population générale font défaut. Les données connues dans ce domaine proviennent d'une enquête de 2005 intitulée « La santé mentale en population générale : images et réalités » (Hamady et al., 2005). Cette enquête a concerné 891 personnes « représentatives de la population de Nouakchott (selon le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le niveau éducation et la langue) ».

Selon cette enquête, 299 personnes, soit 35%, présentent au moins un trouble psychique. Parmi les prévalences spécifiques, 20 % des personnes souffrent de troubles anxieux, 19 % de troubles de l'humeur, 2,4 % de troubles d'allure psychotique et 0% pour les troubles liés à la consommation d'alcool.

S'agissant des troubles anxieux, les hommes et les femmes en sont atteints de la même manière. Les 30-40 ans sont les plus affectés et les jeunes le sont moins. Les mariés présentent plus couramment des troubles anxieux que les personnes célibataires, séparées et veuves.

Les troubles dépressifs se présentent plus souvent chez les femmes que chez les hommes et chez les mariés que chez les célibataires, les séparés et les veufs. Les 40-49 ans, les chômeurs et les plus instruits en sont plus victimes que les jeunes.

Toujours selon cette enquête, il existe une réduction à la folie des problèmes de santé mentale (dépression comme anxiété). Les représentations traditionnelles et religieuses concourent à cette réduction du trouble mental à la folie.

La représentation selon laquelle la folie ne se guérit pas, bien qu'elle puisse être apaisée ou stabilisée, demeure largement partagée. Cette conception repose sur une attribution des causes du trouble à des forces extérieures à l'individu, susceptibles d'être neutralisées par des pratiques d'exorcisation mobilisées dans le cadre de la tradithérapie. Les marabouts participent à l'élaboration et à la circulation de ces interprétations à travers leurs diagnostics et les traitements qu'ils proposent, en résonance avec les référents culturels et religieux du contexte. C'est dans cette configuration, que la psychiatrie suscite certaines réserves. De plus, même si les psychotropes sont reconnus pour leur capacité à contenir les manifestations de la maladie, ils font l'objet de perceptions ambivalentes, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

Si l'étude ne mentionne pas de cas liés à la consommation d'alcool et au suicide, l'OMS fait état de 3 cas de suicide sur 100 000 habitants dans le pays en 2019. De plus, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 de la Mauritanie évoque dans ses objectifs la réduction des taux de mortalité par suicide et de consommation d'alcool par habitant, tout en augmentant l'accès aux traitements pour les troubles de toxicomanie dans sa stratégie pour la psychiatrie et la neurologie.

## b. L'influence significative des violences sexuelles féminines malgré leur tendance à la baisse

Une étude du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), menée auprès de 11 874 ménages dans le pays, révèle en substance des souffrances psychologiques et des violences sexuelles ancrées dans les dynamiques de genre (Unicef, 2017). Une pratique remarquée, le gavage forcé des jeunes filles<sup>24</sup>, bien qu'en déclin, reste préoccupante dans ses formes actuelles, notamment « l'auto-gavage ». Ce processus, lié aux normes socio-culturelles valorisant un idéal de féminité, expose les femmes à des vulnérabilités psychologiques durables. Ces codes culturels sont également associés à des pratiques comme le mariage précoce.

Par ailleurs, la violence conjugale bénéficie d'une certaine acceptation sociale : 26 % des jeunes femmes et 18 % des jeunes hommes mauritaniens considèrent la violence domestique justifiée dans certaines situations. Chez les femmes, la raison la plus fréquemment avancée pour cette violence est le refus des rapports sexuels. Ces normes et justifications sont inculquées dès l'enfance, renforçant ainsi les inégalités de genre et les vulnérabilités psychologiques qui en découlent.

La législation mauritanienne, marquée par des lacunes significatives en matière de protection contre les violences basées sur le genre, influence structurellement le silence imposé aux victimes. Ce silence est également renforcé par des pressions exercées par les réseaux sociaux et familiaux, qui perpétuent des normes culturelles de dissuasion face à la dénonciation. Ce qui tend à leur impunité.

Toujours selon cette étude de l'UNICEF, les mutilations génitales féminines, sources de problèmes de santé mentale, restent largement répandues en Mauritanie. Environ deux femmes sur trois en sont affectées, malgré leur interdiction officielle. Ces pratiques, profondément ancrées dans certaines communautés, continuent de marquer les normes sociales. Bien qu'une diminution de leur acceptation sociale soit observée, leur ampleur, même difficile à quantifier est réelle, indiquant les tensions entre traditions culturelles et efforts législatifs et surtout éducatifs.

---

<sup>24</sup> « Historiquement, le gavage se faisait dans les campements, dès l'âge de 10 ans, avec l'administration de quantités importantes de lait de chamelle aux jeunes filles (jusqu'à 12 litres par jour). Il s'agissait de pratiques violentes, réalisées sous la contrainte durant environ 2 ans, jusqu'à ce que la jeune fille devienne obèse. (...) Pratique ancestrale en Mauritanie, le phénomène de gavage des femmes est associé à la valorisation sociale de l'embonpoint, voire de l'obésité. (...) cette obésité serait le reflet d'une « richesse flatteuse » pour les parents ou le mari, un facteur de séduction et un élément de distinction sociale. (...) Le gavage est souvent associé aux mariages précoces : la jeune fille, dont le poids est disproportionné pour son âge, peut être mariée plus facilement », (Unicef, 2017).

## **B. Populations spécifiques : Des premières données sur les réfugiés grâce au futur projet de Terre des Hommes – Lausanne financé par l'AFD**

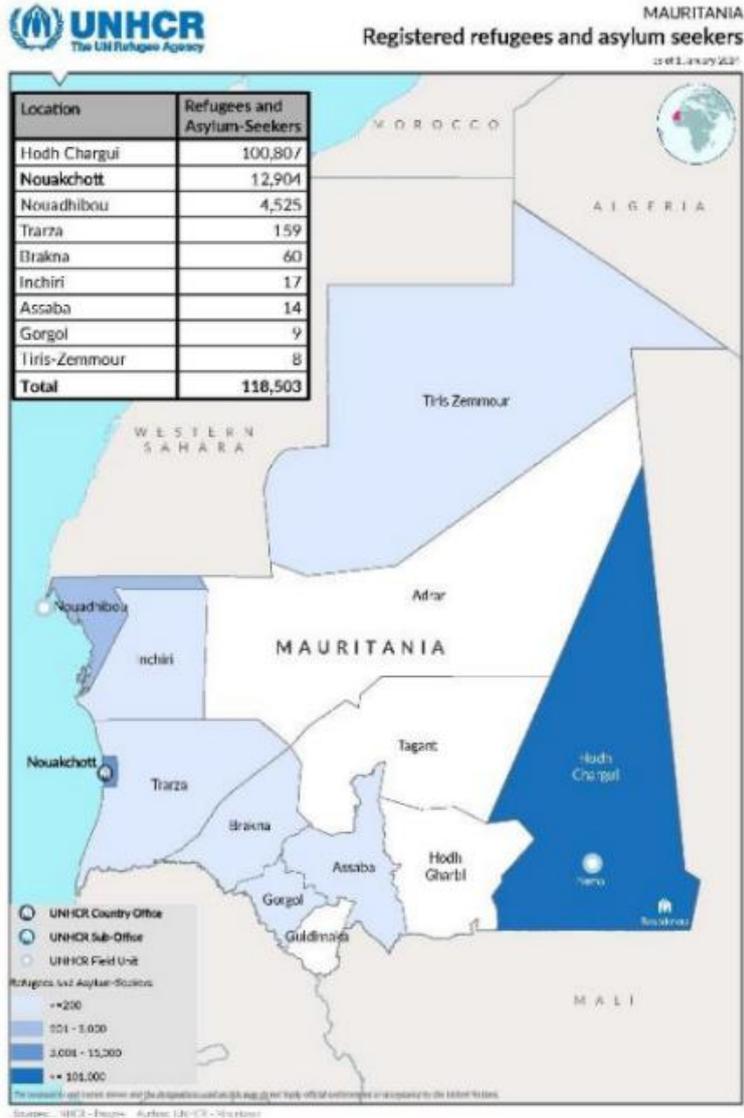
Les données sur la prévalence des troubles mentaux de populations spécifiques font tout autant défaut que celles sur la population générale. Les rares informations ayant pu être recueillies concernent ainsi uniquement les populations réfugiées.

Selon les données au 31 octobre 2024 du Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés<sup>25</sup>, le nombre de réfugiés et demandeurs d'asile enregistrés dans ses bases, s'élève à 154 361 pour la Mauritanie, dont 133 922, soit près de 87 %, sur la seule région du Hodh Ech Chargui (HEC) à l'est du pays.

Cependant, comme indiqué dans le même document, de nombreux réfugiés ne sont pas enregistrés dans ces bases, et leur nombre total est estimé à 242 000 (Augou, 2024), la différence, soit 90 000 réfugiés environ, étant répartis dans 70 villages d'accueil.

---

<sup>25</sup> UNHCR. Registered Refugees and Asylum Seekers in Mauritania as of 31 / 10 / 2024.



Carte administrative présentant la situation des réfugiés en Mauritanie (UNHCR, 2023)

De nombreuses ONG interviennent auprès de ces personnes, comme nous le verrons au § suivant. Pour autant, si certaines interviennent dans le champ de la santé mentale et du soutien psychosocial, il y a très peu d'études sur la prévalence des troubles mentaux parmi les populations réfugiées. La seule étude conduite, à notre connaissance, de manière large est celle de TdH-L dans le cadre du projet "Projet Al- Afiya - Réponse aux besoins de santé mentale et soutien psychologique dans la région du Hodh Ech Chargui" de l'AFD, dont quelques données sont présentées infra 5. C.

### 3. POLITIQUE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE

La Mauritanie a élaboré un Programme National de Santé Mentale (PNSM), neurologique et de toxicomanie ; cependant, l'étude n'a pu obtenir d'informations détaillées sur les axes de ce programme. De surcroît, la page internet du PNSM sur le site du ministère de la Santé est vide<sup>26</sup>.

Dans l'histoire institutionnelle récente, la santé mentale apparaît à 3 reprises :

- i. Dans un premier temps, au sein du Plan Stratégique National intégré et multisectoriel de prévention et de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) 2018-2022. Il y est acté qu'un service de lutte contre les MNT a été mis en place au sein de la Direction de la lutte contre la maladie du Ministère de la santé. Il a pour mission de coordonner la lutte contre les MNT dont les activités des différents programmes de santé en charge de ces maladies : programme de lutte contre le tabac, la santé mentale, la santé buccodentaire et la lutte contre la cécité.
- ii. Le sujet de la santé mentale apparaît ensuite dans le PNDS 2021-2030 de la Mauritanie (République Islamique de la Mauritanie, 2021). Elle y est là également intégrée aux maladies non transmissibles. Le PNDS met en avant une stratégie centrée sur la santé mentale et neurologique. Cette initiative vise à intégrer des actions ciblées pour réduire les inégalités en matière de santé mentale et à renforcer les structures de soins dans le pays. Conformément aux objectifs de la politique nationale de santé à l'horizon 2030 et à la Stratégie de Santé Communautaire et d'Accès aux Soins Primaires (SSCAPP) 2016-2030 (FAO, 2016), cette approche comprend plusieurs objectifs spécifiques pour structurer l'accès aux soins, sensibiliser la population aux enjeux de la santé mentale, et améliorer les capacités de prise en charge à tous les niveaux du système de santé. Ces initiatives indiquent une orientation de l'État à lever les obstacles économiques pour permettre un meilleur accès aux soins en santé mentale pour tous. Parmi les objectifs clés figurent :
  - la réduction des taux de suicide et de la consommation d'alcool : l'objectif est de diminuer le taux de mortalité par suicide et la consommation d'alcool par habitant, tout en augmentant l'accès aux traitements pour les troubles de toxicomanie ;
  - le renforcement de la protection des femmes et des filles : le plan prévoit de réduire les VBG, en diminuant les cas de violences physiques, sexuelles ou psychologiques, ainsi que les mutilations génitales féminines ;
  - le développement d'un plan stratégique de santé mentale : ce plan, élaboré avec les acteurs locaux et nationaux, vise à (i) améliorer les services de santé mentale et neurologique via la décentralisation de la prise en charge des troubles mentaux et des pathologies neurologiques légères, en assurant des soins jusqu'aux Centres de Santé (CS) et en renforçant les capacités des professionnels de santé, (ii) un renforcement des capacités de prise en charge, spécialement les traumatismes suite à la violence fondée sur

---

<sup>26</sup> Source : <https://majessc.gov.mr/fr/services-de-sante-mentale-et-sante-de-la-reproduction/>

le genre, et (iii) un suivi technique en cascade par les services centraux qui servent de référence nationale, et les équipes cadres de wilaya et de moughataa.

- iii. Une conférence sur la santé mentale, organisée à Nouakchott le 30 octobre 2024, sous le haut patronage du ministre de la Santé, sous l'appellation « 1ère journée scientifique internationale de la santé mentale en Mauritanie ». La conférence, qui a réuni des professionnels venus de Tunisie, du Maroc, du Sénégal et des Émirats Arabes Unis, et, en visio conférence, Américains, ainsi que des acteurs nationaux associatifs, professionnels et administratifs, était constituée de 3 panels : (i) Santé mentale : État des lieux, perspectives, défis et opportunités, (ii) La santé mentale en milieu de travail : stratégies pour un environnement sain et productif, et (iii) Prendre en charge la santé mentale dans les contextes de crise sanitaire et de conflit sécuritaire.

Les principaux points de débat ont été les suivants :

- Capacités d'accueil : Face à l'insuffisance des capacités d'accueil en psychiatrie (l'unique service d'hospitalisation de psychiatrie compte uniquement 20 lits pour toute la Mauritanie pour une population de près de cinq millions d'habitants), le plaidoyer pour l'émergence d'autres services. A ce titre, la direction de la médecine hospitalière du ministère de la Santé a évoqué une nouvelle stratégie visant à installer des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.
- Données nationales : l'absence préjudiciable de données nationales en santé mentale, alors que des organes et des services pour les collectes et les analyses des données existent, et cependant n'arrivent pas à fonctionner. Au cas particulier de Santé mentale et travail, l'absence de données nationales oblige les professionnels à recourir à des statistiques provenant d'autres pays.
- Santé mentale et genre : la nécessité de prendre en compte le genre en santé mentale, du fait de l'exposition accrue des femmes et des filles aux problèmes en la matière.
- Réhabilitation psychosociale par la remédiation cognitive : l'importance d'agir sur les capacités cognitives pour favoriser le lien social, facteur de succès de mieux-être psychologique pour de nombreuses personnes.

De l'avis des experts de l'étude présents à cette conférence, celle-ci a eu le mérite d'ouvrir le sujet à haut niveau, à travers l'exposé de multiples sujets, qui doivent désormais être structurés et donner lieu à la mise en place d'une réelle stratégie en santé mentale au niveau national.

En synthèse, bien qu'ayant été écrite il y a 3 ans, l'initiative autour de la santé mentale dans le PNDS n'a donné lieu, exceptée la journée internationale de la santé mentale évoquée plus haut, à aucune action visible, ni à un exercice d'évaluation qui aurait permis d'appréhender à la fois la nature et la qualité des actions mises en œuvre.

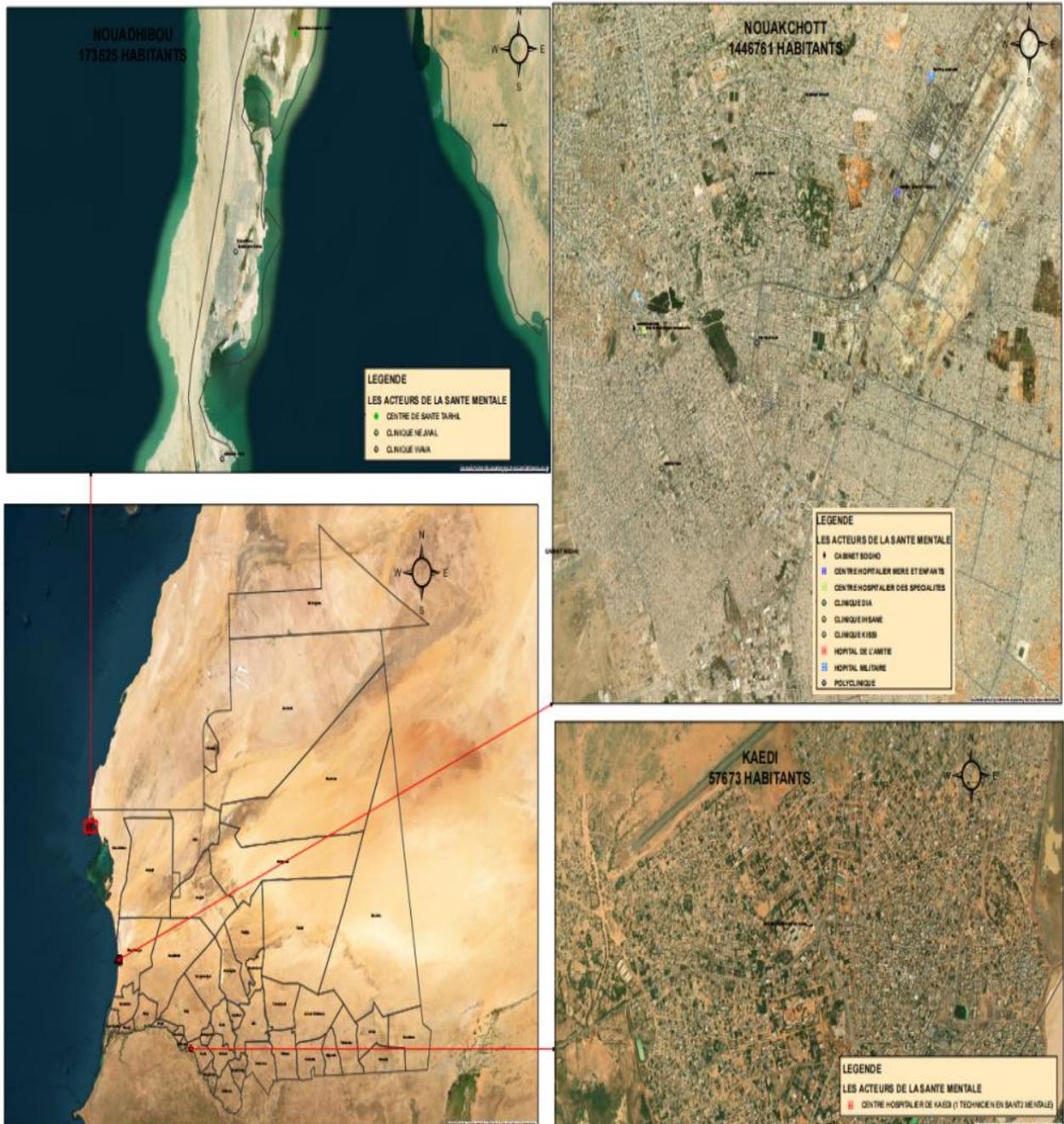
Au-delà, dans un contexte budgétaire où la part du budget santé dans celui global de l'État est passée de 3,9% en 2012 à 4,6% en 2015, soit un niveau très en deçà des objectifs prévus par le PNDS (8,5%) et par la Déclaration d'Abuja (15%), les financements alloués à la santé mentale en Mauritanie risquent de rester fortement insuffisants par rapport aux besoins de la population. La journée scientifique apparaît dès lors comme l'espoir d'un amorçage positif en

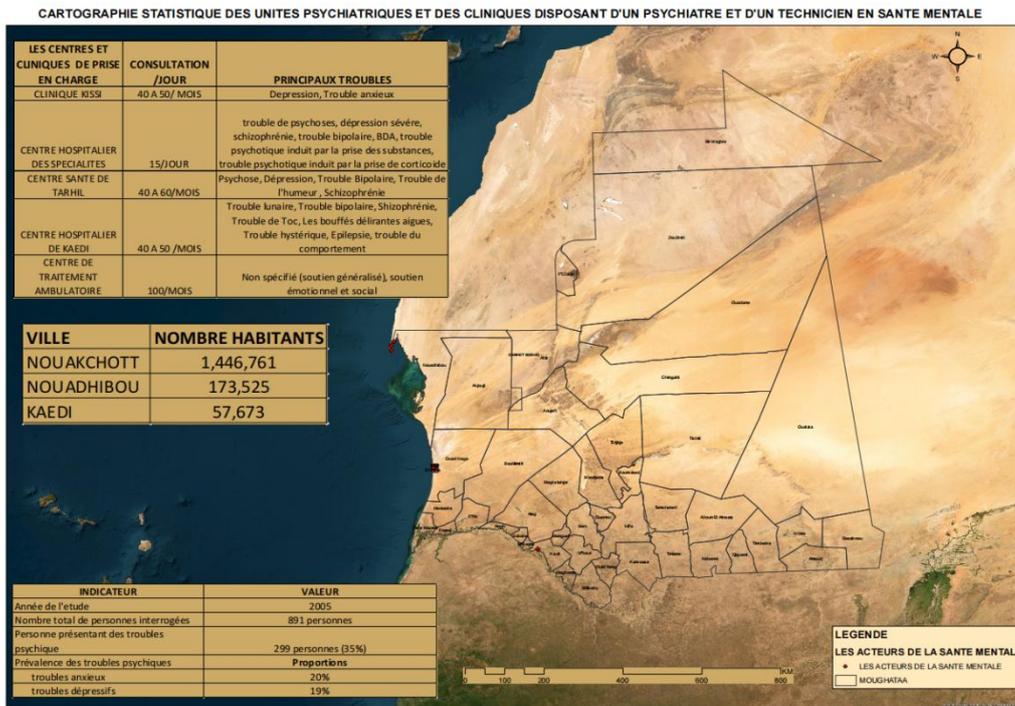
la matière, sans que cependant des décisions fortes n'aient été prises, et les motivations et les moyens de l'organisation de cette journée identifiés.

## 4. ACTEURS : VISION ET METHODES DE PRISE EN CHARGE

### A. Acteurs publics locaux

CARTOGRAPHIE VISUELLE DES UNITES PSYCHIATRIQUES ET DES CLINIQUES DISPOSANT D'UN PSYCHIATRE ET D'UN TECHNICIEN EN SANTE MENTALE





Cartographies réalisées dans le cadre de l'étude

Le pays n'abrite pas d'hôpital spécialisé en santé mentale, uniquement un service hospitalier au Centre hospitalier des Spécialités, et des dispositifs publics secondaires principalement concentrés à Nouakchott. Les antennes et unités publiques en santé mentale dans les régions restent limitées, avec peu de progrès en termes de nouveaux dispositifs par rapport à ceux documentés dans la partie historique. Alors qu'elles remplissaient un rôle non négligeable dans la décentralisation des soins face à leur nombre réduit, l'étude renseigne que celles de Nouadhibou (située à l'ouest de la Mauritanie) et de Kaédi sont les seules opérationnelles actuellement. Le fonctionnement de ces structures s'est heurté à la faible priorité accordée à la santé mentale dans les politiques administratives. Les techniciens en santé mentale affectés à ces structures ont déploré un manque de ressources et des conditions inadéquates d'exercice de leurs missions. Face à ces contraintes, ils ont choisi de se redéployer volontairement vers Nouakchott, et certains d'entre eux se sont reconvertis vers d'autres métiers. Avec la pénurie de ces professionnels, de nouvelles affectations à ces antennes n'ont pas été effectuées.

La centralisation des services en santé mentale à Nouakchott est accentuée par l'implantation de cliniques privées avec des spécialités en psychiatrie, qui accueillent principalement des patients de classes sociales et économiques favorisées. Elles offrent une alternative aux services psychiatriques publics, souvent perçus comme stigmatisants et donc une possibilité aux usagers les plus aisés d'éviter les préjugés défavorables associés à ces établissements. L'étude révèle que ce sont les psychiatres du secteur public qui interviennent dans ces cliniques privées, fondant ainsi la différenciation entre les modalités de prise en charge selon les capacités financières des patients. En définitive, ceci met en avant des inégalités d'accès aux soins. Les structures de santé mentale en Mauritanie sont présentées dans le tableau ci-après :

<b>Liste des structures de santé mentale de la Mauritanie</b>			
<b>Statut</b>	<b>Nom des structures</b>	<b>Capacité d'accueil</b>	<b>Localisation</b>
<b>Établissements publics</b>	Hôpital militaire	Non renseigné	Nouakchott
	Service psychiatrique, Centre hospitalier des Spécialités	20 lits	Nouakchott
	Centre hospitalier Mère-Enfant	0 lit	Nouakchott
	Polyclinique de Nouakchott	Non renseigné	Nouakchott
	Centre hospitalier de l'Amitié	0 lit	Nouakchott
	Centre de Traitement ambulatoire	0 lit	Nouakchott
	Centre hospitalier de Kaédi <sup>27</sup>	2 lits	Kaédi
	Centre de santé de Nouadhibou	6 lits	Tarhil
<b>Cliniques privées</b>	Cabinet Sogho	Non renseigné	Nouakchott
	Clinique Ihssane	0 lit	Nouakchott
	Clinique Dia	Non renseigné	Nouakchott
	Clinique de Nejwal	0 lit	Nouadhibou
	Clinique Wava	0 lit	Nouadhibou

<sup>27</sup> Les capacités d'accueil des centres secondaires (Centre hospitalier de Kaédi et Centre de santé de Nouadhibou) incluent la mise à disposition de lits destinés, selon les besoins, aux patients nécessitant des soins en santé mentale. Ainsi, ils n'apparaissent pas dans le décompte officiel de lits du pays, ces centres n'étant pas considérés comme des structures spécialisées en santé mentale.

L'effectif des professionnels en santé mentale du pays est : 10 psychiatres, 1 ou 2 psychocliniciens, 16 techniciens en santé mentale. Ces derniers techniciens sont l'équivalent des infirmiers, ils sont formés en psychiatrie et sont autorisés à prescrire des médicaments. Il ressort néanmoins que ces professionnels sont plus concentrés à Nouakchott, qui abrite l'essentiel des dispositifs en santé mentale comme précisé plus haut. La formation des psychiatres se fait la plupart du temps en France et au Sénégal. Les techniciens en santé mentale sont formés à l'Ecole nationale de Santé de Nouakchott ; cependant, la dernière promotion date de 2017. L'interruption de ces formations découle d'un désengagement des psychiatres en charge de la supervision de ces professionnels en formation, selon une source ayant requis l'anonymat. Ce désengagement serait lié à des tensions corporatistes apparues entre certains psychiatres et techniciens supérieurs en santé mentale. Néanmoins, les causes réelles de ces conflits n'ont pu être documentées lors de l'étude, faute d'autres témoignages ou d'éléments concluants. Les troubles les plus constatés et pris en charge dans ces structures sont les psychoses, la dépression et l'anxiété, l'épilepsie, la schizophrénie, le trouble bipolaire, la bouffée délirante aiguë, le trouble psychotique induit par la prise de substances.

Les méthodes diagnostiques utilisées dans les structures de santé mentale s'appuient sur des approches classiques telles que la consultation et l'observation psychiatriques. Des tests urinaires tout comme des analyses de sang peuvent accompagner ces méthodes de diagnostic dans les cas présumés d'usage de substances psychoactives ou de comorbidités. En termes de prise en charge, les dispositifs mettent en avant l'utilisation de psychotropes adaptés, combinée à des interventions thérapeutiques comme la psychothérapie de soutien et des techniques de relaxation.

Ainsi, les psychiatres à Nouakchott rencontrent plusieurs difficultés majeures dans l'exercice de leurs fonctions. La faiblesse de leurs effectifs et des autres professionnels essentiels à la prise en charge des patients constitue un problème fondamental. Il en est de même du manque des formations régulières de ces derniers aux nouvelles pratiques et approches en matière de santé mentale. L'indisponibilité des médicaments nécessaires pour traiter les troubles mentaux reste un défi critique. La stigmatisation représente un obstacle significatif, touchant à la fois les psychiatres et leurs patients. Enfin, les professionnels de la santé mentale font face à des préjugés qui tendent à minimiser l'importance de leur travail, tandis que les patients sont aussi souvent stigmatisés.

## B. Acteurs institutionnels internationaux

### Haut-Commissariat pour les Réfugiés

Le HCR a une action psychosociale significative envers les réfugiés. Ainsi, l'approche en matière de santé mentale et soutien psychosocial est intégrée dans les réponses de protection et de santé (nutrition, protection à base communautaire) ainsi que dans les activités liées à l'éducation et la mise à l'abri. Les principales actions mises en œuvre couvrent ainsi les axes suivants:

- le renforcement du soutien communautaire et familial, à travers la mise à disposition de quatre espaces pour les enfants, la formation dans la prise en charge et le bien-être des enfants des enseignants des écoles primaires, secondaires, ainsi que des centres préscolaires, la mise en place de structures communautaires composées de femmes œuvrant pour le bien être des femmes ;
- le soutien psychosocial spécifique, à travers des activités d'art-thérapie pour les adolescents et jeunes adultes, ainsi que spécifiques pour les enfants vivant avec un handicap physique et/ou mental, des activités récréatives et culturelles pour renforcer l'épanouissement émotionnel et social des adolescents et jeunes adultes ;
- des soins de santé mentale spécialisés, à travers des activités de thérapie individuelle, des formations aux membres de la communauté et aux agents de santé dans le camp, des thérapies de groupe, la prévention et la réponse aux VBG avec une assistance psychosociale en présence d'un psychologue et d'une unité de service de santé mentale, un infirmier spécialiste en santé mentale a été désigné au sein du camp de Mbera par le ministère de la Santé et un espace a été dédié aux consultations, traitements et interventions de protection, une formation en santé mentale et soutien psychosocial à destination des médecins généralistes et des infirmiers permettant d'identifier et de référer les cas qui ont besoin d'une prise en santé mentale et/ou d'un soutien psychosocial.

Ainsi, 1 204 jeunes et adolescents ont bénéficié du programme d'activités d'art-thérapie. Les réfugiés ont bénéficié des services de soutien psychosocial spécialisé de la part du psychologue : 700 à travers la thérapie de groupe et 112 à travers la thérapie individuelle. 1 140 jeunes et adolescents ont bénéficié d'activités sportives et culturelles au sein des centres psychosociaux et 42 bénéficiaires participent à la nouvelle activité d'art-thérapie récréative initiée en faveur des enfants et adolescents souffrant de troubles psychopathologiques et/ou neurologiques (UNHCR, 2022). Ces actions n'ont pas donné lieu à la publication d'une évaluation publique qui aurait permis (i) de mieux comprendre le dispositif mis en place (nombre de sessions, nombre d'enfants par session, périodicité, travaux effectués et leur mode d'exploitation), et (ii) d'apprécier les résultats obtenus. Habituellement, ce type d'actions nécessite de s'inscrire dans la durée pour espérer ancrer les bénéfices chez les bénéficiaires.

## C. Acteurs humanitaires

PRISE EN SMSPS	Nombre de consultations par an	Populations Ciblées
NOURA	80	Victimes de VGB, porteurs du VIH Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
SAEIDNI-M	122 Femmes 40 Adolescents (103 tendances suicidaires)	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
AICD	...	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
MDM	800	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
TdHL	...	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
AMSME	...	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
AFCF	...	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
CARITAS	...	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris
AMDH	...	Victimes de VGB, porteurs du VIH, Femmes enfants incarcérés, Femme et enfants en conflit avec la loi, Victimes de maltraitance, réfugiés, sans abris

### Population

	2019
1 Mauritanie	4,077,347
2 Nouakchott	1,195,636
3 El Hodh El Charghi	502,594
4 Assaba	377,656
5 Gorgol	369,892
6 Brakna	326,083
7 El Hodh El Gharbi	324,165
8 Guidimackha	308,457
9 Trarza	301,060
10 D. Nouadhibou	145,939
11 Tagant	83,976
12 Adrar	61,052
13 Tiris Zemmour	56,413
14 Inchiri	24,425

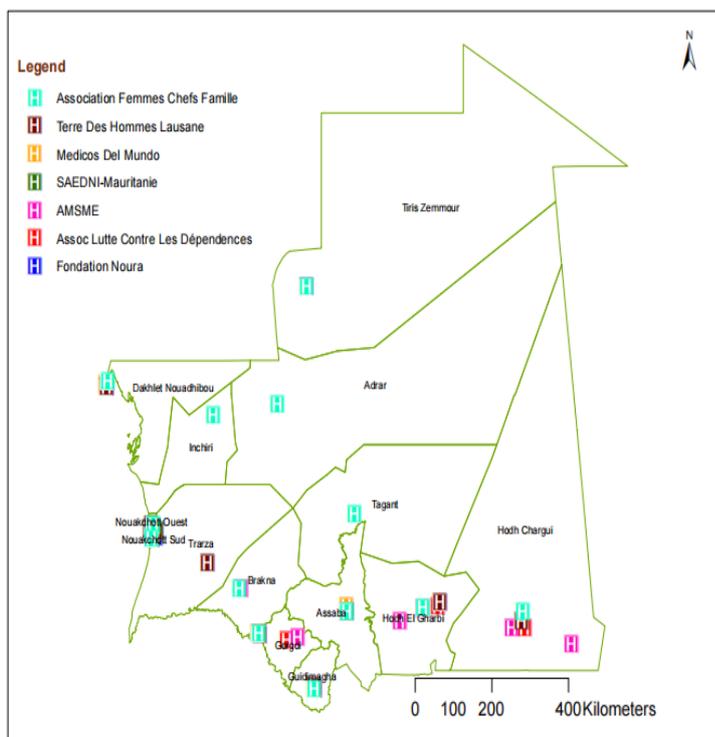
Opendata africa

MNEIN\_Solutions Pour le compte de Fouleye sidi CAMARA

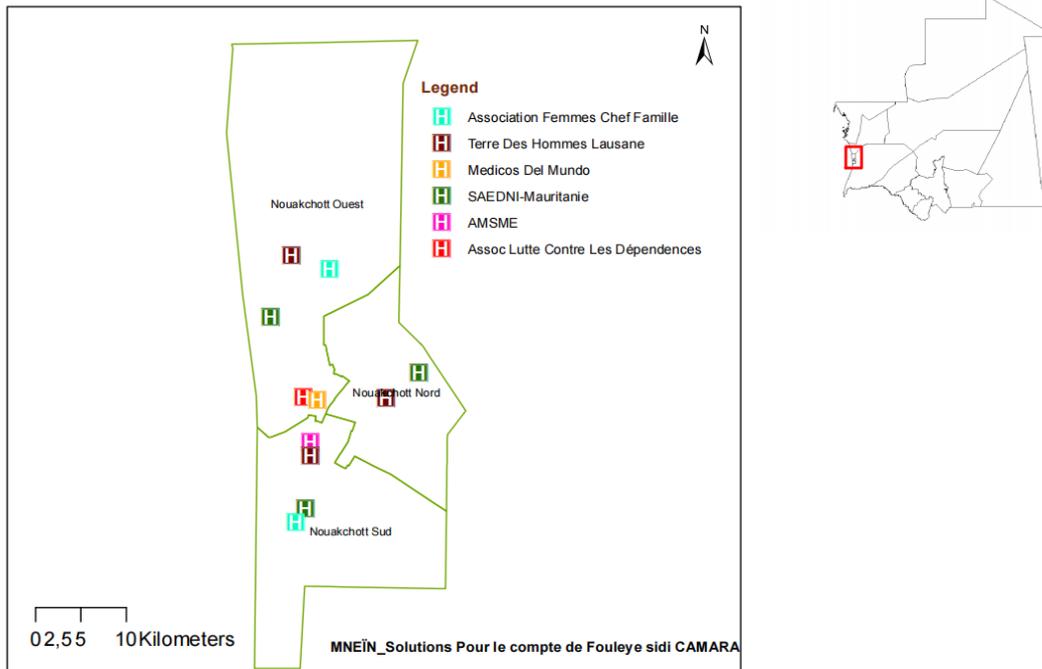
## CARTOGRAPHIE STATISTIQUE DES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE EN MAURITANIE (OPERATIONNELS)

### Nouakchott

Nombre total de personnes interrogées	891
Personnes présentant troubles physiques	299 (35%)
Prévalence des troubles psychiques	Proportions
Troubles anxieux	20%
Troubles dépressifs	19%



## CARTOGRAPHIE VISUELLE DES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE A NOUAKCHOTT (OPERATIONNELS)



Cartographies réalisées dans le cadre de l'étude

Appuyées par des organisations internationales, des structures locales intègrent de plus en plus la thématique de la santé mentale. Parmi les actions de premier plan, la lutte contre les VBG est l'un des domaines qui occupe une grande place dans la santé publique mauritanienne. L'autre grande catégorie de population bénéficiant de programmes psychosociaux sont les réfugiés. Ainsi, en l'absence de politique publique pour la santé mentale en Mauritanie, les actions en SMSPS semblent se concentrer à l'est du pays pour venir en aide aux réfugiés maliens.

### a. Acteurs nationaux

L'émergence timide de la santé mentale dans l'action des OSC en Mauritanie est en prise avec la stigmatisation et les pratiques traditionnelles qui entourent le sujet.

L'étude a permis de faire apparaître un seul acteur local ayant une action directe en santé mentale. Cependant, d'autres structures ont intégré cette dimension de manière indirecte.

#### **Santé Globale**

Créée en 2012, cette OSC est implantée dans les quartiers périphériques de Nouakchott (Nouakchott Sud, Ouest et Ryadh). Les principaux bénéficiaires de cette structure sont les personnes en situation de handicap, les victimes des VBG, les femmes divorcées, les veuves et les personnes exposées à la mendicité. Ces personnes sont soutenues à travers des programmes, entre autres Activités Génératrices de Revenus (AGR), pour être plus autonomes et indépendantes.

En 2023, Santé Globale a mis en place des programmes de santé mentale au profit des personnes victimes des violences sexuelles, sur base d'entretiens avec un psychologue et l'appui d'un assistant social, dans une approche combinant le bien-être physique, moral, socio-économique, et le développement personnel<sup>28</sup>.

Leur partenaire principal pour le référencement est MDM, qui est la principale ONG chargée des VBG. Leur partenaire des opérations économiques est la caisse Djikké, une agence de mutuelle et d'épargne locales. Pour les services de santé mentale, ils sont assurés par un psychologue et un assistant social expérimenté en santé qui offrent des consultations et des suivis psychologiques auprès des bénéficiaires de l'ONG.

De par leur action, d'autres structures ont une action indirecte sur la santé mentale

### **ACTIONS**

Créée en 1998, elle œuvre au profit des enfants qui connaissent des situations difficiles (en conflit avec la loi, VBG, non scolarisés, concernés par les problèmes de l'état civil et/ou de la protection). Elle couvre les régions suivantes : Assaba, Gorgol, Brakna, Guidimakha, Nouadhibou et Nouakchott. ACTIONS recourt ponctuellement à des appuis externes de consultants lorsque des problèmes de santé mentale sont identifiés. Ainsi, le recrutement d'un consultant pour une mission de terrain en 2018 au Gorgol et au Guidimakha pour des cas ayant été identifiés en tant que problèmes de santé mentale, a permis d'identifier des cas de déficiences intellectuelles, d'autisme, des violences sexuelles et dépression liée à la précarité. Cependant, cela est resté sans suite. De même, l'OSC a mis en place en 2024 une formation sur la prise en charge psychologique des cas de protection et des VBG, au bénéfice des assistantes sociales de sa structure pour leur permettre d'évoluer vers des compétences psychosociales.

### **Association des Femmes Chef des Familles (AFCF)**

Créée en 1999, elle porte une voix particulière pour la défense des droits des femmes et la diversité culturelle. Son personnel comprend des avocats, des salariés et des assistantes sociales. Pour la santé mentale, elle recourt à des prestataires de services, notamment un psychologue clinicien systémicien qui offre des consultations psychologiques, écoute, thérapie familiale et groupes de parole auprès des survivantes.

Ses axes d'intervention sont l'émancipation de la femme, la promotion de la diversité culturelle, l'alphabétisation et la formation, le soutien aux AGR et la lutte contre les VBG. L'AFCF déploie également des assistantes sociales dans les commissariats, notamment auprès des mineurs pour que ces derniers puissent jouir de leurs droits juridiques. Cette association reçoit régulièrement des éloges et distinctions, tel le prix des droits de l'Homme de la République Française en 2006.

### **Association de lutte contre les dépendances (ALCD)**

Créée en 1999, elle porte une voix particulière pour la défense des droits des femmes victimes de VGB, et pour les femmes et enfants incarcérés. L'association est présente à Nouakchott,

---

<sup>28</sup> Il n'a pu être obtenu d'informations précises sur la nature de ces programmes.

Aouin, Hidhtel Chargui, Hodh El Chargui, Kaedi, Nema, et Selibaby. Au plan SMSPS, elle met en œuvre des groupes d'activités et des thérapies individuelles et de groupe, qui se heurtent cependant aux difficultés usuelles de manque de personnel qualifié. Elle a des partenariats avec la GIZ, la Banque mondiale, la DUE et l'USAID.

### **Association Mauritanienne pour la Santé de la Mère et de l'Enfant (AMSME)**

Créée en 1999 par une mauritanienne, Mme Zeinabou Taleb Moussa, elle intervient dans les domaines suivants : droit à la santé, protection, insertion et réinsertion. Elle déploie des assistantes sociales dans les commissariats et les palais de justice pour soutenir les mineurs et les femmes à défendre leurs voix. Elle prodigue la présence d'assistantes sociales dans les commissariats et les palais de justice pour soutenir les mineurs et les femmes à défendre leurs voix. Ses zones d'intervention sont : Nouakchott, Nema, Bassiknou, Selibaby, Tintane, Aioun, Aleg, Kaedi, Nouadhibou, Zoueratt, Mbout.

En ce qui concerne la santé mentale, l'ONG a 1 psychologue clinicien qui fait des entretiens psychologiques individuel ou familial et souvent des groupes de paroles. Souvent ces prestations psychologiques sont interrompues quand les financements sont arrêtés. C'est ce même psychologue qui réfère les cas ayant besoin des suivis en psychiatrie.

AMSME collabore avec plusieurs institutions internationales, parmi lesquelles : ONU femmes, UNFPA, Fonds mondial pour les femmes, UNICEF, UE, PNUD, Fonds arabe pour les droits humains.

### **Noura International**

Cette ONG intervient pour la protection des enfants en conflit avec la loi et les détenus. Elle tente de mettre en œuvre des thérapies individuelles, des groupes de paroles, des séances de yoga et de danse. Cependant, la barrière de la langue, le manque d'espace calme et confidentiel pour faire les séances de thérapie sont autant de freins à une action efficace.

Noura collabore opérationnellement avec le Centre Hospitalier des Spécialités de Nouakchott, l'unité de coordination de la santé mentale du ministère de la Santé, MDM, et TDH-I.

## **b. Acteurs internationaux**

Les acteurs internationaux ont été identifiés à partir de recherches internet et d'entretiens auprès de responsables en lien avec la santé mentale. 8 structures ont été contactées<sup>29</sup>, 2 ont répondu favorablement et donné lieu à entretien.

Les principaux acteurs internationaux en santé mentale en Mauritanie sont Médecins du monde Espagne et Terre des hommes-Lausanne. D'autres acteurs ont, ici également, une action indirecte sur la santé mentale de leurs bénéficiaires.

### **Medicos del mundo Spain (Mdm Espagne)**

Présente dans le pays depuis 1990, Mdm Spain intervenait initialement dans la lutte contre la Syphilis, dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive. En 2017, elle a initié des actions au

---

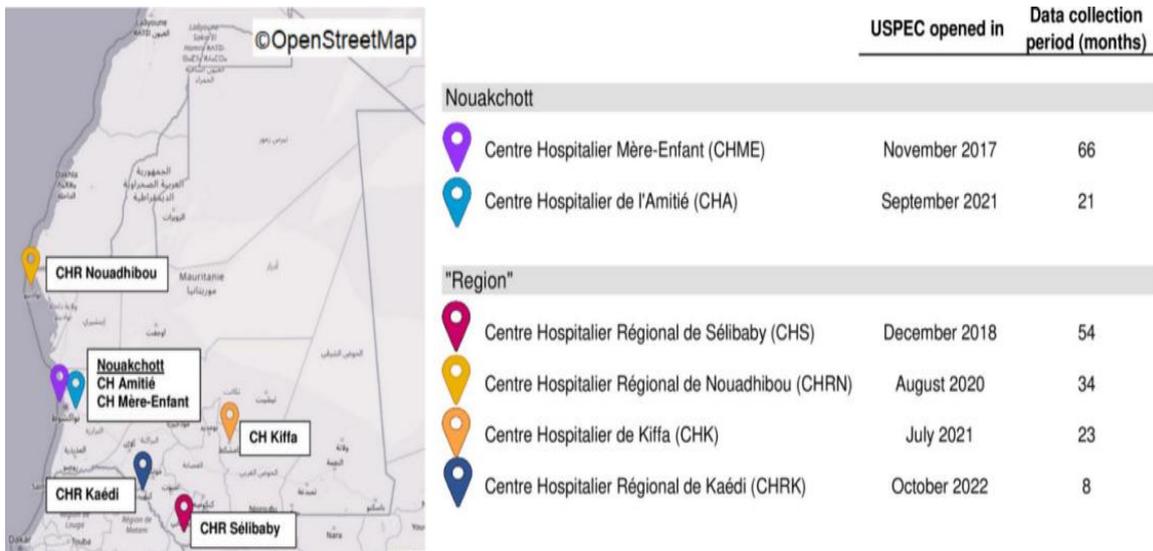
<sup>29</sup> ACF, Alima, Caritas, Croix-Rouge française, Medicos mundus sur, Santé sud, Solidarités, TdH.

bénéfice de victimes ou de survivantes des violences sexuelles. L'OSC intervient dans plusieurs régions en Mauritanie au sein d'Unités Spéciales des Prises en Charge (USPEC), à Nouakchott et dans les régions de Gorgol, Guidimakha, Laassaba et Nouadhibou. Le modèle USPEC consiste en une unité hospitalière installée au sein de la maternité, ouverte 24h/24 et 7j/7, et doté d'une à deux sages-femmes ou infirmières dédiées, d'assistants psychosociaux et travailleurs sociaux. Les professionnels de santé fournissent des soins médicaux gratuits, d'urgence et différés, la délivrance d'un certificat médico-légal sur demande et l'orientation appropriée vers des soins. Des assistants psychosociaux formés fournissent des soins initiaux et de suivi, des visites à domicile et des séances de groupe de soutien. Les principaux référents directs en santé mentale sont les assistantes sociales et les assistantes psychosociales dont le rôle consiste à faire des soulagements émotionnels, les entretiens cliniques, les premiers secours psychologiques, les suivis psychosociaux et réfèrent les survivantes vers les psychologues, les médecins psychiatres, les techniciens supérieurs de la santé mentale (nb : infirmiers qualifiés et habilités à prescrire les ordonnances) et les ONG partenaires selon les besoins.

Élément essentiel des équipes multidisciplinaires de l'USPEC, les travailleurs sociaux sont employés par deux organisations nationales vouées à la promotion des droits des femmes : l'Association des Femmes Cheffes de Famille et l'Association Mauritanienne pour la Santé de la Mère et de l'Enfant. Ils répondent aux besoins de protection des victimes (logement d'urgence, activités génératrices de revenus) (Bost C, Diagana M, Lebkem H, 2024).

Selon la coordinatrice médicale actuelle de cette structure, 950 victimes bénéficiaires sont accueillies chaque année au plan national. Ce nombre, inférieur à 30 cas en 2017, ne cesse d'augmenter grâce à l'expansion des USPEC ; cependant, il arrive que des obstacles socio-culturels et économiques compliquent cet accompagnement. Certaines victimes, ne parlant qu'une langue, peinent à s'exprimer, et l'organisation s'efforce de trouver des assistantes sociales pour faciliter la communication. D'autres, issues de milieux précaires, subissent une double violence, psychologique et matérielle, rendant l'accompagnement psychologique vital. Malgré ces défis, MdM-E persiste à accompagner chaque victime dans son processus de guérison, car la santé mentale va au-delà de l'absence de troubles.

Les interventions réalisées sont également limitées à cause des carences en matière de ressources humaines dans les prises en charge psychothérapeutiques et les méconnaissances des crises psychologiques liées aux violences sexuelles. Ainsi, en raison de leur capacité limitée à établir une évaluation solide de l'état psychologique des victimes, les résultats en matière de santé mentale n'ont pas été étudiés par l'étude ci-dessus référencée.



Localisation des 6 premiers USPEC ouverts en Mauritanie

Source : Bost C, Diagana M, Lebkem H, 2024

De par son action, MdM-E collabore avec un grand nombre de structures, parmi lesquelles : AFCF, ALCD, AMSME, les centres hospitaliers (CH National, CH Cheikh Zayed, CH des spécialités, et l'hôpital Militaire.

### **Terre des hommes - Lausanne (Tdh- L)**

Elle intervient dans neuf régions de la Mauritanie, y compris le Hodh El Chargui, à travers un soutien au ministère de la Justice pour l'application de la justice pour tous et la coordination de la justice coutumière et formelle. Ainsi, l'organisation ne travaille pas directement avec les acteurs de la santé mentale. Elle propose des services de soutien psychosocial à travers des partenariats locaux et dispose d'un programme de migration financé par l'Agence Française de Développement (AFD). Ce programme a une couverture nationale, bien qu'il soit davantage concentré sur la région du Hodh El Chargui. Le programme a mis en place des cellules de coordination, communément appelées « groupes de travail » en santé.

Dans le futur projet en cours d'instruction, le programme prévoit de créer un volet spécifiquement dédié à la santé mentale, qui sera intégré de manière transversale dans leurs actions. Ce projet plus large, qui sera mené en Consortium avec d'autres ONGI, Tdh-L s'apprête à démarrer des activités sur le renforcement du système de protection de l'enfance dans cette région. La santé mentale sera également un axe stratégique d'intervention visant à répondre aux besoins en soutien mental et accompagnement mental des communautés hôtes et réfugiées (Tdh-L, 2024).

Cependant, de par leur action, d'autres structures ont une action indirecte sur la santé mentale :

### **Action Contre la Faim (ACF)**

Présente depuis 2007, dans le Hodh Ech Chargui (Bassikinou, Néma, Djiguéni, Amourj et le camp de Mbéra), Guidimakha, Gorgol, et Nouakchott, ACF intervient sur la sous-nutrition, qui peut avoir un impact très négatif sur la santé mentale.

### ***Alliance pour l'Action Médicale Internationale (ALIMA)***

Depuis 2012, ALIMA et ses partenaires de la plateforme des ONG médicales du Sahel mènent des projets de renforcement de capacités des structures sanitaires et contribuent à améliorer l'accès aux soins, particulièrement au Mali, Tchad, Niger, et Burkina Faso, et à partir de 2019, en Mauritanie dans le cadre d'une stratégie transfrontalière d'intervention au Sahel. Elle intervient auprès de camp des réfugiés à Bassikounou et Mberra pour dispenser un programme médico-nutritionnel en faveur principalement des enfants de moins de cinq ans. Faute de trouver du personnel mauritanien qualifié en santé mentale, elle a recruté une psychologue qui n'est pas mauritanienne.

### ***CARITAS***

Elle intervient depuis 1994 dans les prisons de Dar Naim et de Sebkhà à Nouakchott, dans le cadre de prises en charge et de réinsertions sociales des détenus. Elle aide les détenus à accéder aux soins en santé mentale en leur permettant de bénéficier des consultations auprès des psychiatres et des psychologues.

### ***Croix Rouge Française (CRF)***

La CRF a commencé à intégrer la SMSPS depuis 2000 dans les programmes de lutte contre la malnutrition, lutte anti VIH/SIDA, santé sexuelle et reproductive destinés aux réfugiés et aux migrants. La zone d'intervention couvre les villes de Nouadhibou et de Nouakchott.

Les besoins exprimés en matière de postes de psychologues et de psychiatres se heurtent aux moyens financiers et à l'absence de personnel qualifié, si bien que seules des assistantes psychosociales interviennent en matière de SMSPS.

### ***Medicus Mundi Sur (MMS)***

L'OSC intervient à Boghé et à Aleg, dans la région de Brakna, dans les villes de Boghé et Aleg. Son domaine d'intervention est la santé sexuelle et reproductive, mais ces dernières années, elle y a intégré la lutte contre les VBG. L'OSC a mis en place une assistante psychosociale dans chaque ville et a réalisé en 2022 et en 2024 une session de formation sur la prise en charge psychologique des victimes des violences sexuelles auprès de tout son personnel de la première ligne.

### ***Save the children***

En Mauritanie depuis 2006, l'OSC intervient sur le renforcement des droits de l'enfant, à travers des programmes orientés vers la protection de l'enfant et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations les plus vulnérables.

### ***Terre Des Hommes Italie (TdH-I)***

Installée depuis 2014 en Mauritanie, elle intervient dans les prisons des femmes et des enfants en conflit avec la loi, notamment à Nouakchott, Tagant, Hodh Ech Chargui (Bassikinou, Néma, Djiguéni, Amourj et le camp de Mbéra), Trarza, Adrar, Inchiri et à Nouadhibou. Elle a récemment recruté une psychologue espagnole, qui travaille auprès des bénéficiaires à Nouakchott ; cependant, cette psychologue est confrontée à des problèmes de langue pour les entretiens cliniques. Les bénéficiaires sont parfois référés au Centre Hospitalier des

Spécialités, soit dans le service de psychiatrie adulte, soit dans le service de pédopsychiatrie pour une expertise ou consultation en psychiatrie.

## D. Projets soutenu et envisagé par l'AFD

Le seul projet en cours d'exécution communiqué à l'étude est le suivant :

- CMR 1206 - Projet d'amélioration des soins de santé primaire et de la santé maternelle et infantile en Mauritanie

L'AFD se prépare, par ailleurs, à déployer un projet « Al-Afiya - Réponse aux besoins de santé mentale et soutien psychologique dans la région du Hodh Ech Chargui ».

Dans la mesure où il n'a pas été possible de visiter le premier projet cité, il en est proposé ci-après une revue selon le prisme SMSPS, succincte au regard de l'antériorité du projet (2019).

### **CMR 1206 - Projet d'amélioration des soins de santé primaire et de la santé maternelle et infantile en Mauritanie**

Présentation sommaire : les objectifs du projet sont le développement de l'offre de services de santé materno-infantile, sexuelle et reproductive, dans les régions fragiles du Sud et de l'Est du pays, l'adaptation de la formation de sages-femmes aux besoins de santé et aux standards internationaux, et la disponibilité des produits sanguins de qualité, notamment dans le cadre des anémies sévères en cours de grossesse et des hémorragies postpartum.

A cette fin, le projet prévoit 2 temps pour l'action : (i) une réponse rapide au déficit d'offre de soins dans les régions fragiles de l'Est et du Sud du pays sera menée par des OSC internationales et nationales. Il s'agit ici de développer une offre de soins de qualité au niveau des soins de santé primaire ; (ii) une réponse plus structurante au niveau national, afin de contribuer durablement au renforcement du système de santé et à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (Laurent A., 2019).

Commentaire : la revue de la note au Comité des États étrangers ne fait pas apparaître de composantes psychosociales ou en santé mentale. Dans le cadre de ce projet, et sous réserve de la seule revue de la note projet, il aurait pu éventuellement être intégré 2 actions en SMSPS :

- À l'issue du projet, les structures sanitaires ciblées dans le projet par les OSC doivent proposer et assurer un service en matière de prise en charge des violences fondées sur le genre. La note évoque une prise en charge en santé et la mise en place de mesures pour réduire le risque de VBG. Dans le cadre de la prise en charge santé, il pourrait alors être utile de prévoir un accompagnement psycho-social, pour permettre aux personnes qui le souhaitent d'être accompagnées au plan psychologique et de détecter les personnes ayant besoin d'un référencement vers une structure psychiatrique ;
- Le renforcement des centres de santé primaire étant orienté vers la santé materno-infantile, il est prévu un renforcement à travers des interventions (i) de prise en charge de la malnutrition modérée et aiguë sévère ; (ii) d'amélioration de l'offre de soins de santé materno-infantile et (iii) de renforcement des services de santé sexuelle et reproductive, en

particulier pour la prise en charge des violences basées sur le genre, la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales.

L'impact de la malnutrition et des VBG sur la santé mentale étant avéré, il pourrait être pertinent de former les agents des Centres de Santé Primaire (CSP) au repérage des troubles psychologiques et à l'utilisation du mh-Gap.

### ***Al-Afiya - Réponse aux besoins de santé mentale et soutien psychologique dans la région du Hodh Ech Chargui***

Présentation sommaire : La finalité de ce projet est de contribuer à réduire la détresse psychologique et sociale des populations vulnérables du Hodh Ech Chargui et ainsi d'améliorer leur bien-être de manière durable, à travers le renforcement de l'offre, de l'accès et de la qualité des services de santé mentale et de soutien psychosocial au profit des personnes vulnérables affectées par les mouvements de population dans la zone. Les activités du projet Al Afiya seront complémentaires du pilier Santé mentale du projet TAWAFOUG financé par l'Union Européenne. Le Projet aura pour cible non seulement les populations déplacées (réfugiées, demandeuses d'asile et retournées), les populations hôtes, les intervenants professionnels et communautaires et les institutions.

Commentaire : Le projet couvre les 3 sphères institutionnelle, opérationnelle et individuelle à travers respectivement le renforcement des acteurs institutionnels et communautaires, le renforcement de l'offre et de la qualité des services de réponse en SMSPS tout au long du continuum de soin, et une meilleure compréhension et amélioration de leurs pratiques et comportements en santé mentale et du bien-être psychosocial des populations cibles.

Le caractère succinct de la note transmise à l'étude ne permet pas de s'appropriier le détail du mode opératoire des actions à entreprendre au-delà des libellés des actions individuelles. Aussi, en l'état de l'information reçue, il convient de s'interroger sur les dispositions mises en œuvre pour s'assurer de l'appropriation par les populations individuelles des sensibilisations reçues dans la durée. La mise en place de groupes d'échange et la création d'un lieu de référence à effet d'abriter ces groupes pourrait être préconisée. Par ailleurs, la formation de personnes relais, aptes à détecter les troubles, et la formation de personnes à l'écoute active, aptes à recevoir les personnes ayant fait l'objet de repérage pourraient être un gage potentiel de pérennité des effets du projet.

Enfin, compte tenu des multiples traumatismes collectifs vécus par les populations déplacées, il pourrait être pertinent de mettre en place des sessions de thérapie EMDR collectives.

## 5. ENQUETES TERRAIN

Les conditions de réalisation de l'étude n'ont pas permis de mettre en œuvre de focus groups sur des populations générales et spécifiques. En effet, l'organisation de déplacements à l'intérieur du pays et la réalisation d'enquêtes de terrain supposent d'en informer au préalable les autorités aux fins d'obtention d'une autorisation de leur part. Le circuit à suivre est alors le suivant : (i) information au ministère de la Santé de l'objet du déplacement avec indications précises des sites et localités visités, et des noms des intervenants, (ii) après validation par le ministère de la Santé, transmission de la demande au Ministère de l'intérieur, (iii) après validation par ce dernier, communication aux autorités de la région concernée et production de l'autorisation de déplacement. Le délai de réalisation de ce circuit de transmission s'est avéré incompatible avec le délai disponible pour la réalisation de cette phase de l'étude à l'intérieur du pays.

Pour l'axe recherche, il a été décidé en conséquence de se concentrer sur Nouakchott. Des entretiens avec 8 professionnels de santé ont été réalisés. Le refus des participants de se regrouper a conduit à privilégier la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels approfondis, plus consommateurs en temps de réalisation, mais présentant l'avantage d'offrir des résultats susceptibles d'analyse. L'enquête repose ainsi sur la conduite 20 entrevues semi-dirigées avec des personnes souffrant de troubles mentaux. L'échantillon est composé de 10 hommes et de 10 femmes, âgés de 16 à 44 ans.

Bien qu'issue d'entrevues semi-dirigées approfondies, la valeur généralisable des résultats présentés est à relativiser au regard du nombre d'entretiens réalisés et revêt ainsi une dimension exploratoire. Afin de pallier en partie cela, une recherche bibliographique renforcée a été entreprise en vue de compléter les résultats de ces entretiens et ainsi d'étoffer l'analyse et les conclusions présentées.

Pour l'axe opérationnel, l'expert a bien identifié cinq structures acceptant de le recevoir pour la réalisation de focus groups sur des groupes spécifiques. Cependant, une succession d'impondérables, survenus dans chaque centre identifié, ne lui a malheureusement pas permis de réaliser ces entretiens. Pour pallier ce manque, il a été choisi de : (i) renforcer la revue de littérature orientée vers des études terrain, (ii) s'appuyer sur l'étude conduite par TdH-L dans le Hodh Ech Chargui (cf. ci-après), (iii) tester des conclusions auprès de réseaux personnels d'experts en France ayant une connaissance de la zone.

## A. Population Générale

Comme indiqué précédemment, l'enquête de terrain menée à Nouakchott auprès de la population générale s'appuie sur 20 entretiens semi-directifs individuels approfondis avec des personnes souffrant de troubles mentaux. L'échantillon est composé de 10 hommes et de 10 femmes, âgés de 16 à 44 ans, identifiés à travers les structures psychiatriques locales et par des contacts informels.

Ces entretiens auprès d'enquêtés présentant dans l'ensemble un parcours de soins en psychiatrie ont été menés à partir d'une grille d'entretien issue du guide de focus groups utilisé dans les autres pays concernés par l'étude. L'ensemble des échanges a été enregistré et retranscrit intégralement en français. Une analyse thématique a ensuite été menée afin de faire émerger les principaux axes présentés ci-dessous.

### a) Problèmes de santé mentale rencontrés : entre acceptation, négation et refus

Trois registres de désignation des troubles structurent le discours des personnes, avec comme repères les cadres explicatifs mobilisés par les professionnels de santé mentale. Ces registres se différencient par le degré de précision attribué aux pathologies. Plusieurs facteurs semblent influencer cette variabilité : la maîtrise de la langue et surtout les dynamiques d'acceptation, de négation ou de contestation de l'état de santé mentale par les enquêtés.

Dans un premier registre, certains enquêtés désignent leurs troubles de manière précise en s'appuyant sur des terminologies psychiatriques. Cette précision révèle l'acceptation explicite de leur état de santé mentale et une maîtrise ou compréhension suffisante de la langue française. Cette ouverture affichée facilite l'appropriation de ces terminologies. Ces individus rapportent des diagnostics tels que la schizophrénie, les troubles anxieux, la dépression, l'épilepsie ou encore le trouble post-traumatique. Ce niveau de détail apparaît corrélé à une compréhension claire des explications fournies par les professionnels de santé.

Dans un deuxième registre, d'autres enquêtés évoquent leurs troubles en les réduisant aux symptômes, en raison de l'incapacité à les inscrire dans des références diagnostiques psychiatriques précises. Ainsi, leurs discours se structurent autour de descriptions telles que le « manque de sommeil » (parfois qualifié d'insomnie), la « maladie de la tête », les « maux de tête », les « cauchemars », les « visions et hallucinations », ou les « crises ». Cette focalisation sur les symptômes relève, selon ces derniers, au-delà d'un défaut de maîtrise de la langue française, d'une absence d'explication de la part des soignants concernant la nature des troubles. A ce titre, sont apparues, les expressions : « ils ne m'ont pas expliqué ce que j'avais », « personne ne m'a expliqué » pour parler des soignants. Dans ce contexte, ces personnes ont nommé leurs troubles à partir d'appellations locales comme *sadma* en langue *hassaniya* qui renvoie au choc psychologique, ainsi que *misser* en langue wolof et *mettee* en langue pulaar, qui font référence à la souffrance psychologique. *In fine*, ces désignations se rapportent à des tourments et émotions difficiles rattachés aux conditions de vie éprouvantes de leur quotidien, facteurs générateurs et/ou aggravants de leurs troubles.

Un troisième registre regroupe des patients ne reconnaissant pas leurs troubles de santé mentale. Ils vont même jusqu'à nier toute altération de leur état psychique, bien qu'ils

reconnaissent être engagés dans un parcours de soins psychiatriques et être perçus par leur entourage comme « fous ». Cette posture de déni s'accompagne fréquemment de restitution de relations conflictuelles avec les proches ainsi que d'une attitude de rejet à l'égard des institutions psychiatriques. On voit ainsi un rapport ambivalent au diagnostic et à la prise en charge.

Les troubles de santé mentale évoqués par les enquêtés s'inscrivent dans des temporalités variées. Pour certains, ils remontent à l'enfance, alors que pour d'autres, ils se manifestent depuis un à plus de dix ans. Cette persistance des troubles traduit majoritairement des formes de chronicité, caractérisées par des troubles sévères permanents ou épisodiques. Les discours font état d'épisodes d'agitation et de violence provoquant des situations de crise au sein des familles et parfois de l'entourage proche. Ces débordements ont conduit, à plusieurs reprises, à des interventions des sapeurs-pompiers et/ou des forces de l'ordre pour un transfert contraint vers des structures de soins psychiatriques.

## b) Causes des troubles : entre trajectoires de vie marquantes et interprétations traditionnelles

Les causes attribuées aux troubles mentaux par les enquêtés sont multiples et s'articulent souvent autour des trajectoires de vie marquées par des événements particuliers conjugués parfois aux tensions conjugales et familiales, et aux interprétations traditionnelles.

Pour les hommes, la perte d'emploi, des dépressions et des expériences traumatiques liées au service militaire, un retour contraint après une migration, et l'absence de perspectives professionnelles sont évoqués. Ainsi, un homme de 42 ans relie la dégradation de sa santé mentale à son passé militaire, mettant en avant les séquelles laissées par son engagement en situation de guerre, notamment la perte d'amis et les réminiscences difficiles qui en découlent :

*« Mon problème de santé a commencé depuis l'armée. Oui, à l'armée française. Depuis que j'ai eu le post-traumatique avec la guerre et tout ça, j'ai perdu des amis là-bas. Et j'ai commencé à tomber malade. J'avais une dépression. »*

De même, un autre, 39 ans, attribue ses difficultés psychologiques à la rupture professionnelle qu'a constituée son licenciement remontant à plusieurs années :

*« Je travaillais dans une entreprise (...). Nous sommes partis en grève et quand la grève s'est terminée (...), j'ai été licencié avec certains de mes collègues. Et c'est depuis ce jour que mes problèmes ont commencé. »*

Par ailleurs, l'association des troubles à l'expérience d'un échec migratoire est exposée suivant ce dernier, âgé de 40 ans :

*« J'ai fait 18 ans en Europe, quand je suis revenu, je n'arrivais plus à bien m'entendre avec ma famille (...) nos mentalités n'étaient plus les mêmes, et je sais que ça fait partie des causes de ma dépression. J'ai fait 18 ans sans me marier ici, sans enfants, sans maison, je n'ai rien. C'est la plus grande difficulté que je dois affronter. »*

La construction du sens accordé à l'affection mentale s'élabore à partir d'événements de vie significatifs auxquels se greffent d'autres facteurs liés au quotidien.

Chez les femmes, les troubles psychiques sont fréquemment rapportés à des expériences significatives liées à la sphère conjugale et familiale. Le divorce, le veuvage et des relations conjugales conflictuelles apparaissent comme des événements déclencheurs ou aggravants. Certaines enquêtées ont relaté une séparation conjugale difficile comme étant à l'origine de leur détresse psychique, à l'image de cette femme, 24 ans, qui déclare :

*« Depuis que j'ai divorcé, je suis malade. (...) je n'ai plus d'appétit, je veux toujours être seule dans la chambre. Je pleure beaucoup quand je suis seule. Je ne dors pas beaucoup. Je réfléchis beaucoup et parle avec moi-même. »*

La dégradation de la santé mentale imputée à la perte de leur conjoint, un événement vécu comme une rupture majeure, s'illustrent ainsi suivant ces propos de cette femme âgée de 34 ans :

*« Mes problèmes de santé ont commencé à partir de la période de ma viduité. (...) mon mari est décédé. Pendant ma période de viduité, je suis restée longtemps sans arriver à ne plus dormir la nuit. J'avais toujours des maux de tête. »*

Enfin, les tensions familiales et conjugales récurrentes au sein de leur foyer, décrivant des dynamiques relationnelles conflictuelles qui contribuent à détérioration de leurs conditions psychologiques, apparaissent à l'instar de ces dernières. Ainsi pour cette femme âgée de 36 ans :

*« Quand la maladie me revient, je perds complètement le sommeil. Je parle beaucoup et m'énerve vite, je me mets en conflit avec ma famille surtout avec ma mère. Quand j'étais avec mon mari, la maladie me revenait quand on se disputait ou qu'il me criait dessus ou me frappait, je restais des nuits sans dormir. Je n'aime pas que l'on me crie dessus ou qu'on me gronde. Ça me met très en colère. »*

Pour cette femme âgée de 37 ans :

*« Moi je n'ai pas de problème mental. Le problème c'est avec la famille (...). Quand je vais vers eux, c'est un problème, quand je ne vais pas vers eux c'est un problème. Je ne dors pas la nuit. (...) je sais que ce sont des problèmes de jalousie. Quand vous vivez en communauté, quand vous avez des demi-frères, des cousins, il y a toujours une sorte de jalousie qui sort dans la famille. »*

C'est dans ces relations de tensions familiales et conjugales que se situent les signifiants des symptômes vécus. Elles sont ainsi mises en exergue dans une perspective d'extériorisation des facteurs explicatifs des problèmes de santé mentale rencontrés. Au-delà des trajectoires de vie spécifiques précédemment évoquées, ces rattachements des troubles à ces conflits intrafamiliaux apparaissent sans que soient données des précisions exactes de leurs contours. Par ailleurs, des explications d'ordre surnaturel émergent dans les discours recueillis. Ces interprétations mobilisent des références au maraboutage, à la sorcellerie ou encore à l'action néfaste du diable et des jinns. Il importe à cet effet de préciser qu'une majorité des enquêtés soutient un recours premier aux tradipraticiens avant celui de l'hôpital psychiatrique. Ces explications s'ancrent largement dans des registres d'interprétation issus des traditions locales et sont souvent relayées à travers les appellations vernaculaires attribuées aux pathologies mentales. À cet effet, l'expression en langue pulaar, *balebes*, a été largement utilisée pour désigner le fait d'être habité par des jinns ou par le diable. Ces référentiels

traditionnels contribuent à légitimer la prise en compte de ces personnes comme atteintes de folie. Les récits de nombre de ces personnes, abordant les causes de leurs troubles, ont largement suggéré un acte de maraboutage à leur rencontre à l'instar de cette femme de 26 ans :

*« Un jour, je rangeais mes habits, et j'ai remarqué que quelqu'un a déchiré ma robe, et qu'une partie a été enlevée. J'ai eu peur, j'en ai parlé à ma mère et quelques jours après, je suis tombée malade. »*

Ces référentiels explicatifs apparaissent plus marqués chez les patients qui n'ont pas retenu, ou n'ont pas adhéré, aux diagnostics et aux explications médicales fournies dans le cadre hospitalier.

### c) Des itinéraires de soins intégrés dans un pluralisme thérapeutique

Les récits recueillis révèlent, pour la quasi-totalité des enquêtés, des parcours de soins hybrides associant psychiatrie et tradithérapie. Le niveau d'instruction et l'attribution des troubles à des événements de vie identifiables n'ont pas empêché cette combinaison de recours. Bien que certains soient familiers de la terminologie psychiatrique, ils adhèrent également à des explications culturelles et religieuses, donnant du sens à l'affection mentale.

Nombre de personnes indiquent que la sollicitation des marabouts est mobilisée en premier lieu, dans ce contexte de pluralisme thérapeutique. L'implication des familles, dont dépendent les patients dans la satisfaction de leurs besoins médicaux et quotidiens en raison de l'altération de leur psychisme, s'avère déterminante dans cette primauté accordée à ces soignants.

Ce recours initial aux spécialistes locaux des thérapies mentales peut s'effectuer simultanément auprès de plusieurs marabouts situés dans la capitale, dans différentes régions du pays, voire à l'étranger. Ces itinéraires impliquent alors le déplacement de la personne concernée par les troubles. Dans ces circulations thérapeutiques, le Mali et le Sénégal sont particulièrement mentionnés comme destinations. Ces mobilités témoignent de l'engagement, à la fois moral et surtout financier, des familles dans les démarches de tradithérapie.

En revanche, les structures psychiatriques sont généralement sollicitées dans un second temps, lorsque les interventions des soignants locaux ne produisent pas d'amélioration perçue de l'état de santé. C'est ainsi qu'une femme de 36 ans affirme :

*« (...) au début, je partais voir un marabout qui n'habite pas Nouakchott (...). Mais ça n'a rien donné. Ensuite, nous sommes partis plusieurs fois au village pour voir un autre marabout mais ma situation n'a pas vraiment changé. Ma famille a décidé de m'amener à l'hôpital ».*

Une femme âgée de 34 ans déclare également :

*« J'ai commencé d'abord par à aller voir plusieurs marabouts pendant des mois. Ma situation n'avait pas changé. Ensuite, ma mère a décidé de m'amener à l'hôpital ».*

Le recours aux psychiatres intervient donc souvent en réponse à l'absence de résultats auprès de la tradithérapie. Il peut également être motivé par les contraintes financières liées aux dépenses engagées chez ces spécialistes. Bien que rarement détaillés, les frais associés aux consultations tradithérapeutiques sont fréquemment mentionnés, et généralement assumés par les familles.

Dans quelques cas rapportés, le recours à la psychiatrie a précédé celui aux tradithérapeutes. Les discours font état d'épisodes d'agitation ou de violence ayant entraîné des situations de crise au sein de la famille, voire de l'entourage proche. Ces cas concernent des personnes perçues comme dangereuses pour elles-mêmes et/ou pour l'entourage proche. Ils incluent également des comportements fortement déviants par rapport aux normes sociales, comme ceux de femmes se dévêtant du fait de la perturbation mentale. Face à de telles situations considérées difficilement gérables, le transfert immédiat vers l'établissement psychiatrique est privilégié. Dans certains cas, ces débordements ont nécessité l'intervention des sapeurs-pompiers ou des forces de l'ordre pour assurer un transfert contraint vers une structure de soins psychiatriques.

Les thérapies mentales locales peuvent être arrêtées ou suspendues temporairement avec l'ouverture à l'hôpital. Cependant elles peuvent reprendre, la plupart du temps, en association avec la psychiatrie suivant l'état du malade et les moyens mobilisés par les familles.

La référence à l'islam apparaît comme un élément décisif dans la sollicitation des soins prodigués par les marabouts. Plusieurs personnes interrogées rapportent une orientation vers des pratiques thérapeutiques exclusivement islamiques, soutenue par leurs familles et à laquelle elles adhèrent. Cette préférence repose sur la reconnaissance des causes du trouble telles qu'elles sont formulées dans le cadre religieux, ainsi que sur les traitements associés, comme le relate cette enquêtée de 19 ans :

*« Ma tante voulait que ma mère m'amène au Mali pour voir les marabouts, mais ma mère a dit non, parce que là-bas, tous les marabouts n'utilisent pas que le Coran. Il y en a qui utilisent de la magie et autres et cela est interdit dans notre religion. Elle a dit à ma tante qu'on peut se soigner ici ».*

Dans ce registre, certaines personnes ont mentionné de manière explicite le recours à la roqya comme modalité thérapeutique. Cette pratique désigne un rituel, individuel ou collectif (en présence de membres de la famille), destiné à exorciser les jinns ou d'autres facteurs étiologiques du trouble, par la récitation de versets coraniques dans l'oreille du patient. Par ailleurs, d'autres ont évoqué, de manière plus générale, l'utilisation de bains ou de talismans confectionnés à partir de versets coraniques, parfois combinés à la pharmacopée, comme ressources mobilisées dans le processus de soins.

Les pratiques thérapeutiques perçues comme contraires aux prescriptions islamiques apparaissent uniquement dans les discours des enquêtés qui disent les rejeter. Elles ne sont pas évoquées par ceux qui en font usage. Ces pratiques, et les représentations qui leur sont associées, révèlent un syncrétisme religieux, mettant en jeu des références animistes. Elles

mobilisent des esprits ou des forces considérées comme non islamiques, et activent des traitements perçus comme ne relevant pas exclusivement des indications religieuses. Ces soins sont alors proposés par des soignants désignés sous les termes de « féticheurs » ou de « sorciers ».

#### d) Traitement médicamenteux et insertion socioprofessionnelle problématiques

L'ensemble des enquêtés soutient une prise en charge psychiatrique reposant presque exclusivement sur un traitement médicamenteux pour la gestion de leurs troubles psychiques. La référence aux « ordonnances » est permanente dans leurs réponses pour désigner leur prise en charge thérapeutique :

*« un docteur qui travaille à l'hôpital X. Il m'a donné une ordonnance »,*

*« le docteur m'a posé des questions, j'ai répondu, finalement, il m'a prescrit une ordonnance ».*

Ces dernières expressions exprimées sont revenues largement suivant des interviewés pour parler des psychotropes caractérisant le traitement reçu à la suite de leur consultation psychiatrique.

Seul un homme interrogé mentionne avoir bénéficié d'un accompagnement psychologique en complément de la médication. Une faible mise en œuvre de dispositifs non médicamenteux apparaît ainsi dans leur parcours de soins.

Les répondants reconnaissent l'effet des psychotropes sur certains symptômes spécifiques tels que l'insomnie, les maux de tête, les cauchemars ou les hallucinations et les visions. Ils soulignent leur contribution à une amélioration perçue de leur état, traduite par des périodes de rétablissement et de stabilité. Toutefois, ces avancées demeurent conditionnées à une prise régulière et prolongée du traitement, souvent sur plusieurs années, induisant une forme de dépendance médicamenteuse. Ainsi l'explique un patient :

*« Depuis que j'ai commencé à prendre mes médicaments, j'ai retrouvé le sommeil et je mange correctement. À un moment j'ai arrêté de prendre mes médicaments mais quelques mois après je suis redevenu comme avant. Je suis retourné voir le psychologue et depuis je prends toujours les médicaments. Mais je veux arrêter de prendre les médicaments, redevenir comme j'étais (...). Je veux vraiment guérir. Je veux terminer avec les médicaments. »*

Ces propos indiquent donc le rôle central des psychotropes dans la régulation des symptômes et de la dépendance thérapeutique qu'ils engendrent ainsi que la volonté affichée de s'en départir.

Toutefois, beaucoup de personnes ont mis en relief une remise en question des améliorations de leur état de santé perçues des traitements médicamenteux au fil du temps, en raison de difficultés d'observance thérapeutique. Ces discontinuités s'expliquent d'abord par les effets jugés indésirables des psychotropes. Ainsi, pour ces femmes, respectivement âgées de 24 et de 34 ans :

*« Avec les médicaments, je dors trop. Je n'arrive pas à faire la lessive, à balayer la maison. Je me sens très lourde parfois. Je n'arrive pas à faire correctement les travaux de la maison. ».*

*« Après avoir commencé à prendre les médicaments, j'ai recommencé à dormir la nuit, mais j'ai pris beaucoup poids, et je suis devenue très faible. Je ne peux plus rien faire, mes mains tremblent beaucoup. j'ai pris beaucoup de poids, je ne pouvais plus m'occuper correctement de mes enfants. »*

Ces conséquences de la prise de ces médicaments influencent significativement leur interruption temporaire ou leur arrêt définitif au cours du suivi médical ou après leur consultation à l'hôpital.

Ensuite, des obstacles liés à la précarité économique des familles dont dépend la majorité entravent l'accès régulier aux psychotropes. Des situations d'approvisionnement en médicaments en découlent. Ainsi, pour cette femme âgée de 24 ans :

*« Parfois, je reste sans payer mes médicaments, ma mère n'a pas assez d'argent, elle cherche de l'aumône. Mon père est décédé. Mon mari n'a pas un bon travail. (...) Ma famille est très pauvre. Même s'ils veulent nous aider, ils ne peuvent pas. Si on peut avoir de l'argent pour les déplacements et le paiement de mes médicaments ça serait bien. (...) On peut m'aider à voir des vivres pour pouvoir garantir mes 3 repas par jour car souvent nous n'avons pas de quoi manger. »*

Ces propos reflètent une situation d'indigence, qui induit une priorisation des besoins vitaux sur l'achat des traitements. C'est dans ce contexte de possibilités financières défavorables et d'absence d'alternatives thérapeutiques que surviennent les interruptions médicamenteuses favorisant des rechutes. Dès lors, les progrès initialement permis par les psychotropes sont compromis et exposent les patients à une instabilité prolongée de leur état de santé mentale. L'évolution des patients s'inscrit dans un contexte marqué par l'absence de dispositifs d'insertion sociale et de mécanismes de soutien communautaire en complément de la prise en charge médicamenteuse. Des répondants ont manifesté leur besoin d'accéder au mariage et au travail entravé par l'expérience de la pathologie mentale. Même s'ils ne sont pas totalement livrés à eux-mêmes au sein de leur famille, leur accès à des formes d'intégration sociale et professionnelle est largement compromis. Cette situation s'explique par l'impact des contraintes économiques sur les familles et les patients. Cette conjoncture limite les opportunités de réhabilitation et les perspectives d'autonomie, alors même que la seule médication ne permet pas toujours un rétablissement durable.

## e) Contenance familiale : isolement, auto-exclusion

Exceptée une seule personne, l'ensemble des enquêtés réside au sein de leur famille, qui joue un rôle déterminant dans leur gestion quotidienne, à la fois de la manifestation des crises liées aux symptômes et dans la prise en charge de leurs besoins.

Les données recueillies mettent en lumière les effets de la stigmatisation reliés aux problèmes de santé mentale, se traduisant par des dynamiques de honte, de silence et de tabou au sein de l'environnement social des répondants. Ces derniers évoluent souvent dans un contexte de retrait forcé ou volontaire, marqué par un éloignement des activités familiales et communautaires.

D'une part, cette mise à l'écart résulte d'épisodes d'agitation, principalement perçus comme socialement répréhensibles ou potentiellement dangereux. Face à ces comportements, les familles adoptent des stratégies de dissimulation qui limitent les interactions des patients avec l'entourage élargi (voisins, proches et membres de la famille étendue) et réduisent leur participation aux échanges et activités collectives. Des interviewés ont même décrit une quasi-absence de contact permanent avec l'extérieur, y compris avec les membres les plus proches de leur famille. Ils relatent à cet effet un enfermement quasi quotidien dans leur chambres au sein de leurs foyers. Cette situation est souvent tributaire de tensions et de conflits récurrents, ponctués par des violences et des disputes, qui alimentent des ruptures relationnelles et renforcent leur isolement.

D'autre part, l'isolement ne découle pas uniquement des stratégies familiales de mise à l'écart, mais peut également relever d'une auto-exclusion entreprise par les patients eux-mêmes. Ces derniers prennent l'option d'un retrait volontaire, évitant les interactions avec leur entourage familial et communautaire comme le révèle cette femme de 19 ans :

*« Je ne vois personne. Je me suis enfermée chez moi, même quand les gens entrent chez moi, je ne veux pas qu'ils rentrent dans ma chambre pour me voir. »*

Dans d'autres cas, l'auto-exclusion tient d'un sentiment de honte lié à leur condition. Ces propos ci-dessous de ces deux femmes, respectivement âgées de 16 ans et de 34 ans, illustrent cette dynamique de repli :

*« J'ai abandonné mes études à cause de mes problèmes de santé. (...) j'ai peur qu'il m'arrive des crises, devant tout le monde, c'est pourquoi j'ai abandonné l'école. Je ne me rends plus aux mariages ni aux baptêmes car j'ai peur de tomber en crise. Même chez mes amis j'ai du mal à y aller. »*

*« Parfois je reste seule dans ma chambre, je ne parle à personne, je n'ai envie de rien faire. Mes amis viennent souvent à la maison pour me faire sortir mais je refuse d'aller avec eux. Avant je participais à des tontines dans notre quartier, maintenant, je n'y participe plus, j'ai honte d'y aller. J'ai honte de sortir de la maison souvent à cause des regards des gens. Maintenant, je n'assiste plus aux mariages, ni aux baptêmes à cause de ma maladie. J'ai peur d'avoir des crises là-bas. »*

Il ressort donc une imbrication entre exclusion sociale et auto-exclusion par le truchement du rôle des états de santé et de la stigmatisation. Cet état de fait influe sur les dynamiques de

retrait ou d'isolement des patients dans les concessions et la communauté, aboutissant à leur discrimination et à leur marginalisation.

## B. Etude conduite par TdH-L dans le cadre de la préparation du projet Al-Afiya

Les experts n'ont pas identifié de structure acceptant de les recevoir pour la réalisation de focus groups **pour les groupes spécifiques**. Pour pallier ce manque, il a été choisi de : (i) renforcer la revue de littérature orientée vers des études terrain, (ii) s'appuyer sur l'étude conduite par TdH-L dans le Hodh Ech Chargui (cf. ci-après), (iii) tester des conclusions auprès de réseaux personnels d'experts en France ayant une connaissance de la zone.

Le projet Al-Afiya, évoqué supra IV. 4. C, fait l'objet d'une étude sur les besoins et ressources en SMSPS dans le Hodh Ech Chargui, en cours de réalisation au moment de notre étude. TdH-L, qui pilote ces travaux, a eu la courtoisie de nous communiquer une note comprenant les premiers éléments de cette étude.

La répartition des personnes interrogées se présente comme suit :

	Camp	Rural	Urbain	Total
Réfugiés	455	173	116	744
Hôtes		232	234	466
Retournés		36	20	56
Total	455	441	370	1266

Répartition des personnes interrogées selon leur statut et lieu de vie

Le faible nombre de retournés s'explique par le fait que la plupart des personnes revenues en Mauritanie sont des transhumants ayant la plupart de leurs attaches en Mauritanie et étant de ce fait plus associés aux communautés hôtes comme expliqué précédemment.

Un autre facteur ayant une influence sur la nature des réponses produites est la durée de séjour en Mauritanie, l'état émotionnel pouvant varier beaucoup entre un réfugié installé depuis plusieurs années et une personne nouvellement arrivée. Cette donnée se présente comme suit :

Arrivée en Mauritanie depuis :	Camp	Rural	Urbain	Général
< 6 mois	6%	38%	37%	18%
6 mois à moins de 2 ans	37%	55%	46%	42%
> 2 ans	58%	7%	17%	40%

Cependant, les données cliniques en lien avec ces durées de séjour n'étaient pas disponibles au moment de notre étude.

En termes de symptomatologie sur l'anxiété et la dépression, les résultats sont les suivants :

Symptomatologie	Anxiété			Dépression		
	Absence	Douteuse	Certaine	Absence	Douteuse	Certaine
Femmes	54 %	28 %	18 %	45 %	40 %	14 %
Hommes	52 %	29 %	19 %	40 %	48 %	12 %

Ces constats cliniques se conjuguent avec les difficultés au quotidien. Ainsi, les besoins suivants ressortiraient comme importants pour la population étudiée : les revenus et moyens de subsistance pour 92 % des personnes interrogées, l'hygiène pour 87 % des femmes, les vêtements, chaussures et articles de literie pour 87 %, les soins de santé à égalité avec la nourriture pour 86 %.

Pour les enfants, les signes de tristesse et les pleurs sont indiqués pour 44% des enfants réfugiés (33% des enfants hôtes) et les pensées négatives pour 38% contre 26% des enfants hôtes. Il y a globalement 1/4 à 1/3 d'enfants affectés sur le plan psychosocial en plus chez les enfants réfugiés que chez les enfants des communautés hôtes.

Par ailleurs : 81% des répondants pensent que les troubles mentaux ont des causes spirituelles (possession, mauvais œil...) ; les traumatismes et difficultés de la vie quotidienne sont identifiés comme liés aux troubles mentaux pour 92% des répondants ; et seuls 48 % de répondants considèrent que les troubles mentaux sont liés à des facteurs biologiques, 36 % que les parents sont responsables de l'état de la personne, ou encore 21 % que la personne est elle-même responsable de son état.

Ces résultats, même très parcellaires, confirment à la fois le besoin de prise en charge en SMSPS, et corrélativement la pertinence du projet à venir de l'AFD, et le besoin de psychoéducation pour réduire les préjugés et les fausses idées.

## 6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### Conclusion

La psychiatrie a été intégrée tardivement dans le pays, à partir de 1975, bien après l'accession à l'indépendance en 1960. Une augmentation progressive du recours aux services psychiatriques a été soulignée, accompagnée d'une diversification quoique limitée des structures de soins et des praticiens spécialisés. Néanmoins, les données sur la prévalence des troubles mentaux restent insuffisamment documentées. Les dernières statistiques, issues d'une étude menée en 2005 à Nouakchott, sont parcellaires. Elles omettent des problématiques importantes telles que les suicides, l'usage de substances psychoactives, l'alcoolisme, et les violences fondées sur le genre. Ces dernières violences ont un relief particulier du fait des pratiques comme le gavage et/ou l'auto-gavage des jeunes filles, les mutilations génitales et les violences conjugales. Elles constituent dès lors des enjeux majeurs dans le contexte national.

La situation de Nouakchott illustre les disparités dans l'organisation de la santé mentale au niveau national. Les infrastructures psychiatriques et le personnel qualifié, tels que les

psychiatres et techniciens en santé mentale, se trouvent principalement dans la capitale. Ce qui concourt à accentuer les déséquilibres régionaux. Les cliniques privées avec une spécialisation en psychiatrie attirent des patients ayant des moyens économiques élevés. Elles participent à renforcer le paysage psychiatrique de la capitale tout en reflétant une inégalité d'accès aux soins. Par ailleurs, ces structures privées offrent une alternative aux familles cherchant à éviter la stigmatisation souvent associée aux établissements psychiatriques publics, tout en soulignant les barrières sociales et symboliques qui persistent dans l'accès aux soins spécialisés. Le recours à ces structures publiques est perçu comme une visibilisation et une officialisation de la folie redoutées par les familles et leurs proches.

La politique de santé mentale dans le pays ne repose pas sur une stratégie nationale élaborée. Les orientations stratégiques du PNSM, neurologique et de toxicomanie ne sont pas portées à la connaissance publique, ainsi que la visibilité des éventuels mécanismes concrets de leur mise en œuvre. À cela s'ajoute une absence de réglementation de la santé mentale et de la tradithérapie dans le pays. Cette dernière est activement sollicitée par les populations. Elle constitue une réponse privilégiée aux besoins en santé mentale.

Les modes de désignation des troubles mentaux s'inscrivent dans une articulation entre l'appropriation des discours médicaux, l'expérience subjective de la maladie et l'ambiguïté entre le diagnostic et la gestion du trouble. Corrélativement, les explications avancées par les enquêtés renvoient aux catégories de causes que sont les événements de vie significatifs associées par moments aux tensions intrafamiliales récurrentes, et les cadres interprétatifs locaux.

Les itinéraires de soins inscrits dans un pluralisme médical apparaissent comme fragmentés et non linéaires. Dans la majorité des cas observés, une primauté est accordée aux marabouts, dont les interventions s'ancrent dans un registre religieux en adéquation avec les croyances islamiques dominantes. Si certaines pratiques mobilisent également des références syncrétiques combinant éléments pré-islamiques et socio-culturels locaux, la préférence marquée pour les traitements religieux semble répondre à une logique d'adhésion aux représentations partagées du trouble mental et de la guérison. Ces trajectoires peuvent inclure une diversité de recours, perçus comme aptes à agir sur les dimensions invisibles du trouble, notamment l'expulsion des causes de persécution ou de possession de l'individu. Toutefois, elles relatent souvent des parcours longs et coûteux et au terme desquels l'absence d'amélioration observée active l'orientation vers les soins psychiatriques.

La prise en charge psychiatrique repose majoritairement sur des traitements médicamenteux, dont l'impact positif sur les symptômes demeure conditionné à une dépendance à ces psychotropes. Cependant, l'observance thérapeutique est fragilisée par les effets secondaires rapportés et par les difficultés d'accès aux médicaments, exacerbées par la vulnérabilité économique. Ces obstacles favorisent les rechutes fréquentes, compromettant la stabilisation de l'état de santé mentale des patients et interrogeant les limites d'une approche strictement biomédicale.

Les consultations hybrides rapportées indiquent une volonté de maximiser les chances de guérison pour les familles et leurs proches confrontées aux problèmes de santé. Elles traduisent

l'agencement de stratégies cohérentes faisant intervenir l'efficacité de la psychiatrie et des marabouts et surtout une assurance symbolique escomptées de ces derniers.

Par ailleurs, les situations d'exclusion et d'auto-exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux illustrent l'imbrication des problématiques de santé mentale avec d'autres dimensions de la vie sociale. Ces interactions témoignent de la nécessité d'une prise en compte élargie des déterminants sociaux et relationnels dans l'accompagnement thérapeutique.

### **Recommandations**

Les travaux conduits et les échanges avec les experts de Mauritanie ont mis en lumière plusieurs domaines clés où des changements pourraient significativement améliorer la prise en charge des troubles mentaux, notamment :

- Mettre en place des structures spécialisées pour la santé mentale, garantissant ainsi un meilleur accès et une continuité des soins pour toute la population,
- Organiser des formations régulières pour les professionnels afin qu'ils restent informés des nouvelles pratiques et approches en matière de santé mentale, ainsi que pour les professionnels de santé sur les aspects liés à la santé mentale pour améliorer la détection précoce et la gestion initiale des cas,
- Veiller à ce que les soins en santé mentale soient fournis dans le respect des droits des patients, en garantissant une prise en charge éthique et humaine,
- Effectuer des études approfondies pour obtenir une meilleure compréhension de la situation en matière de santé mentale, et pour évaluer l'efficacité des actions en cours,
- Engager une sensibilisation visant à redéfinir les normes de genre et à réduire la stigmatisation entourant les soins de santé mentale pour les hommes,
- Mettre en place des circuits de référencement pour identifier et cartographier tous les services intervenant dans le domaine de la santé mentale,
- Décentraliser les structures spécialisées pour améliorer l'accès aux services,
- Renforcer les capacités des acteurs locaux pour une prise en charge efficace,
- Développer des programmes de soutien pour les familles afin d'améliorer la compréhension et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles mentaux.
- Favoriser une intégration active du volet travail social dans la prise en charge des malades pour mettre en œuvre des actions de médiation familiale, d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et d'insertion professionnelle.

# IV. La santé mentale au Tchad

## 1. PERSPECTIVE HISTORIQUE : DE L'HISTOIRE RECENTE DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

Les sources historiques sur l'introduction et l'implantation de la psychiatrie au Tchad font défaut. En effet, il faut préciser que l'histoire de la santé mentale est beaucoup plus récente au Tchad que dans les autres pays de l'étude. La gestion des problèmes de santé mentale calquée depuis longtemps sur le modèle colonial asilaire s'inscrit dans le prolongement quasi-exclusif de ce style d'assistance psychiatrique (HCR, 2024).

En 1996, une unité de santé mentale a été instaurée au CHU-Référence nationale de N'Djamena. En 2017, l'hôpital Notre Dame des Apôtres Maïngara à Sarh dans la province de Moyen-Chari, qui fonctionne sous le modèle humanitaire semi-confessionnel, a inclus dans ses activités la prise en charge des malades mentaux. En 2021, une unité de prise en charge psychiatrique a été intégrée dans l'hôpital provincial de Mongo. Et plus récemment, en 2022, un service de psychiatrie et de désintoxication des alcooliques a été inauguré dans l'hôpital Notre Dame des Apôtres Maïngara (Koutou, 2022).

À l'instar des autres pays de l'étude, la thérapie traditionnelle constitue un moyen de soins mentaux privilégiés, renforcé par l'inscription des troubles mentaux dans une conception magico-religieuse (COOPI, 2020). Si au niveau ministériel il existe une division de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle, la pratique des tradipraticiens se fait en dehors d'un cadre juridique et d'une collaboration avec la médecine moderne. L'exercice thérapeutique de ces acteurs traditionnels ou confessionnels s'effectue en conformité avec les croyances religieuses et culturelles investies sur les problèmes de santé mentale.

## 2. PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET DETERMINANTS

### A. Population générale

Les données de prévalence en santé mentale sont très rares au Tchad. Les études épidémiologiques et en sciences sociales sont en friche concernant les problèmes de santé mentale. Dans ce cadre, les données les plus renseignées concernent les populations spécifiques comme les réfugiés.

Selon le ministre de la Santé publique et de Prévention, à l'occasion de la journée mondiale de santé mentale, le Tchad, dont la population est estimée à 18,3 millions de personnes, a enregistré en 2023 (Kedai, 2024) : 487 cas de schizophrénie, 232 cas de bouffée délirante aiguë, 240 cas de dépression, 151 cas d'épilepsie, 101 cas d'Oligo démence, 106 de psychose maniaco dépressive, 19 cas de névrose, 10 cas de confusion mentale et 264 autres cas.

Notre étude n'a pas pu renseigner l'origine officielle de ces chiffres de prévalence (relayés par des sites en ligne) à partir d'études publiées ou de supports en ligne du ministère de la Santé et de la Prévention du Tchad. De surcroît, en l'absence d'un système d'informations

sanitaires centralisé, il est difficile de vérifier si ces données concernent exclusivement la population générale ou incluent des groupes spécifiques liés à la situation sécuritaire que connaît le pays, dans la mesure où des organismes et des ONG s'activant en zones de conflits font des référencements vers N'Djamena. En tout état de cause, ces données apparaissent être bien en deçà de la réalité au regard du nombre d'habitants.

Les données sur les déterminants des troubles de santé mentale en population générale demeurent très limitées. Le Plan national de Développement sanitaire 2022-2030 du Tchad ne fait pas cas de la problématique de la santé mentale de façon explicite (ministère de la Santé et de la Prévention du Tchad, 2022). Certes, il y est évoqué une problématique d'addictions à l'alcool, au tabac et aux psychotropes assez prégnantes en population générale. Cependant, ces addictions n'y sont à leur tour pas corrélées à des risques de troubles de santé mentale mais à d'autres maladies physiques et à des phénomènes sociaux comme "*la délinquance et les agressions psychosociales*".

## **B. Populations réfugiées et déplacées internes**

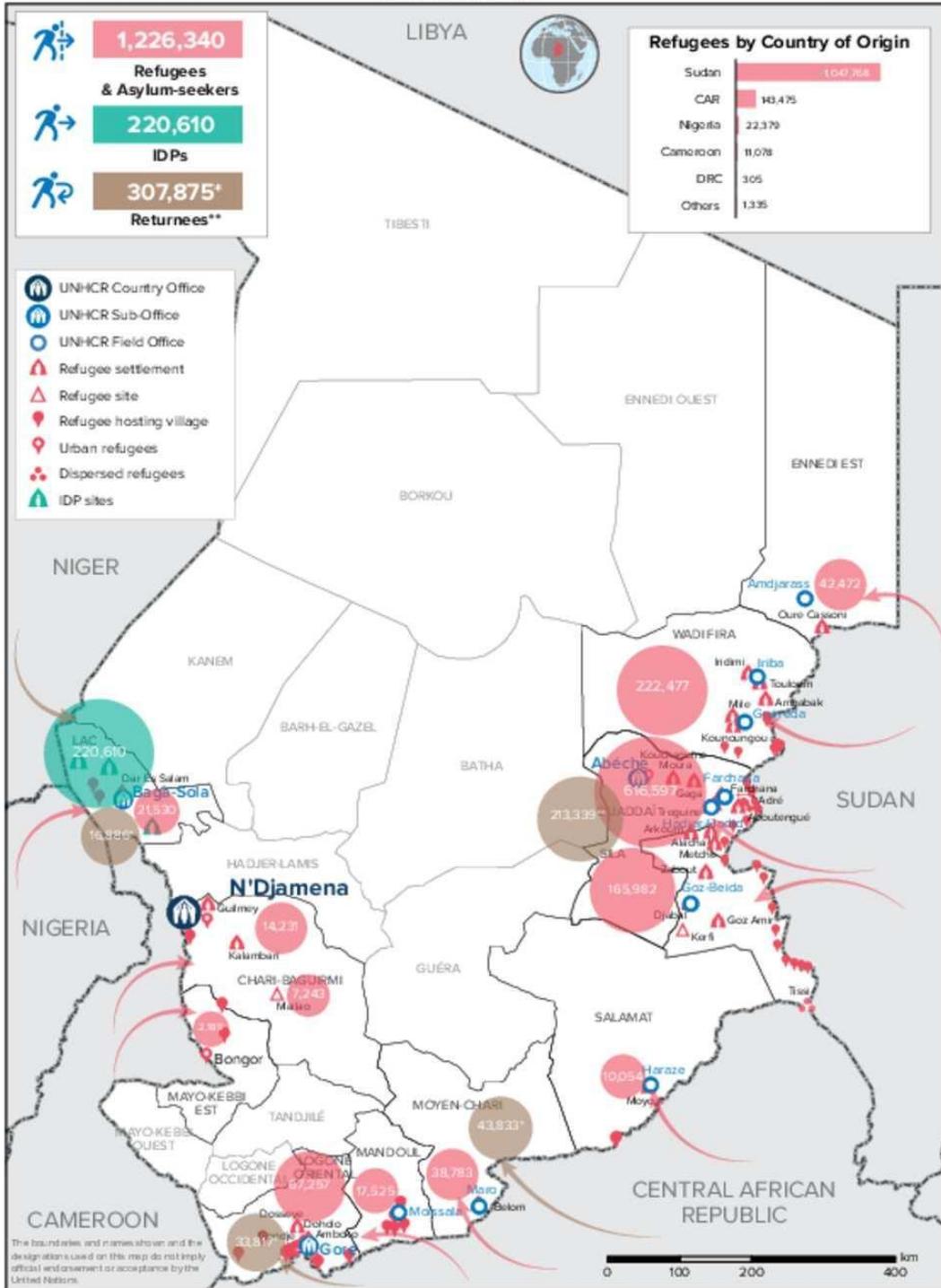
Note : il n'a pu être trouvé d'étude sur la prévalence des troubles dans des populations spécifiques. Nous limiterons donc cette partie à un exposé synthétique sur la situation des réfugiés et des déplacés internes au Tchad, et des violences fondées sur le genre.

### **Réfugiés et déplacés**

Selon le HCR, la population réfugiée au 30 juin est de 1 256 527 réfugiés<sup>30</sup>, ce qui en fait le plus grand pays d'accueil par habitant en Afrique (UNHCR, 2024). A cela, s'ajoutent 288 333 déplacés internes et 536 568 retournés. Ces personnes déplacées sont réparties dans douze provinces du pays comme présenté ci-dessous :

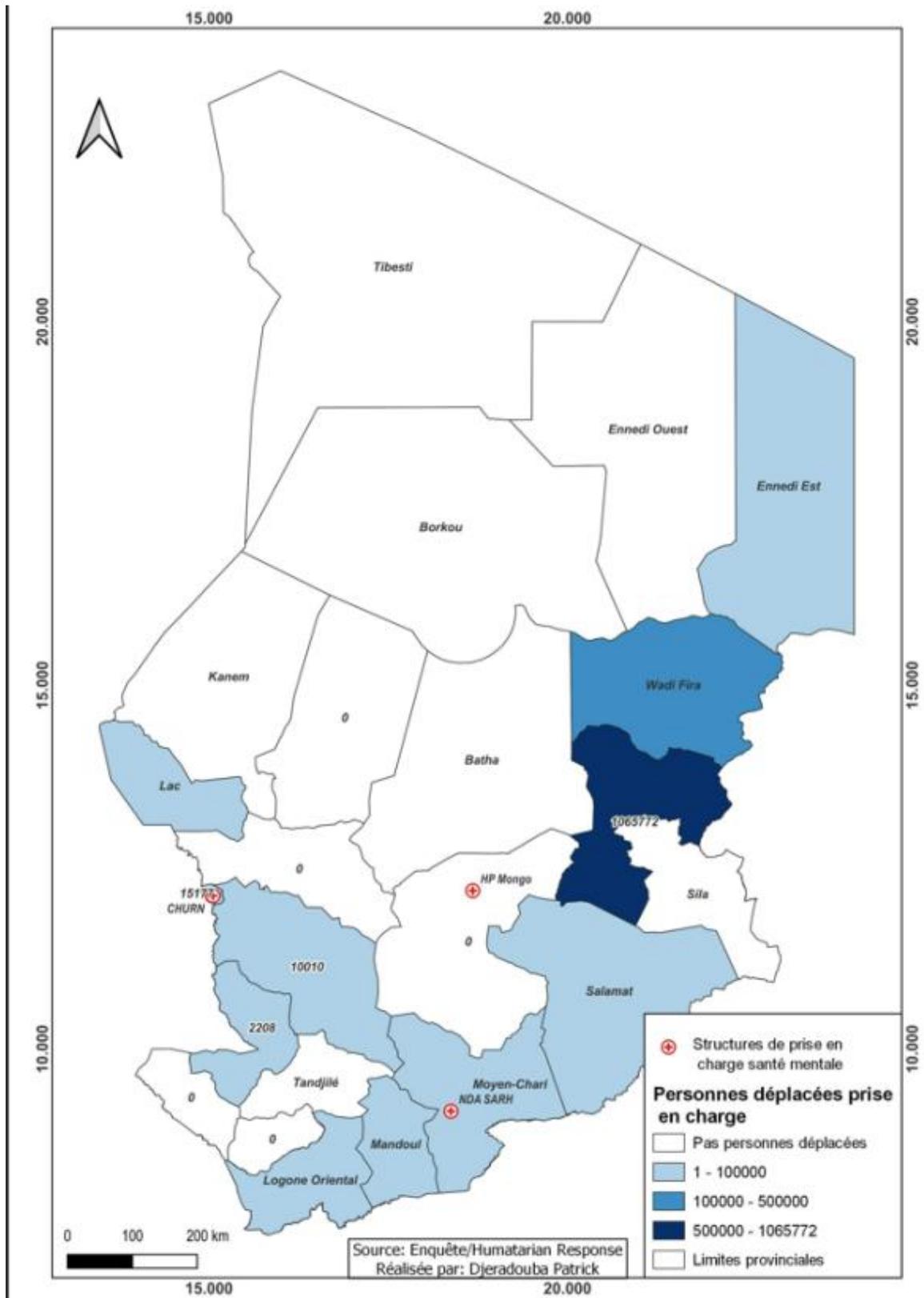
---

<sup>30</sup> Source : « Bulletin de Crise Humanitaire et Sanitaire », Cluster Santé-Tchad, avril-juin 2024.



\* Returnees in South: last assessment in Nov 2019 (CIM-DTM) / \*\* Returnees: Chadians returned from abroad, at risk of statelessness / \*\*\* Returnees: Returnees in the east (CIM-B/NF43)  
Data sources: UNHCR, CHAIR (Refugees & Asylum-seekers) IOM/DTM (IDPs, Returnees) Feedback: Ahmed Merabukh, chad@unhcr.org Creation date: 03 Oct. 2024

Carte de situation des déplacés de force et apatrides de l'UNHCR



Cartographie des personnes déplacées réalisée pour les besoins de l'étude

La décomposition de ce nombre par origine géographique se présente comme suit :

- Environ 600 000 Soudanais ayant fui les conflits (Darfour, lutte pour le pouvoir) dans leur pays, et ayant trouvé refuge dans la région limitrophe du Sila, à l'est du Tchad ;
- Quelques 180 000 rapatriés tchadiens ;
- Environ 140 000 Centrafricains qui se sont réfugiés à Sido, au sud du Tchad suite à la reprise des violences dans leur pays<sup>31</sup>,
- Au Sud-ouest environ 100 000 Camerounais venus à la suite des affrontements dans l'Extrême-Nord du pays<sup>32</sup> ;
- Enfin, environ 21 000 réfugiés Nigériens<sup>33</sup>.

En l'absence d'analyse sur les troubles en santé mentale de ces réfugiés, on notera pour les réfugiés soudanais ce qui suit : « Les personnes arrivent dans une situation de pauvreté et de détresse extrême. Leur état est catastrophique, tant sur le plan physique que mental. On rapporte que de très nombreuses personnes auraient subi des violences, avec notamment 3 femmes sur 4 victimes de violences sexuelles, soit au Soudan, soit sur la route de l'exil. Par ailleurs, une grande majorité des réfugiés souffrent de la faim avec des taux alarmants de malnutrition, notamment chez les enfants » (Croix-Rouge française, 2024). Les femmes et les enfants représentent plus de 88% de ces réfugiés enregistrés.

Le Tchad compte également de nombreuses personnes déplacées internes et de rapatriés, répartis entre le lac Tchad pour un nombre compris entre 220 000 et 400 000 selon les sources, et à l'est du pays pour environ 120 000 personnes. Il n'existe pas d'étude dédiée à la symptomatologie des personnes concernées ; cependant, pour toutes ces populations, réfugiées et déplacées internes, on peut prédire la présence de multiples troubles de santé mentale, au premier rang desquels anxiété, dépression, état de stress post-traumatique, idées suicidaires.

Par ailleurs, on évoquera infra IV. 4. D la publication « La prise en charge des troubles psychiques dans le bassin du lac Tchad » (Chatot F. et al., 2022), qui, après une présentation des sujets liés au traumatisme psychique en situation de crise, à la place de la médecine traditionnelle, et à la stigmatisation, analyse en fin d'ouvrage les interventions des organisations humanitaires internationales et locales en santé mentale.

### **Violences fondées sur le genre**

Les VBG se manifestent sous diverses formes : psychologiques (harcèlement moral, injures, privation du droit à l'éducation pour les filles ou à la succession...), physiques (bastonnade, sévices corporels, rapt...) ou sexuelles (viol, prostitution forcée, harcèlement sexuel...). Selon les chiffres officiels, près d'une Tchadienne sur cinq a subi au moins une forme quelconque de violence physique et un peu plus d'une sur dix a été victime de violence sexuelle. Toutefois, si l'on considère les données de ONU Femmes, 1 femme sur 3 est victime de violences sexuelles ou physique en moyenne dans le monde ; on peut donc imaginer que les chiffres officiels sont en dessous de la réalité. Les VBG se manifestent aussi par des mutilations génitales féminines,

---

<sup>31</sup> Source : « Situation centrafricaine Tchad », UNHCR, Mars 2024.

<sup>32</sup> Source : « Des réfugiés camerounais en quête de débouchés pour survivre au Tchad », UNHCR, Janvier 2022.

<sup>33</sup> Source : « Situation Nigérienne Tchad », UNHCR, Juin 2023

la pratique étant persistante dans le pays ; ainsi, l'excision, partielle ou totale, affecte près de la moitié des Tchadiennes (44%). Proportionnellement, ces mutilations touchent davantage les musulmanes (56% contre 40% chez les catholiques et 25% chez les protestantes). L'Est du Tchad est particulièrement affecté puisque l'excision peut concerner jusqu'à la quasi-totalité des femmes (95%) dans certains districts. Malgré les luttes engagées contre cette pratique par les autorités au cours des dernières années, la situation évolue lentement. Pour cause, l'approbation des mutilations génitales féminines demeure forte, y compris chez les femmes et ce sont les accoucheuses traditionnelles ou de manière générale des femmes n'ayant plus un rôle de procréation dans le ménage qui la pratiquent. Les VBG étant particulièrement prégnantes et diversifiées, une attention très particulière a été portée dans ce projet pour augmenter la prise en compte de la thématique dans les sensibilisations et discussions à travers les nombreuses activités (Josselin C., 2022).

### **3. POLITIQUE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE**

Un programme national de la Santé mentale a été mis sur place par arrêté n°0283/MSP/DG/98 du 12 mars 1998 du ministère de la Santé publique et de la Prévention. Ce programme est rattaché au bureau de la santé mentale sous la supervision d'un coordonnateur national.

L'étude n'a pas pu remonter de données écrites de ce programme et des évaluations le concernant. Selon le coordinateur du programme, les visées de ce programme sont i) la conception et l'organisation de l'assistance psychiatrique et psychosociale, ii) l'élaboration de la politique nationale en matière de santé mentale, iii) de rendre disponible les médicaments psychotropes en génériques dans les services concernés, et iv) la sensibilisation et l'éducation psychosociale en matière de santé mentale.

De ce fait, le Tchad ne s'est pas doté à ce jour d'une politique de santé mentale tout comme d'un dispositif législatif réglementant la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Dans ce cadre, les organisations et ONG internationales comblent et/ou pallient les limites de la politique de santé mentale dans la résolution des problèmes de santé mentale (Chatot, 2022; HCR, 2024; IASC, 2024). Leurs activités ont pris du relief en raison de la situation politico-économique et environnementale défavorable, et la crise sécuritaire liée aux attaques terroristes de Boko Haram qui secouent le pays. La conjonction de ces facteurs amplifie les conditions de vulnérabilisation des populations et de dégradation de leur santé mentale, principalement dans la zone frontalière du bassin du Lac Tchad. Ces institutions œuvrent majoritairement dans le soutien psychosocial des populations vulnérables et dans le renforcement des structures de première ligne.

## 4. ACTEURS : VISION ET METHODES DE PRISE EN CHARGE

### A. Acteurs publics locaux

Au Tchad, le tissu psychiatrique est très limité aussi bien dans la capitale N'Djamena que dans les zones de l'intérieur du pays. L'offre de santé mentale n'est pas prise en compte dans les soins de santé primaires. Les structures en santé mentale du pays sont des unités hospitalières avec des capacités d'accueil très limitées (des fiches détaillées de ces structures sont présentées en annexes) :

- Le service de santé mentale du CHU-RN de N'Djamena,
- L'unité psychiatrique de l'hôpital provincial de Mongo, qui n'exerce que des activités de consultations ambulatoires,
- L'hôpital Notre Dame des Apôtres Maïngara à Sarh dans la province de Moyen-Chari fonctionne certes sur le modèle de l'humanitaire confessionnel géré par des religieuses mais il est à finalité de politique publique.
- Le CEDIRAA (Centre diocésain de la Recherche Action en Alcoologie) - bien qu'appartenant au modèle de l'humanitaire semi-confessionnel - a une action à finalité de politique publique (cf. infra).

Le personnel en santé mentale du pays est largement inférieur aux normes de l'OMS : 1 thérapeute pour 5000 habitants. Selon l'Atlas Santé mentale de l'OMS de 2020 ce personnel se répartit ainsi :

Tchad		
Total	Nombre pour 100 000 habitants	Nombre pour 100 000 habitants
<i>Population (en 2020)</i>	15 946 882	
Psychiatres	2	0,01%
Psychologues	6	0,04%
Infirmiers en psychiatrie	6	0,04%
Travailleurs sociaux	9	0,06%
Autres Professionnels en santé mentale (non précisé)	1	0,006%
Pédopsychiatres	0	0%

Source: Atlas Mental health OMS, 2020

Dans ce contexte de manque flagrant de psychiatres, les structures sont généralement dirigées par des infirmiers en psychiatrie.

Les problèmes de santé mentale en population les plus fréquents pris en charge dans les structures publiques sont : les troubles dépressifs et anxieux, les bouffées délirantes aiguës, la

schizophrénie, les troubles liés aux substances psychoactives, les troubles de stress post-traumatiques, l'épilepsie.

Les procédés diagnostiques et thérapeutiques relèvent d'approches classiques. Les diagnostics se résument à l'entretien avec le malade et éventuellement ses proches, et les thérapies se rapportent à l'administration de médicaments psychotropes et aux psychothérapies de soutien individuels ou de groupe.

La demande en formation en santé mentale est largement exprimée par les prestataires. En effet, la formation initiale en santé mentale à disposition des cadres de santé ainsi qu'en spécialisation en psychiatrie est inexistante dans les universités du pays. Les professionnels en santé mentale sont généralement formés à l'extérieur dans les pays africains (Bénin, Sénégal) ou en Europe (France).

Les capacités d'accueil de cadres de soins sont très restreintes et le personnel qualifié largement déficitaire, avec une absence notable de psychiatres (voir annexes pour les fiches détaillées des structures). Par exemple, à N'Djamena, l'unique unité spécialisée est équipée de seulement 2 salles de 4 lits. Par ailleurs, l'approvisionnement en psychotropes se révèle particulièrement difficile, affectant non seulement les établissements de la capitale mais aussi ceux localisés dans les provinces.

### **CEDIRAA**

Comme évoqué plus haut, bien qu'appartenant au modèle de l'humanitaire confessionnel, ce centre a une action à finalité de politique publique.

Le CEDIRAA a débuté ses premières activités de l'addiction en 2012 et les activités de santé mentale et de soutien psycho-social ont été initiées en 2015. Il est le seul centre de prise en charge des addictions au Tchad et reçoit tous les référencement des 23 provinces du pays.

Le MHPSS utilise une approche globale, c'est-à-dire qu'on prend en compte les facteurs qui influencent la santé mentale de la victime et en même temps on réfléchit avec la victime sur les solutions en lui proposant à la psychothérapie individuelle puis globale selon les cas. Le suivi se fait parfois une fois par an voire plus d'une année selon les cas.

Le Centre a une zone d'intervention principale basée à N'Djamena, avec 8 cellules composées d'animateurs dans 8 provinces, notamment à Sarh, Pala, Lai, Léré, Bitkine, Doba, Moundou, Mongo et Fianga. Le reste des villes ne sont pas couvertes géographiquement.

L'effectif en SMSPS du centre s'établit comme suit : 1 psychologue, 2 infirmiers addictologues, 5 assistants psychosociaux, 5 animateurs qui interviennent comme des superviseurs des autres animateurs, et 200 jeunes animateurs répartis dans les différents arrondissements de la ville de N'Djamena.

Le personnel est recruté sur la base aussi de volontariat ou bénévolat, c'est-à-dire ceux qui déposent volontairement leur dossier pour le stage au centre. Pendant le stage, la personne est évaluée selon ses compétences et sa motivation intrinsèque dans le travail. Ces éléments seront déterminants dans le recrutement selon les besoins du centre.

Les méthodes universelles pour les diagnostics sont appliquées dans le centre. Les dispositifs thérapeutiques sont déployés suivant le tableau clinique. De façon générale, la psychothérapie est appliquée tout comme les médicaments psychotropes.

Le CEDIRAA doit composer avec le recours tardif des personnes aux structures de soins, car la plupart ont une méconnaissance des troubles mentaux comme une pathologie réelle. Ainsi, leur premier recours se fait vers les guérisseurs traditionnels ou les marabouts, si bien que lorsqu'ils arrivent au centre, ils sont à un stade avancé de leur maladie avec souvent des complications. La majorité pense par ailleurs que la prise en charge permettra une guérison dans un bref délai, alors qu'il s'agit souvent de maladie chronique ou à vie, et de fait se décourage et abandonne le traitement. A cela s'ajoute la confusion de la santé mentale à la folie, entraînant parfois un refus de collaborer de peur que la maladie soit dévoilée d'où la difficulté de mettre en place une bonne prise en charge. Outre qu'il est, comme indiqué plus haut, le seul centre qui reçoit tous les référencement des 23 provinces d'où la difficulté majeure, le CEDIRAA fait également face aux difficultés suivantes : manque de soutien politique, absence de stratégie nationale en santé mentale pour encadrer et orienter les acteurs SMSPS, insuffisance des ressources qualifiées dans le domaine de la SMSPS qui rend difficile la fourniture de services de qualité, sous financement des activités au regard des besoins des populations.

Un travail de groupe, les AGR surtout avec les femmes vendeuses des boissons alcoolisées, est de mise dans le centre. Ces dernières sont sensibilisées aux conséquences de ces boissons. Le protocole TCC est utilisé pour la prise en charge des addictions et l'EMDR pour les états de stress post-traumatique. La santé mentale communautaire est beaucoup utilisée à travers la sensibilisation et la formation des membres de la communauté sur les méfaits et la prévention primaire des troubles liés à la santé mentale.

Le CEDIRAA dispose d'une capacité d'hospitalisation restreinte de 7 lits. Par conséquent, il procède lorsque nécessaire à des référencement de ses patients dans les cliniques privées, où ses propres praticiens les suivent directement du fait de la capacité d'accueil très limitée du service de santé mentale du CHU-RN de N'Djamena.

Le centre collabore avec l'hôpital l'amitié Tchad-Chine, le Programme National de Lutte contre le Tabac, l'Alcool et les Drogues, et le Programme Santé Mentale du ministère de la Santé et de la Prévention. Les collaborations se font aussi avec le CHURN, l'OIM, MSF, HCR, OMD.

## **B. Acteurs institutionnels internationaux**

### **OIM**

L'OIM a débuté ces activités en 2009 et celles de MHPSS en 2018. La principale mission de l'OIM est d'élaborer une migration saine et protéger des migrants et les populations hôtes à travers une prise en charge. L'organisation ne fait pas directement le suivi des victimes sur le terrain (camp des réfugiés) pour s'imprégner des réalités, mais son rôle en est la prise en charge. L'OIM agit à travers le HCR, qui assure le processus de réinstallation des victimes dans les camps des réfugiés

L'OIM couvre toutes les zones qui accueillent les réfugiés et dont la base est à N'Djamena, au Sud (Goré et Maro) et la grande partie à l'Est (Gozbeida, Farchana, etc). Le reste des zones non citées ne sont pas couvertes. Le suivi est trimestriel et se fait à N'Djamena. Après le premier

suivi des victimes, le deuxième suivi se fait dans leurs pays respectifs pour la réinsertion sauf cas majeur.

Les effectifs de l'OIM en SMSPS sont : 1 psychiatre, des addictologues, 5 assistants psychosociaux. Dans son approche en santé mentale et soutien psychosocial, le personnel a comme rôle d'identifier les cas avec une notion de souffrances mentales et de proposer des prises en charge fondées sur les méthodes de psychothérapies individuelles et groupales.

Pour les diagnostics, les méthodes cliniques et paracliniques sont utilisées. Cependant, les dispositifs thérapeutiques s'appuient sur la psychothérapie de soutien et sur les traitements médicamenteux. En complément des thérapies, des AGR sont proposées et le protocole TCC est utilisé pour la prise en charge des addictions et l'EMDR pour les états de stress post-traumatique.

Pour la nature des référencement, l'OIM collabore avec le ministère de la Santé Publique, l'OMS, ACF, IRC et surtout le HCR à qui sont transférés les dossiers des patients quand l'OIM est absent sur le terrain.

Concernant les difficultés rencontrées, il faut noter que le site de prise en charge des patients est à N'Djamena alors que la majorité des victimes proviennent de l'Est. La difficulté est donc de les acheminer à N'Djamena pour la prise en charge. Par ailleurs, les ressources humaines qualifiées sont très insuffisantes et toutes sont à N'Djamena, ce qui fait qu'il est difficile d'assurer le suivi dans le camp des réfugiés.

## **UNHCR**

Le HCR est installé au Tchad depuis 2003. En SMSP, le HCR n'a qu'un officier, présent depuis 2023, qui joue le rôle de point focal avec les partenaires de mise en œuvre de ce volet. Le HCR lui-même n'est pas un acteur de réalisation mais plutôt d'orientation et de coordination. Au Tchad, l'organisation couvre les zones de Ouaddaï, Wadi Fira et Sila.

L'UNHCR finance actuellement un programme de santé mentale pour les réfugiés souffrant de traumatismes ou de troubles mentaux, neurologiques et l'abus de substances psychoactives, appliqué à travers des partenaires de mise en œuvre. Ces partenaires développent des activités SMSPS qui permettent d'identifier et de répondre aux cas suivants : survivantes de Violences fondées sur le genre nécessitant une assistance psychosociale, enfants victimes de violences et d'abus nécessitant d'espaces sûrs pour un développement harmonieux, enfants présentant des troubles de comportement ou psychologiques qui pourraient compromettre leur éducation scolaire, personnes présentant des troubles mentaux neurologiques ou des addictions aux substances psychoactives.

Les missions de ces équipes sont les suivantes : établir les groupes de coordination entre les acteurs de la SMSPS engagés dans la réponse à la crise soudanaise, renforcer la capacité du personnel SMSPS des acteurs engagés dans la réponse à la crise soudanaise, faciliter la coordination et la communication entre les acteurs SMSPS, représenter l'UNHCR dans les sphères de discussion portant sur la SMSPS.

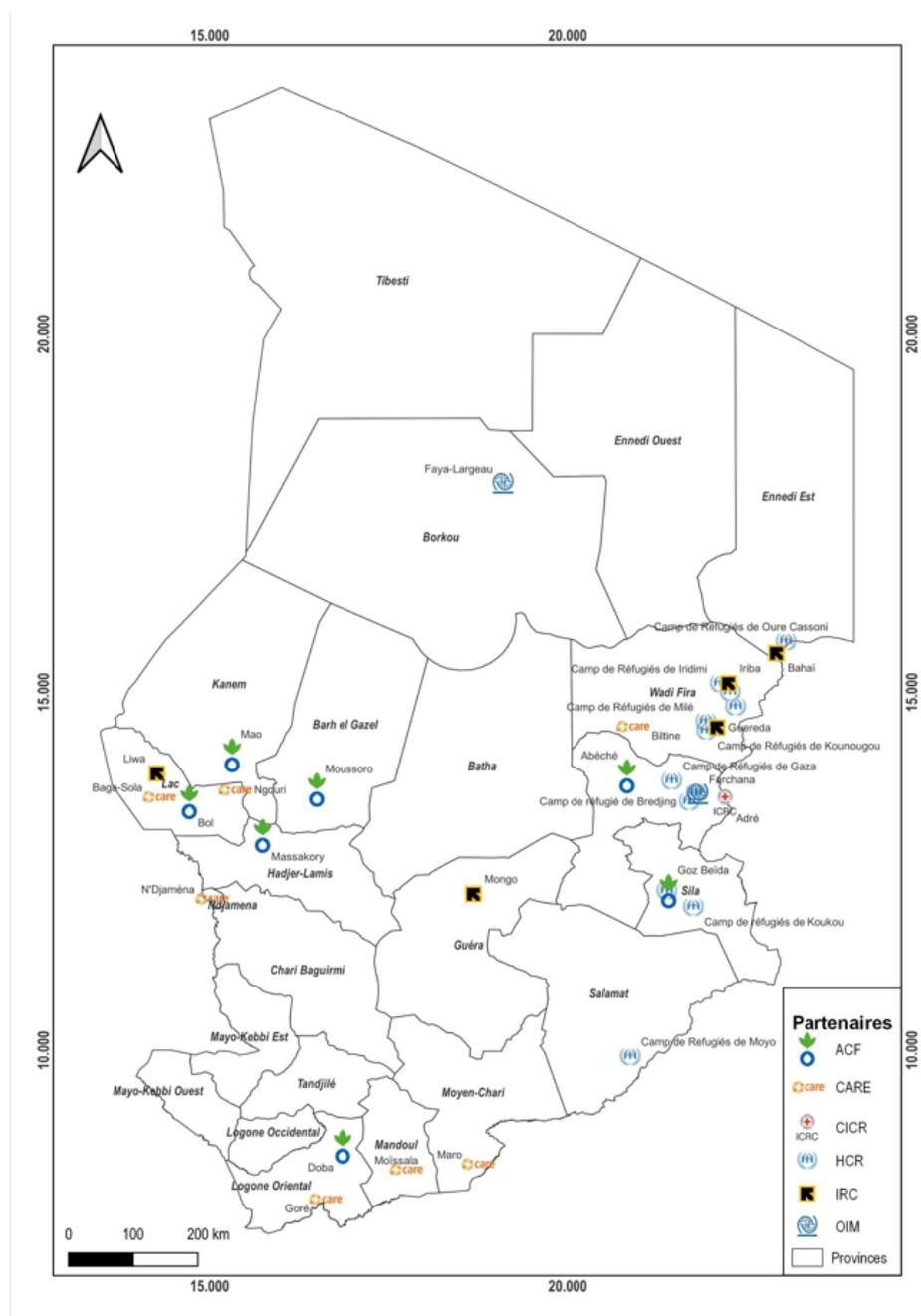
Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la SMSPS de partenaires sont : l'absence de stratégie nationale santé mentale pour encadrer et orienter les acteurs en SMSPS, la limitation des ressources locales en SMSP, qui rend difficile la fourniture de services de qualité, le sous-

financement des activités au regard des besoins des populations, et la méconnaissance de la SMSPS par les communautés.

Ses partenaires de mise en œuvre sont : APLFT (SMSPS intégrée à la protection/VBG), JRS (SMSPS intégrée à l'Éducation et à la protection de l'enfant), ADES, IRC (SMSPS intégrée à la santé).

Ses partenaires opérationnels sont tous les autres acteurs qui interviennent dans le domaine de la SMSPS au profit des relations avec les structures publiques, à savoir : le ministère de la Santé publique à travers les structures sanitaires dans les camps, le ministère de la Femme, de la Famille et de la Petite enfance et des affaires sociales à travers les délégations et le bureau de l'Action sociale dans les provinces et départements, le ministère de l'Éducation nationale à travers les structures scolaires dans les camps.

## C. Acteurs humanitaires



Cartographie réalisée dans le cadre de l'étude

Les acteurs internationaux ont été identifiés à partir de recherches internet et de la revue de la Liste des contacts humanitaires OCHA d'octobre 2024. 7 structures dont 4 OSC ont été contactées<sup>34</sup> par les experts de l'axe opérationnel, 3 ont répondu favorablement et donné lieu à entretien.

<sup>34</sup> ACF, CARE, COOPi, IRC et, par assimilation à l'action humanitaire, CEDIRAA, HCR, OIM (traitées dans la partie institutionnelle).

Le Tchad est le terrain d'un grand nombre de conflits intra et inter communautaires, au point d'en faire l'objet d'un bulletin régulier de OCHA. Dans ces zones de conflit, 2 se distinguent par l'ampleur des conséquences qu'elles subissent : l'est du pays et la zone du lac Tchad, comme le montre le tableau ci-après<sup>35</sup> :

**Tableau 1 : Répartition des populations en déplacement par provinces. Source : UNHCR, OIM**

Provinces	Déplacés	Retournés	Réfugiés
Chari-Baguimi	-	-	26 455
Ennedi Est	-	-	46 454
Lac	262 106	22 893	20 582
Logone Oriental	26 227	10 715	62 708
Mandoul		709	16 345
Mayo-Kebbi Est	-	-	1 546
Moyen-Chari		55 332	31 152
N'Djamena		1 017	23 582
Ouaddai		75 577	612 368
Salamat		13 067	8 785
Sila		58 777	175 800
Wadi Fira		481	230 750
<b>TOTAL</b>	<b>288 333</b>	<b>238 568</b>	<b>1 256 527</b>

Pour autant, peu de structures, à la connaissance de l'étude, déploient des actions en SMSPS, à savoir Action contre la faim, Care, et International Rescue Committee.

### **Action contre la faim (ACF)**

ACF intervient au Tchad depuis 1982, avec actuellement un effectif de 306 personnes dont une cinquantaine environ en santé mentale, parmi lesquels un psychologue clinicien responsable du programme et une quinzaine d'autres psychologues sur le terrain, et des assistants sociaux. Les zones d'intervention d'ACF se situent dans 7 provinces du Tchad : Kanem, Bar El Gazal, Lac, Logone Oriental, Ouaddai, Dar Sila et Hadjer Lamis. En 2023, 771 259 personnes ont bénéficié de ces programmes à travers le pays.

Les actions de ACF sont orientées sur le couple mère-enfant en utilisant des techniques de thérapie individuelle et groupale, en créant des espaces dans les camps appelés « Espace amis d'enfants », et en impliquant la population hôte dans une approche communautaire en santé mentale. Pour parvenir à cette méthode inclusive entre mère-enfant, ACF procède à la formation de ses agents en incluant la santé mentale dans les actions de soins primaires, en renforçant les structures communautaires existantes et la structure de soins primaires de l'État notamment les centres de santé.

<sup>35</sup> Source : « Bulletin de Crise Humanitaire et Sanitaire », Cluster Santé-Tchad, avril-juin 2024.

### **CARE international**

CARE travaille au Tchad depuis 1974 auprès des populations les plus vulnérables. Elle articule ses projets autour de 3 piliers programmatiques : Résilience et Adaptation au Changement climatique, Droits et Empowerment des Femmes et des Filles, Assistance et Urgence humanitaire autour de plusieurs thématiques : la sécurité alimentaire, la nutrition, l'hygiène et l'assainissement (WASH), la santé, la résilience, la lutte contre les violences basées sur le genre. Les bénéficiaires des programmes SMSPS sont les réfugiés ayant fui les conflits en cours dans les pays voisins du Tchad. Les actions sont des thérapies groupales développées dans les camps de réfugiés en impliquant la population hôte. Dans le cadre des prises en charge psychosociales, Care International collabore avec l'UNHCR, AFC, World Vision, Croix rouge et quelques associations locales pour développer les axes d'AGR dans le but de donner l'autonomie des femmes après la fin de suivi de projet.

CARE travaille actuellement dans plusieurs zones du pays grâce à ses bases et sous bases : N'Gouri, BagaSola, Biltine, Goré, Maro, Moissala ainsi qu'une coordination à N'Djamena. CARE Tchad.

En termes de personnel en santé mentale, CARE emploie 1 psychologue, également chargé de la santé mentale de l'équipe, et 5 assistants psychosociaux sur les terrains. Enfin, elle fait ces référencement avec ACF pour l'appui psychologique, et également avec COOPI, CIRC.

### **International Rescue Committee**

Implantée au Tchad depuis 2004, IRC a très vite initié des actions en SMSPS. Les bénéficiaires sont des populations vivant dans les centres de santé des camps des réfugiés dans 3 districts de l'Est (Enedi Est, Wadifira, Ouaddai). IRC intervient également dans la province du Lac Tchad pour les réfugiés et déplacés internes vivant dans le camp de Dar Es Salam à Baga Sola, ainsi que celles se rendant dans les centres de santé étatiques, ou enfin grâce à des cliniques mobiles sur différents sites de déplacés dans les districts sanitaires de Liwa, Baga Sola et Bol.

Ses actions vont de la sensibilisation pour la prévention en santé mentale à la consultation psychiatrique selon une approche multisectorielle impliquant des partenaires dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection (protection communautaire, protection de l'enfance et lutte contre la violence fondée sur le genre). IRC est ainsi le premier partenaire du ministère de la Santé.

IRC intervient selon les principes suivants : des interventions d'urgence sûres, dignes, participatives, gérées par les communautés et socialement et culturellement acceptables ; une autonomisation des personnes pour qu'elles puissent veiller à leur propre bien-être et à celui des membres de leur famille et de leur communauté, une garantie d'accès des personnes atteintes de troubles mentaux à des soins adaptés, l'assurance que les personnes atteintes de troubles mentaux modérés à sévères puissent accéder aux services de santé mentale essentiels et à une prise en charge sociale.

### **Inter-Agency Standing Committee**

On notera enfin la réalisation, en janvier 2024, d'une mission inter-agences du Groupe de Référence SMSPS du IASC (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial au Tchad, destinée à identifier les manques critiques et les besoins urgents en SMSPS, et développer un ensemble d'activités SMSPS recommandées en collaboration avec les partenaires du Groupe Technique de Travail (GTT) SMSPS. Cette mission a débouché sur la formulation d'actions prioritaires recommandées pour combler les manques en matière de SMSPS dans les 12 à 18 mois, dont la liste est présentée en annexe.

À ce jour, le IASC a effectué les premières actions structurantes suivantes : (i) mise en place d'un sous-groupe de travail SMSPS local, regroupant des acteurs de protection santé et éducation avec comme *lead* le ministère de la Santé et de la Prévention, et (ii) formation de 296 agents des ONG, acteurs de services de santé et membres des communautés aux Premiers secours psychologiques, la réhabilitation psychosociale (IASC, 2024).

## **D. Projets soutenus par l'AFD**

Les projets de l'AFD communiqués à l'étude sont :

- CTD 1222 « Projet Amélioration des conditions de vie des femmes et filles dans les régions du Guéra et Wadi-Fira au Tchad »
- CTD 1225 - Projet Amélioration des conditions de vie des femmes et filles dans les régions du Guéra et du Wadi-Fira.
- CTD1230 - Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad 3 – PASST 3
- CTD1244 - « SAHA WA TARBIA - Appui aux services sociaux dans les provinces du nord-ouest du Tchad »
- CTD 1272 - Amélioration de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents dans la province de Ouaddaï
- CZZ 2186 - Programme régional en faveur des populations du pourtour du lac Tchad impactées par la crise liée à Boko Haram

Par ailleurs, le projet Resilac sera évoqué à travers l'étude réalisée sur La prise en charge des troubles psychiques dans le bassin du lac Tchad.

### **CTD 1222 « Projet Amélioration des conditions de vie des femmes et filles dans les régions du Guéra et Wadi-Fira au Tchad » (CTD 1225 : identique)**

Présentation sommaire : l'objectif général du projet est d'améliorer l'autonomisation sociale des femmes tchadiennes par un meilleur accès aux services de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s, de la planification familiale (SRMNIA/PF) et la prise en compte des VBG, à partir de 3 composantes parmi lesquelles : Améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des services de SRMNIA/PF, en particulier pour les adolescent.e.s ainsi que la prise en charge des VBG. Au sein de cette composante, est prévue une activité de mise en place des services de prise en charge des VBG avec une salle d'écoute créant un environnement favorable à l'écoute des survivantes au sein de chaque CS. Le résultat attendu de cette activité est le suivant : les soins cliniques et de soutien psychosocial des survivantes

de VBG sont offerts à temps, par du personnel qualifié. À noter également la mise en place de l'approche Girlshine qui vise également à former des « mentors » choisies par les jeunes filles parmi les femmes de la communauté pour développer une relation de confiance avec les adolescentes et les accompagner dans le passage de l'adolescence à l'âge adulte, à l'abri des violences (Roos-Weil A. et Père M., 2019).

Commentaire : la mise en place d'une salle d'écoute et la formation du personnel à cette fin est une action essentielle, et, en ce sens, complète utilement le dispositif. Pour aller plus loin, il peut être envisagé de mettre en place des groupes de parole de femmes ayant subi des VBG, qui serait animé par un.e professionnel.le formé.e à cet effet. Le groupe de parole a pour effet de rompre le sentiment d'isolement de la personne, de lui permettre de construire son histoire autour du récit et de renforcer l'estime de soi en réduisant la honte liée aux événements. Concernant l'approche Ghirshline, le projet s'inscrit dans le cadre d'une approche résilience telle que décrite dans ses fondamentaux supra I. 4. C. d., et en ce sens doit être saluée.

### **CTD1230 - Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad 3 - PASST 3**

Présentation sommaire : l'objectif général du projet est la réduction des inégalités femmes/hommes et l'amélioration des droits et de la santé sexuels et reproductifs au Tchad. Plus spécifiquement, le projet vise à (i) appuyer les politiques publiques en matière de santé pour promouvoir l'équité et réduire les inégalités femmes/hommes, (ii) renforcer l'offre en SRMNIA/DSSR, nutrition, dans l'optique de répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es et de réduire les inégalités femmes/hommes, et (iii) promouvoir la demande en SRMNIA/DSSR, nutrition, dans l'optique de répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es et de réduire les inégalités femmes/hommes, en favorisant une approche par les droits (Klouche N. et Père M., 2022).

Commentaire : ce projet n'intègre pas de composante psychosociale et ne donne donc pas lieu à analyse en ce sens. On notera l'approche par les droits, mise en œuvre notamment à travers la promotion des droits sexuels et reproductifs, dans une optique de réduction des inégalités de genre, et l'implication des hommes dans la santé de la reproduction et la prévention des VBG pour un changement de comportements. La mise en œuvre de ces actions aura certainement un impact positif sur la santé mentale des jeunes femmes en favorisant une meilleure estime de soi et un mieux-être général. Nonobstant, il est recommandé que ces activités soient accompagnées d'actions psychosociales, telle que la mise en place de groupes d'activités partagées, de création d'un lieu de référencement où les personnes peuvent venir se retrouver et créer du lien social.

### **CTD1244 - « SAHA WA TARBIA - Appui aux services sociaux dans les provinces du nord-ouest du Tchad »**

Présentation sommaire : le projet est composé des activités suivantes intégrant des actions SMSPS (AFD, 2024) : (i) renforcement des compétences des enseignants, maîtres communautaires et des animateurs d'éducation non formelle à l'enseignement inclusif de base et à l'enseignement en classe multigrade : suivi adapté aux enjeux de santé mentale et de soutien psychosocial dans l'éducation et à l'éducation à la paix, (ii) renforcement des capacités des partenaires à promouvoir des activités et des services inclusifs. ACF, l'AFJT et HI

échangeront sur les pratiques d'appui psychosocial, (iii) la constitution d'instances de gouvernance : 2) un Comité Technique, composé des spécialistes éducation, santé, protection, EAH, santé mentale et soutien psychosocial, (iv) l'accompagnement psychosocial et juridique des VBG et Gestion des cas de référencement, et (v) le renforcement de capacités de la prise en charge psychosociale dans les structures sanitaires.

Commentaire : mis en œuvre par des OSC parmi les plus avancées en matière de SMSPS (HI, ACF), ce projet complet pour ce volet n'appelle pas de commentaire particulier.

### ***CTD 1272 - Amélioration de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents dans la province de Ouaddaï***

Présentation sommaire : le projet vise à améliorer l'accès aux soins de santé de base dans deux districts sanitaires de la province du Ouaddaï, au Tchad. Il poursuit deux objectifs (i) améliorer l'offre de soins en santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et en santé sexuelle et reproductive par l'appui aux structures sanitaires d'Abéché et Adré, et (ii) améliorer les conditions d'accès aux services de santé de base à travers l'engagement communautaire.

En termes de SMSPS, il est prévu que les agents de santé formés identifieront les cas de VBG et seront en mesure de leur fournir un espace sûr de dialogue où l'écoute active et une analyse des risques sécuritaires immédiats de la personne seront assurées. Les agents de santé seront en mesure de référer ces survivantes vers les services les plus adaptés, vers une prise en charge psychosociale qui pourra être supervisée par les agents psychosociaux. (Josselin, 2022).

Commentaire : mis en œuvre par une OSC, PUI, parmi les plus avancées en matière de SMSPS, cette composante psychosociale couvrant a priori l'ensemble des besoins en la matière n'appelle pas de commentaire particulier.

### ***CZZ 2186 - Programme régional en faveur des populations du pourtour du lac Tchad impactées par la crise liée à Boko Haram***

Présentation sommaire : l'objectif général du projet est de contribuer au redressement économique et au renforcement de la résilience et de la cohésion sociale des territoires du pourtour du lac Tchad les plus impactés par la crise de Boko Haram, à travers quatre objectifs spécifiques, parmi lesquels le renforcement du capital humain, la cohésion sociale et la gestion collective et durable des ressources naturelles dans les territoires ciblés. Cet objectif comprend des actions visant l'amélioration de l'état psychologique et des capacités d'insertion socio-professionnelle des populations affectées par la crise à travers des accompagnements psychosociaux, permettant également de traiter les traumatismes subis par les victimes des violences de Boko Haram, et de contribuer à prévenir ou résoudre les conflits qui pourraient survenir entre ces populations et celles qui les entourent et/ou les accueillent. Cela visera à recréer du lien social entre et au sein des communautés les plus affectées par la crise et à aider les victimes de violences à dépasser leurs traumatismes et à reprendre confiance (Vidon H, 2016).

Commentaire : les activités prévues, à savoir l'appui psychologique individuel et groupal pour les personnes identifiées comme vulnérables, la formation aux premiers soins psychosociaux

au niveau communautaire, et l'accompagnement et le renforcement des compétences psychosociales des jeunes dans leur projet professionnel couvrent de manière adaptée les besoins.

Il pourrait cependant être utile d'engager une analyse complémentaire afin de comprendre si les actions mises en place permettent de travailler sur le lien étroit entre les relations sociales et les facteurs individuels, tel que présenté supra I. 2. B, et de s'assurer que chaque sphère permet d'alimenter l'autre. Le risque est, en effet, que les actions à visée psychologique et celles à visée sociale soient conduites en silo et qu'il n'y ait pas d'espace où elles se rencontrent grâce à un professionnel formé à cet effet.

Au-delà des actions individuelles et de groupe, on notera l'objectif de permettre de reconstruire les structures sociales et la cohésion sociale, le soutien psychosocial après une crise étant affiché, à juste titre, comme une condition clé de réussite des opérations visant la cohésion sociale et le retour à la paix durable. À ce titre, la présence de SFCEG dans le consortium est opportune et complémentaire aux seules actions psychosociales dans ce contexte.

### **Projet Resilac**

La publication « La prise en charge des troubles psychiques dans le bassin du lac Tchad » (Chatot F. et al., 2022) établit des constats similaires à ceux de la présente étude, parmi lesquels : les limites du diagnostic d'ESPT, l'absence de données sur la santé mentale en Afrique, le recours prioritaire aux soins traditionnels et aux tradithérapeutes et à la psychiatrie en dernier recours, et pour le Tchad la difficulté du système de santé communautaire à intégrer réellement la santé mentale dans ses dispositifs et la prise en compte de la médecine traditionnelle reste encore de l'ordre des intentions.

Dans la dernière partie de l'étude, qui porte sur l'analyse des projets de santé mentale mis en œuvre par les acteurs internationaux, on soulignera l'orientation partagée par les auteurs de la présente étude de ne pas procéder à une prise en charge basée sur le seul individu, sans prise en compte de son entourage et du cadre nosologique qui prévaut dans les perceptions collectives . En effet, la seule prise en compte des personnes victimes présente le double risque de le stigmatiser et de faire naître des jalousies chez les non-bénéficiaires des programmes (a fortiori, si des dons en nature, aussi modestes soient-ils, sont faits aux bénéficiaires). Il convient d'avoir une approche systémique, qui englobera les victimes, leurs familles et les autres acteurs de l'éco-système environnant, car au-delà de traiter les pathologies de l'humain, il convient d'adopter une approche orientée vers les pathologies de la communauté.

Les auteurs de la présente étude partagent également les réserves des auteurs de l'étude pour le lac Tchad sur l'emploi de la méthodologie PM+ non adaptée aux situations de crise telle que celle vécue dans cette géographie. Cette technique, qui repose sur l'application d'un protocole standardisé en quelques séances, est dérivé d'une conception cognitivo-comportementaliste de l'humain qui considère le cerveau comme « une structure de traitement de l'information » et le traitement du traumatisme comme la nécessité de « remettre le cerveau en mouvement », prioritairement traitement des affects et des vécus personnels.

Cette approche va de pair avec l'utilisation croissante d'échelles et d'outils standardisés, destinés le plus souvent à mettre en place des prises en charge courtes et standardisées aux fins de satisfaire bailleur et opérateur quant au nombre de personnes prises en charge à la fin du programme, sans réel souci de leur bien-être subjectif.

## 5. ENQUETES TERRAIN

### A. Cadrage et travaux réalisés

La réalisation des focus groups a rencontré des difficultés, liées, selon les experts locaux, à une faible disponibilité des responsables du fait de la période de fin d'année, aux barrières culturelles et à celles de la langue obligeant à renseigner les questionnaires en différentes langues.

Ainsi, pour l'axe recherche, 3 focus-groups, composés de 36 personnes, 11 femmes et 25 hommes, ont été menés :

- . à N'Djamena, un groupe de 10 personnes avec une répartition égale entre les sexes,
- . à Sarh, un groupe de 15 personnes, composé de 4 femmes et de 11 hommes,
- . à Mongo, un groupe de 11 personnes, composé de 2 femmes et de 9 hommes.

Pour l'axe opérationnel, six focus-groups ont été réalisés avec 68 participants (37 femmes et 31 hommes) :

- . 4 groupes à Ndjaména, de natures et de compositions suivantes : (i) victimes d'addictions, avec 10 adultes, 9 hommes et 1 femme (âges non communiqués), (ii) enfants de la rue, avec 10 garçons âgés de 7 à 16 ans, (iii) victimes de VBG avec 12 jeunes filles, âgées de 17 à 25 ans, et (iv) veuves et VBG, avec 12 femmes, âgées de 30 à 48 ans.
- . 2 groupes de réfugiés soudanais dans le Ouaddaï, à l'est du pays, composés comme suit : (i) 12 jeunes filles, et (ii) 12 jeunes garçons.

La réalisation d'un seul focus-group par catégorie de personnes limite la portée généralisable des données recueillies. À ce titre, les analyses qui suivent, fondées sur une approche thématique, doivent être considérées comme exploratoires et non représentatives des populations concernées. Pour remédier à cette limite, un effort de recherche bibliographique et d'échanges avec les experts a été mené afin de compléter et de renforcer les données empiriques, contribuant ainsi à enrichir les interprétations et les conclusions proposées.

## B. Population générale

### a) Des problèmes de santé mentale et des causes variés

Les enquêtés ont présenté des troubles assez variés : les troubles anxieux, les troubles bipolaires, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les hallucinations auditives et visuelles, la tristesse, le stress, la dépression post-partum.

Les participants aux focus-groups ont souvent attribué leurs problèmes de santé mentale aux difficultés rencontrées dans leur quotidien, en lien avec leurs contextes de vie. Ainsi, les diplômés sans emploi ont identifié « *le chômage prolongé et le sentiment d'inutilité* » comme des facteurs majeurs contribuant à leur santé mentale altérée. De leur côté, des parents actifs ont mis en avant les contraintes économiques découlant de revenus insuffisants pour faire face aux besoins et pressions familiales. Ces « *soucis financiers* » sont perçus comme générant « *un stress chronique* », se traduisant par des manifestations telles que l'anxiété et un état de tension dans leur vie quotidienne.

Concernant les étudiants et lycéens interrogés, ils ont évoqué « *le stress des études* » et « *la peur des examens* » comme des facteurs majeurs influençant leur santé mentale. Dans un contexte marqué par des contraintes économiques croissantes, les attentes élevées de leurs familles en matière de réussite scolaire sont perçues comme une source significative de pression. Cela conduit à des états de stress, d'anxiété, de crises émotionnelles et de panique, et, dans certains cas, de dépression, particulièrement lors des périodes d'examens et en lien avec leur avenir incertain.

De plus, bien que moins fréquemment mentionnés, des antécédents familiaux de pathologies mentales et le stress lié à l'accouchement dans le cas de psychoses puerpérales ont également été exposés comme des causes.

### b) Un coût élevé des soins de santé mentale

Selon la majorité des participants aux focus-groups, les frais des soins de santé mentale sont onéreux et ont été endossés principalement par les familles comme en témoignent ces extraits suivants de deux hommes âgés de 29 et 33 ans, puis de deux femmes de 21 et de 29 ans :

« *Les soins m'ont coûté environ 500 000 FCFA (791,31 USD), financés par ma famille et moi-même.* »

« *Les soins m'ont coûté globalement environ 175.000 FCFA (276,96 USD), financés par ma famille (...). Elle m'a encouragé à suivre mes séances de thérapie. Leur soutien a été crucial pour la restauration et c'est le lieu de leur dire merci.* »

« *Les soins m'ont coûté environ 150 000 FCFA (238,03 USD), financés par ma famille, en l'occurrence mon oncle paternel qui a beaucoup fait pour moi. Ils étaient là pour écouter mes problèmes et m'ont aidé à trouver un professionnel de santé mentale. Leur soutien a été très important* »

« *(...) mon mari et mes parents m'ont beaucoup aidé. Mon mari a pris plus de responsabilités à la maison et mes parents m'ont apporté un soutien moral constant. Leur aide a été essentielle pour ma récupération. En tout, les soins m'ont coûté pas*

*moins de 250 000 FCFA (396,71 USD). Ils ont été financés en partie par mon mari et moi-même »*

*« Les soins m'ont coûté environ 500 000 FCFA (791,31 USD), financés par ma famille et moi-même »*

Ces frais d'hospitalisation et des traitements modernes, estimés entre 100 000 FCFA (158, 29 USD) et 500 000 FCFA, représentent une charge économique conséquente. Ces sommes dépassent le salaire minimum mensuel dans le pays : 60 000 FCFA (94,96 USD) (Raharimalala, 2024). Suivant cet homme de 40 ans, en activité professionnelle libérale, leur mobilisation constitue « *un énorme fardeau* » entraînant « *des sacrifices financiers importants* » de sorte « *la crainte de rechutes* » et par conséquent de coûts supplémentaires susceptibles d'être supportés par la famille « *le préoccupe* » constamment. Bien que des précisions sur la durée ou une inclusion de soins traditionnels n'aient pas été évoquées, il apparaît que ces coûts imposent une dépendance financière des bénéficiaires, même en ayant une activité professionnelle, à l'endroit de leurs familles.

Un seul participant de 40 ans a fait part d'un appui financier de personnes non apparentées, des amis et des voisins, pour la couverture des frais liés à sa prise en charge médicale :

*« Ils ont organisé une collecte de fonds pour m'aider à payer mes factures médicales. Leur soutien financier a été essentiel pour que je puisse recevoir des soins ».*

Hormis ce cas, il n'en a pas été mentionné à travers ces focus-groups des situations de solidarité informelle qui substituent ou complètent l'investissement de la famille dans le financement des soins médicaux et l'assistance dans d'autres domaines comme la restauration, l'aide à la recherche de soins, l'approvisionnement régulier en médicaments psychiatriques.

### **c) Des thérapies adaptées et pourvoyeuses de guérison**

La majorité des participants de notre échantillon ont rapporté des progrès significatifs de leur état de santé à la suite des soins psychiatriques reçus. Ces avancées se traduisent par une perception d'amélioration de leur condition faisant allusion explicitement à une stabilité, voire à une guérison. Ces propos ci-dessous d'enquêtés illustrent ces diverses situations à la suite de ces patients âgés de 38 ans et de 28 ans :

*« Avant ma guérison, je ressentais un profond isolement. Mes relations avec les autres (...) étaient tendues car ils ne comprenaient pas ma situation. Après la guérison, le plus grand défi a été de regagner la confiance de mes collègues et de mes clients.. »*

*« Ma famille m'a apporté un soutien émotionnel constant. Leur aide a été cruciale pour ma stabilité.. »*

Il ressort que ces individus attribuent leurs progrès dans leur état de santé à l'efficacité des soins reçus, principalement axés sur la prise de psychotropes. Ils ont déclaré que la médication était complétée par des séances de psychothérapie de soutien, renforçant ainsi leur sentiment d'amélioration.

Néanmoins, peu de participants aux discussions de groupe ont évoqué de manière explicite le recours à la tradithérapie dans leurs parcours de soins. Cet homme de 37 ans, diplômé sans emploi, soutient à cet effet :

« Oui, j'ai commencé par voir un thérapeute, puis j'ai été orienté vers un psychiatre pour un traitement plus spécialisé ».

Ce recours est apparu comme une étape préalable avant de s'orienter vers la médecine moderne comme constaté dans d'autres contextes. Il n'est pas rattaché explicitement aux améliorations de leur état de santé.

Le soutien moral, affectif et pour d'autres besoins quotidiens issu de leurs familles, et entre pairs face à l'épreuve des problèmes de santé mentale s'avère un élément apprécié et important pour leur rétablissement.

#### d) Une préférence pour les thérapies de groupe et l'appui psychologique pas souvent accessibles

Beaucoup de bénéficiaires ont fait état d'un besoin de participation davantage à des thérapies de groupe et de renforcement d'un suivi psychologique. La mise en place de dispositifs de soutien en santé mentale a été perçue comme essentielle par ces personnes interrogées. Ils ont reconnu leur efficacité en tant que complément très déterminant à la prise de psychotropes. Cette revendication met en évidence l'importance accordée à l'emploi de médicaments psychiatriques dans les structures de soins. Alors qu'ils sont décriés par certains à cause de la fatigue qu'ils occasionnent, susceptible d'engendrer une non-observance. A cet effet, ils considèrent les thérapies de groupe et l'appui psychologique comme une garantie de la pérennité de leur amélioration. Ce besoin indique en même temps un déficit d'espaces d'échange et de communication sur leurs problèmes de santé mentale. Néanmoins, ce manque persiste, malgré les consultations et le suivi clinique assurés par les soignants, laissant les patients souvent limités à des interactions au sein de leur cercle familial ou avec leurs pairs.

#### e) Un cercle social resserré par l'impact de la stigmatisation et du culturel

Des bénéficiaires ont exprimé des difficultés à élargir leurs réseaux de partage et de communication concernant leurs difficultés en santé mentale. Ces échanges sont principalement circonscrits aux proches ou aux interactions avec d'autres personnes souffrant de pathologies mentales. Cette restriction est augmentée par les attitudes stigmatisantes auxquelles ils sont confrontés, comme le relate cet homme de 29 ans à propos du vécu du trouble dans son quotidien lié au trouble mental :

« La stigmatisation et le manque de compréhension de la part de la communauté, ça vraiment c'est monnaie courante. »

Ces attitudes resserrent ainsi leur possibilité d'accéder à des espaces de dialogue et de socialisation plus diversifiés.

Par ailleurs, le recours aux soins modernes peut créer une tension avec des « leaders religieux ». Certains participants aux discussions de groupe ont rapporté une pression exercée par ces derniers pour éviter l'hôpital en leur proposant « la prière et des rituels religieux » comme thérapies. De telles situations ont occasionné un problème relationnel avec ces leaders religieux. Alors qu'ils perçoivent ces personnes comme importantes dans le recueil de prières et de partage de leurs complications émotionnelles et mentales.

## C. Populations spécifiques

### C1. Groupes à N'Djaména

Pour rappel, 4 focus groups ont été réalisés à N'Djaména auprès de (i) 10 adultes victimes d'addictions, (ii) 10 garçons enfants de la rue, (iii) 12 jeunes filles victimes de VBG, et (iv) 12 femmes veuves et VBG.

Le verbatim de l'entretien avec les adultes souffrant d'addiction n'a pas fait l'objet d'un enregistrement ou d'une prise de notes exhaustive, et n'a, de ce fait, pu être communiqué à l'étude. Seule une synthèse de quelques pages a été élaborée et communiquée à l'étude pour ce groupe, n'en permettant pas une analyse qualitative.

Par ailleurs, l'entretien avec les enfants des rues a principalement été orienté vers leurs conditions matérielles de vie et les questions formulées d'une manière telle qu'elles appelaient la même réponse (ex : « *Maintenant que tu sais que ce lieu est mauvais mais tu dors ici, si quelqu'un veut t'aider à regagner tes parents et à t'inscrire à l'école pour continuer et devenir peut être Dr ou Ministre un jour, tu veux ou pas ? Si non, pourquoi ?* »).

Ainsi, sur les 4 groupes réalisés à N'djaména, 2 présentent un intérêt pour l'étude.

#### a. Des causes multiples à l'origine des problèmes de santé mentale

Les réponses des personnes interrogées reflètent les différents déterminants de la santé mentale présentés en partie I. Ainsi, sont principalement cités la pauvreté et le chômage, corroborant le lien bidirectionnel entre pauvreté et mauvaise santé mentale.

Des causes sociales sont également citées, au sein de la cellule familiale, dans la relation à la mère, par exemple pour ces jeunes femmes âgées de 21 ans :

*« Surtout moi, quand j'ai ces problèmes, cela m'amène même à dire pourquoi ne pas mourir ? Ce qui me fait très mal est que c'est ma propre mère qui me crée ces problèmes car elle ne m'estime pas et elle me tient toujours des propos qui ne montrent pas son amour envers moi. J'ai ce problème depuis mon âge de puberté. »*

*« Il y a des mamans qui font trop de pression et même tiennent des propos injuriant vis-à-vis de leurs filles, donc ce sont les violences verbales des parents qui sont à l'origine de mes problèmes de SM. »*

ou à l'époux pour les femmes victimes de violences fondées sur le genre, comme pour cette femme âgée de 42 ans :

*« Avant le divorce, mon mari me tabassait tout le temps et je ne faisais que pleurer. Donc cela m'a troublé l'esprit et même je suis avec les autres mon attention est différente. »*

Le réseau social est également source de perturbations mentales ; ainsi, pour cette jeune femme âgée de 17 ans :

*« Moi, c'est plutôt quand je partage mes problèmes avec les autres, automatiquement, j'ai peur qu'ils vont me trahir et je commence à avoir de soucis donc je ne dors pas, je pleure parfois et mon humeur change. »*

## b. Des facteurs déclencheurs quasi quotidiens

Pour l'ensemble des personnes interrogées, les problèmes de santé mentale se manifestent de différentes manières, comme présenté en partie I. 3. B. b, à savoir insomnies, manque d'appétit, tristesse, nervosité. Sont également cités : une vie isolée des autres ou le fait de parler seul.

L'analyse des facteurs déclencheurs révèle que de nombreuses situations du quotidien peuvent être sources de ces manifestations. Ainsi pour les personnes de N'Djamena, il s'agira des conflits familiaux, du rejet par les familles ou par l'entourage, des situations liées à la pauvreté.

## c. Des prises en charge dépendantes à la fois de l'histoire des personnes et de l'offre de soins.

Le recours aux hommes de Dieu pour la prière, ou aux marabouts est très répandu.

Certaines personnes ont pu être prises en charge suite à des sensibilisations organisées par des OSC, dans des centres de santé publique ou au CEDIRAA. Dans les cas d'hospitalisation, les personnes se voient proposer un examen de sang, après quoi ils reçoivent des médicaments accompagnés de conseils. La prise en charge par le CEDIRAA est assortie d'un don de nourriture. Globalement, les prises en charge sont positivement appréciées, car :

*« ça nous amène à oublier un peu notre situation. »*

La confiance dans la personne qui propose la prise en charge est un facteur important de la décision des personnes à aller vers ces structures. Ainsi, les victimes de violences fondées sur le genre mentionnent toutes la qualité de la relation avec la dame de la Croix Bleue Tchadienne de N'Djamena. Ainsi, pour ces jeunes femmes de 21 et 20 ans :

*« c'est Mme Angéline qui m'a récupéré et après avoir prodigué beaucoup des conseils, ... m'a confié à un psychologue. Comme j'ai été violée, nous avons également fait recours à des juridictions. Je n'ai pas de difficulté pour accéder aux soins car, tant que Mme Angéline est là, avec ou sans médicament je sais que la solution sera trouvée. »*

*« c'est Mme Angéline qui m'a beaucoup conseillé concernant mes études et à ne pas me soucier. Donc c'est plus des conseils que j'ai reçu et cela m'a amené à m'adapter.*

*»*

Il convient de mentionner que les valeurs et les croyances empêchent souvent les victimes de parler de leurs problèmes de santé en raison des barrières culturelles telles que les liens familiaux, c'est-à-dire si la personne n'est pas de ta famille c'est interdit de partager tes problèmes avec elle. Pour les valeurs et croyances qui limitent de rechercher les soins, ce sont par exemple le rejet par la famille.

## C2. Réfugiés

Pour rappel, 2 focus groups ont été réalisés auprès de réfugiés soudanais dans le Ouaddaï, à l'est du pays, composés l'un de 12 jeunes filles, et l'autre de 12 jeunes garçons. Malgré une demande réitérée, les verbatim des entretiens n'ont pas fait l'objet d'un enregistrement ou d'une prise de notes exhaustive, et n'ont, de ce fait, pu être communiqués à l'étude. Seule une synthèse de quelques pages pour chaque groupe a été élaborée et communiquée à l'étude, n'en permettant pas une analyse qualitative.

Les principaux points pouvant être retirés de ces synthèses se présentent comme suit :

- . Les déterminants de la santé mentale cités sont la perte d'une personne plus proche pendant la guerre, le changement de condition de vie, le fait de ne pas avoir l'accès à l'éducation ou aux activités génératrices de revenus, le chômage et les conditions de vie inappropriées. Cela se traduit pour beaucoup par une forte consommation d'alcool, de drogue et de tabac, à l'origine de troubles de comportement qui viennent renforcer l'amplitude d'une mauvaise santé mentale.
- . Les facteurs déclencheurs sont principalement le fait de penser aux événements vécus, des maltraitances ou des discriminations lorsque les personnes veulent travailler :  
*« nous allons faire un travail de 2000 francs et la personne nous donne 500 francs parce que nous sommes réfugiés. »*
- . Les principaux symptômes décrits sont le manque d'appétit, l'insomnie, la tristesse, la nervosité, qui conduit à un souhait des personnes de rester à l'écart des autres.
- . Parmi les difficultés rencontrées, les réfugiés citent le rejet par la famille et les amis, et l'insuffisance de moyens financiers de leur famille directe pour couvrir leurs problèmes de santé.
- . Plusieurs personnes interrogées affirment avoir mis en place leur propre stratégie de prise en charge à travers des activités visant à la distraction de l'esprit : écouter de la musique, jouer au ballon, lire, ou causer avec les amis.

## 6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### Conclusion

L'émergence de l'assistance psychiatrique au Tchad est relativement récente. Un faible développement des infrastructures de soins en santé mentale y est constaté de nos jours. La première unité psychiatrique de la capitale a vu le jour en 1996 au CHU-RN à N'Djamena. Par la suite, le CEDIRAA inclut en 2015 ses activités à la santé mentale et au soutien psychosocial. En dehors de la capitale, seules deux localités disposent de structures psychiatriques : un hôpital confessionnel à Sarh en 2021 et une unité psychiatrique à l'hôpital provincial de Mongo en 2022. Cependant, ces établissements sont confrontés à des capacités d'accueil limitées, insuffisantes face à la taille de sa population et au contexte d'insécurité avec son lot de traumatismes sur les groupes directement concernés et la population générale.

En outre, le Tchad est caractérisé par l'absence d'une politique de santé mentale et d'un cadre législatif en santé mentale. Le programme national de santé mentale, bien que

mentionné, demeure inopérant. Par ailleurs, le pays manque d'un système d'information fiable capable de fournir la prévalence des troubles mentaux au sein de la population générale. Le Plan national de Développement sanitaire 2022-2030 du Tchad n'intègre pas explicitement cette problématique et occulte par là les déterminants socio-économiques liés aux troubles mentaux. Nos données empiriques font apparaître l'impact d'une conjoncture économique, au-delà amplifiée par l'insécurité, sur les complications psychologiques et dans un contexte de prise en compte insuffisante de la problématique de la santé mentale dans les priorités de politiques sanitaires.

De ce fait, le pays connaît une pénurie de spécialistes en santé mentale, surtout de psychiatres. La formation spécialisée dans ce domaine est inexistante, ce qui a des répercussions directes sur la qualité de la prise en charge des patients. Les praticiens expriment un besoin urgent de formations actualisées sur les nouvelles approches et thérapies adaptées. Par ailleurs, la gestion des troubles mentaux repose principalement sur l'utilisation de médicaments psychiatriques complétés suivant les prestataires par la thérapie de soutien. L'appui soutenu sur la médication met en lumière surtout un manque d'accès à des moyens thérapeutiques diversifiés. Les prescriptions médicales sont caractéristiques d'une situation privilégiant le traitement des symptômes reliés aux pathologies mentales au détriment de leurs causes profondes. Cette orientation est un moyen de combler les lacunes des professionnels et l'application de thérapies adaptées consubstantielles au défaut de formation soulevé.

Les tradipraticiens interviennent dans la prise en charge des troubles mentaux. Ils s'appuient sur les croyances religieuses et traditionnelles qui influencent les perceptions des causes des pathologies mentales. Leur légitimité découle de la confiance populaire en ces systèmes de croyances. Ils opèrent de manière déconnectée des approches de la médecine moderne, sans coordination ni intégration institutionnelle.

### **Recommandations**

Les travaux conduits et les échanges avec les experts du Tchad ont mis en lumière plusieurs domaines clés où des changements pourraient significativement améliorer la prise en charge des troubles mentaux, notamment :

- Doter le Tchad d'une Politique Nationale de Santé Mentale, en vue de promouvoir la Santé Mentale et le Soutien Psychosocial des populations,
- Élaborer un protocole de prise en charge des pathologies mentales,
- Former les médecins généralistes, infirmiers et assistants sociaux en soins de santé mentale et soutien psychosocial dans tout le pays,
- Organiser des séances de sensibilisation relative à la santé mentale dans les établissements scolaires et les formations Sanitaires à travers les médias télévisés et les conférences débats,
- Organiser une caravane d'information sur la promotion de la santé mentale à l'intérieur du pays,
- Avoir des ressources humaines locales formées,

- Intégrer la santé mentale dans le système de santé nationale pour appuyer le travail fait par IRC,
- Se doter d'une structure de référence pour les cas nécessitant une hospitalisation,
- Engager des politiques dédiées aux déterminants sociaux de la santé mentale des populations réfugiées et déplacées, notamment l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement dans les camps, la mise en place d'AGR, afin de favoriser une véritable action de co-construction psycho et sociale.

# Recommandations

La similarité des situations de la santé mentale au sein des 3 pays étudiés conduit à formuler des recommandations transversales, utiles à chacun des contextes, en complément des recommandations par pays.

## ***Soutenir la mise en place indispensable de stratégies en santé mentale***

Les données historiographiques montrent que la psychiatrie en Afrique de l'Ouest a longtemps été reléguée au second plan par rapport aux maladies infectieuses, jugées prioritaires dans le cadre des projets coloniaux. Cette orientation a influencé les politiques des États postcoloniaux, qui ont privilégié les pathologies à forte mortalité et morbidité, creusant ainsi un fossé entre la santé mentale et les autres domaines de la santé publique (Gureje & Alem, 2000). Les politiques sanitaires verticales, axées sur des objectifs spécifiques, ont largement ignoré les enjeux socio-économiques de la santé mentale, dont les impacts économiques (baisse de productivité, absentéisme) (Kleinman et al., 2016; Pereira et al., 2021) restent sous-documentés, notamment en Afrique subsaharienne.

Cette marginalisation se traduit par un manque de stratégies nationales en matière de santé mentale dans les pays étudiés. Les infrastructures dédiées, concentrées principalement dans les capitales, souffrent de stigmates historiques liés à leur association à la folie et à l'enfermement asilaire. Dans les régions périphériques, les structures sont insuffisamment équipées, entraînant des parcours de soins fragmentés et une migration forcée des patients vers les grandes villes. Le faible nombre de professionnels qualifiés, le manque de moyens logistiques, et les difficultés d'approvisionnement en psychotropes aggravent ces défis, compromettant la prise en charge globale.

Pour pallier ces lacunes, il est essentiel de ***promouvoir des études quantitatives permettant de mieux comprendre les impacts économiques et sociaux des troubles mentaux dans la région***. Ces recherches pourraient appuyer des plaidoyers pour l'intégration de la santé mentale dans les priorités institutionnelles, la création d'infrastructures adaptées, et le renforcement des capacités des systèmes de santé.

Au Sénégal, l'Association sénégalaise pour le suivi et l'assistance aux malades mentaux (ASSAM) a joué un rôle déterminant dans la création et la gestion d'un centre de prise en charge médicale et de réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux par les autorités publiques en 2014 (Diagne, 2015). Cette initiative s'est appuyée sur la réalisation d'un recensement indépendant des malades mentaux errants par l'ASSAM, conjugué à une stratégie de sensibilisation active à travers les médias pour la prise en compte de ces personnes dans les programmes publics. Ces actions ont permis d'attirer l'attention des institutions publiques sur l'urgence de cette problématique.

## ***Favoriser une décentralisation nécessaire des soins de santé mentale***

Les affections mentales, au niveau global, sont étroitement liées aux dynamiques de stigmatisation et de discrimination, lesquelles varient selon les contextes socio-culturels et économiques (Hayward & Jenifer A. Bright, 1997). Nos résultats confirment qu'elles sont

souvent perçues comme une condition à dissimuler, inscrite dans des logiques de silence, de tabou, de honte et de rejet. Ces dynamiques sont alimentées par des représentations traditionnelles l'associant à des notions de folie, d'attaques spirituelles ou de transgressions sociales et qui influencent profondément les comportements. En Mauritanie, par exemple, le recours fréquent à des cliniques psychiatriques privées par les classes socio-économiques aisées illustre une stratégie d'évitement visant à minimiser la reconnaissance publique de la maladie et la stigmatisation associée aux structures publiques de santé mentale. À l'inverse, les populations économiquement moins favorisées sont davantage exposées au renoncement aux soins ou à des pratiques domestiques de contention et de non-soins, ce qui tend à renforcer leur isolement et leur exclusion sociale. Cette situation fait ressortir également l'ancrage profond des préjugés entourant les troubles mentaux, même au sein des groupes ayant un accès privilégié supposé à l'information sanitaire. En outre, elle souligne la stigmatisation des structures de soins dédiées, limitant leur accessibilité et leur usage. Les résultats mettent aussi en lumière une marginalisation des personnels en santé mentale et des infrastructures dédiées par leurs collègues et les instances dirigeantes. Cette situation favorise la faible intégration de ces professionnels et ces structures dans les priorités institutionnelles.

Face à ces constats, ***l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire apparaît comme une priorité***. Cela passe par la normalisation de sa prise en charge dans les structures de santé générales, le développement d'initiatives telles que des appartements thérapeutiques et des équipes itinérantes de soins, ainsi que par la promotion de programmes de l'OMS tels que mhGAP et Quality Rights, adaptés aux contextes locaux. Ces actions visent ainsi à réduire les disparités d'accès et à transformer les perceptions sociétales sur la santé mentale.

En Guinée Conakry, l'ONG "Fraternité Médicale Guinée", créée en 1994 par un groupe de jeunes médecins guinéens avec pour objectif de promouvoir "l'accès aux soins communautaires pour les populations vulnérables", a mené une initiative dans l'intégration de la santé mentale aux soins de première ligne dans cinq centres de santé avant l'implémentation du programme mhGAP (Sow et al., 2019). Ces centres, dotés de médecins généralistes, infirmiers et travailleurs sociaux formés en santé mentale, ont permis une prise en charge incluant des médicaments essentiels génériques, un soutien psychologique et des efforts de réinsertion sociale. Une évaluation réalisée entre 2012 et 2017 auprès de 4 995 patients a confirmé la faisabilité et l'utilité de ce modèle, notamment pour la prise en charge des troubles mentaux sévères.

Au Sénégal, le centre privé confessionnel de santé mentale Dalal Xel de Thiès mène depuis 2010 des consultations itinérantes mensuelles et des campagnes de sensibilisation dans des zones rurales non pourvues en dispositifs de soins mentaux (Petit, 2019), maintient un suivi téléphonique avec les patients et effectue des interventions de médiations à domicile. Ce centre est soutenu par le ministère de la Santé par l'affectation depuis 2002 de psychiatres grâce à une collaboration étroite et à la reconnaissance de la portée d'utilité publique de ses activités.

### **Engager une politique de couverture maladie universelle inclusive**

Malgré l'organisation et la mobilisation des familles et des proches dans la recherche de soins, les mécanismes de solidarité informelle ne compensent pas l'absence d'une politique institutionnelle de solidarité formelle. Les troubles mentaux, particulièrement lorsqu'ils s'inscrivent dans une dimension chronique ou nécessitent des soins de longue durée, représentent une charge logistique et émotionnelle pour les familles. Cet investissement, souvent épuisant, mobilise également des ressources économiques importantes, parfois étendues au soutien de non-apparentés, dépassant les capacités des foyers (Aït Mehdi, 2022; Petit, 2020). Il l'est d'autant plus par la mise en avant de la thérapie reposant en grande partie sur la prescription soutenue et prolongée de psychotropes dont les coûts s'avèrent élevés. Dans les trois pays étudiés, la prise en charge des troubles mentaux ne bénéficie pas des dispositifs de gratuité parfois appliqués à d'autres maladies chroniques. Le financement des soins mentaux repose ainsi largement sur les familles, et ponctuellement sur un soutien d'ONG et d'organisations internationales dont les apports demeurent limités.

Cette situation souligne l'urgence de **politiques de couverture universelle en santé intégrant spécifiquement la santé mentale, en cohérence avec les recommandations de l'AFD, de l'OMS et de l'Union européenne** pour l'élimination des paiements directs dans les systèmes de santé (Salignon & Paquet, 2014). Des initiatives pilotes dans la région du Sahel, soutenues par l'AFD, visant à renforcer les mécanismes de solidarité et la couverture des risques pour améliorer l'accès aux soins, offrent une opportunité. Cependant, leur mise en œuvre doit inclure explicitement la question des troubles mentaux pour répondre aux besoins spécifiques des populations concernées. L'inclusion pourrait se faire par l'intégration d'un package de soins couverts par les mutuelles comme des consultations psychiatriques ou psychologiques et l'accès à des médicaments.

### **Instaurer un dialogue avec les autorités et les figures influentes**

L'existence de structures locales capables d'atteindre les populations, et un contact social avec des personnes ayant vécu un trouble mental (système des pairs) devra être un élément important de toutes les campagnes.

Les besoins de partage et de communication autour des problématiques de santé mentale sont largement limités par le silence imposé au sein des familles et par l'impossibilité d'aborder ces questions avec certains leaders communautaires. Des participants à l'étude ont exprimé un besoin de dialogue, de conseils, et de soutien auprès de figures influentes telles les imams et les chefs de quartier.

Ces constats mettent en évidence l'importance de développer des actions de sensibilisation et d'éducation ciblées en santé mentale, impliquant non seulement des agents communautaires, mais également ces leaders sociaux. De plus, dans un contexte où des formes de solidarité informelle se déploient dans les interstices de la société, il serait pertinent d'examiner l'impact de ces dynamiques sur l'exclusion et l'isolement des personnes vivant avec des troubles mentaux. Ces résultats pourraient nourrir des campagnes de sensibilisation et **renforcer les approches de task-shifting de la santé mentale globale** pour promouvoir une santé mentale inclusive et communautaire. La mise en œuvre de recherches participatives ou

de démarches de recherche-action, portées par des OSC, pourrait permettre d'engager les leaders communautaires et d'autres relais locaux. Ces initiatives, axées sur les droits et l'inclusion des personnes vivant avec des troubles mentaux, viseraient la transmission d'informations, la co-construction et l'échange des connaissances sur les formes de soutien et de soins adaptés.

### **Agir sur les déterminants sociaux**

Les résultats de l'étude confirment le lien bidirectionnel entre les déterminants sociaux et la santé mentale. Ces déterminants, bien que multiples, mettent en exergue le poids des précarités socio-économiques et des dynamiques de genre dans les trois pays étudiés. Le trouble mental s'inscrit dans un contexte marqué par la pauvreté et sa reproduction systémique là où les normes et rôles de genre influencent les violences faites aux femmes contribuant à la prévalence des troubles dépressifs. Cependant, ces observations nécessitent des études complémentaires centrées sur les déterminants sociaux contribuant aux enjeux de santé mentale.

Ces interactions soulignent la nécessité d'une approche globale intégrant la santé mentale dans les stratégies de développement. Cela inclut **la mise en place de dispositifs législatifs inclusifs et des politiques publiques tenant compte de ces facteurs socio-économiques et de genre.**

On citera à titre d'exemple le Programme National de Santé mentale du Liban, dont les clés du succès reposent sur : un portage politique, la désignation d'une autorité en charge du développement, la fédération d'acteurs autour du Programme, l'élaboration d'une stratégie et sa révision à mi-parcours, une équipe impliquée et un programme de proximité avec les populations.

Ainsi, parmi les actions mises en œuvre à ce dernier titre, figurent la création de centres de santé mentale communautaire (Beyrouth, Tripoli et Baalbeck), la mise à disposition du grand public de l'application Step by Step (programme de soutien psychologique gratuit et confidentiel destiné aux personnes confrontées au stress et aux émotions difficiles, disponible via une application ou le site Internet), la ligne écoute suicide de l'OSC Embrace...

Lorsqu'après l'explosion au port de Beyrouth, le Président de la République française s'est rendu au Liban, une visite a été organisée à l'hôpital Rafiq Hariri. Au stand sur la santé mentale, le Directeur du Programme National lui a dit en introduction de son intervention : "Monsieur le Président, on ne peut pas traiter la santé mentale sans en traiter les déterminants sociaux".

### **Prendre en considération la médecine traditionnelle**

L'étude met en évidence le rôle central de la médecine traditionnelle dans la gestion des troubles mentaux, en complémentarité ou en parallèle avec les soins psychiatriques modernes, conformément aux observations classiques dans ce domaine. Les tradipraticiens constituent souvent le premier recours thérapeutique, notamment grâce aux explications causales qu'ils offrent, à la faible disponibilité des infrastructures modernes et, parfois, aux considérations économiques. Cependant, l'enquête auprès des structures modernes révèle une absence de collaboration avec les tradipraticiens. Bien que certains bénéficiaires

reconnaissent une moindre efficacité des soins traditionnels par rapport aux psychotropes, ces résultats doivent être nuancés, car les participants à l'étude étaient intégrés dans des trajectoires de soins psychiatriques. Par ailleurs, les perceptions des bénéficiaires exclusifs de la tradithérapie, ainsi que celles des tradipraticiens, restent à explorer pour approfondir l'évaluation de l'efficacité de ces pratiques. De même, il serait utile de s'intéresser à la perception des tradithérapeutes sur la médecine moderne en santé mentale, capable d'éclairer en même temps leur niveau d'informations sur les thérapies mentales modernes. Ceci pourrait appuyer des projets de rapprochement et de collaboration entre les deux modalités de soins.

Ces données soulignent l'importance d'élargir les recherches pour mieux comprendre le maintien de la tradithérapie dans des contextes influencés par des dynamiques globales. Cela permettrait d'**évaluer les implications des facteurs politiques et économiques, ainsi que les explications surnaturelles souvent invoquées dans l'étiologie des troubles mentaux.**

### **Viser une conformation des standards internationaux de santé mentale et de prise en charge aux réalités locales**

Les tentatives d'adaptation de la psychiatrie aux spécificités locales n'ont pas conduit à sa remise en question fondamentale. Dans leur application actuelle, ces démarches restent limitées à leur cadre d'origine, même si elles répondent principalement aux besoins des malades d'être connectés à leur univers. C'est le cas du kotéba thérapeutique, qui pourrait être évalué quant à son adaptabilité par rapport aux profils actuels reçus. Dans les trois pays étudiés, l'impact des initiatives en ethnopsychiatrie et transculturelle n'est pas assez appuyé dans la restitution des acteurs. La biomédecine, telle qu'introduite pendant les périodes coloniales et reproduite après les indépendances, continue de dominer. Ses terminologies, ses protocoles diagnostiques et logiques de soins sans intégration significative des dynamiques locales persistent. L'absence d'une réappropriation contextualisée de la psychiatrie, prenant en compte les perceptions et pratiques locales de santé mentale, interroge sur sa connexion adaptée aux réalités culturelles. Bien que des ajustements soient observables dans les classifications internationales, comme le DSM-V, ces efforts restent insuffisants pour inclure les compréhensions et les traitements locaux (Chatot, 2022). Il est nécessaire de repenser ces approches afin de **mieux articuler les savoirs biomédicaux avec les cadres culturels et sociaux propres au contexte de chaque pays.**

### **Soutenir une approche intersectionnelle de la santé mentale dans les projets, tout en diffusant des outils pratiques accessibles à toutes les personnes volontaires.**

La santé mentale est désormais un enjeu incontournable des politiques de développement si l'on considère le lien réciproque entre pauvreté et mauvaise santé mentale évoqué plus haut. L'amélioration du bien-être psychique revient ainsi à lutter contre la pauvreté.

Dans les situations de conflit, les bénéficiaires de programmes d'AGR peuvent réellement s'approprier les formations et se réinsérer. Reconstruire la santé mentale par le traitement des traumatismes revient ainsi à reconstruire les capacités et à créer du capital social. De plus, les bénéficiaires retrouvent une activité et les familles réduisent les coûts induits. Le traitement du

traumatisme participe alors de la croissance économique (et de la lutte contre la pauvreté). Enfin, les problèmes psychosociaux et les troubles mentaux sur le long terme peuvent remettre en question la paix, les droits des personnes et le développement. Le traitement individuel des troubles accroît la capacité à se concentrer sur l'intérêt collectif et leur traitement communautaire recrée du lien social. Les programmes psychosociaux participent également à la construction de la paix.

La santé mentale figure dans l'Objectif du développement durable (ODD) 3 « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges ». C'est un progrès par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui ne l'intégraient pas. Or, les présentations faites lors de l'édition des rencontres du développement à l'occasion de la journée mondiale de la santé mentale (AFD, 2023) ont démontré le caractère transversal de la santé mentale dans les interventions, que ce soit dans le soutien des militantes en Afrique de l'Ouest, la nutrition en Afghanistan, le soin communautaire au Liban, les adolescentes dans différents pays, ou les violences sexuelles en Centrafrique, pour ne citer qu'elles. Aussi, serait-il faux de croire que la santé mentale n'est pertinente que dans l'ODD 3, le risque étant, en effet, que tous les efforts et ressources de développement international se concentrent uniquement sur l'apport de services de traitement. En ce sens, si elle est au cœur des thématiques des ODD, en revanche la santé mentale n'est pas intrinsèquement au cœur des ODD.

**La situation de la santé mentale dans les pays d'intervention de l'AFD doit donc être approchée à la fois de manière directe pour répondre aux besoins et de manière indirecte pour réduire les risques d'émergence de nouveaux besoins.** En ce sens, une approche multisectorielle des projets en santé mentale pourra utilement être complétée par la dotation d'acteurs non-professionnels de la santé mentale d'outils opérationnels, tels que la psychoéducation ou l'écoute active, leur permettant d'agir au plus près des besoins. En ce sens, l'approche *top - down* des projets trouvera ainsi un complémentaire pertinent au travers d'actions de terrain qui les serviront en retour.

Cette approche permettra en sus d'éviter de bâtir un système calqué sur les méthodes de travail des spécialistes en santé mentale des pays développés, dans la mesure où le ratio de spécialistes de la santé mentale / habitant est bien supérieur dans ces derniers. À partir de là, **l'élaboration de programmes de soins de santé mentale susceptibles d'être pris en charge par des non-spécialistes** permettra une action au plus près des besoins premiers.

### **Soutenir des programmes psychosociaux intégratifs et systémiques.**

Parmi les principaux écueils souvent rencontrés dans la mise en place de programmes psychosociaux, on relève : une action orientée uniquement vers les victimes, une prise en charge standardisée ne prenant pas en compte la subjectivité de la personne, des activités sociales et d'autres psychologiques sans que soit travaillé le lien entre les 2...

La revue des projets de l'AFD a ainsi mis en lumière la pertinence de l'action lorsqu'elle était conduite par des OSC de renom en ce domaine.

D'autres projets en revanche auraient, sous réserve d'un examen plus complet<sup>36</sup>, pu bénéficier d'actions complémentaires dont la typologie peut être résumée comme suit : mise en place de cellule d'écoute individuelle, organisation de groupes de paroles animés par un.e professionnel.le formé.e, organisation de groupes d'activités partagées, création d'un lieu de référencement où les personnes peuvent venir se retrouver et créer du lien social, s'assurer que les actions mises en place permettent de travailler sur le lien étroit entre les relations sociales et les facteurs individuels, formation de personnes relais dans la communauté,

### **Encourager des programmes agissant directement sur le traitement de la mémoire liée aux événements traumatiques.**

En situation de stress, le cerveau envoie 2 types de réponses :

- Une double réponse initiale rapide, via une activation neurochimique rapide et durable par sécrétion d'adrénaline (pour être prêt à agir), et une activation hormonale par la sécrétion de cortisol (pour nous freiner), l'ensemble agissant comme un mécanisme de protection ;
- Une analyse de l'information par le cortex, plus lente, qui visera une extinction des réponses au stress et le stockage dans la mémoire de nouvelles informations utiles pour une future exposition à un facteur de stress similaire.

Lors de la survenue d'un événement traumatique, la connexion avec le cortex est rompue et les événements sont stockés dans la mémoire émotionnelle. Pour cette raison, chaque lien avec l'événement (souvenir, lieu, personnes...) activera la mémoire émotionnelle, ce qui se traduira par les symptômes exposés supra I. 3. B. b. Les vieux souvenirs perturbants sont stockés isolément dans le cerveau, ce qui empêche l'apprentissage et/ou la guérison de se produire, et le vieux matériel douloureux continue à être activé encore et encore. Ainsi, le traumatisme psychologique est une pathologie de la mémoire.

Or, les personnes ont déjà, dans une autre partie du cerveau, la plupart des informations dont elles ont besoin pour résoudre ce problème ; seulement, ces deux parties ne peuvent pas se connecter. Pour traiter cela, la méthode actuellement la plus efficace et prouvée scientifiquement est l'EMDR. Une fois que la phase de désensibilisation commence, les stimulations bilatérales alternées permettent l'établissement d'un lien. Dans la mesure où le traitement agit directement sur le cerveau, l'EMDR ne peut être mis en œuvre que par des professionnels formés à cet effet (en France, seuls les psychiatres et les psychologues cliniciens y ont accès).

Dans les situations de crise, telles que celles vécues par les réfugiés en Mauritanie et au Tchad, ou par les populations déplacées internes au Mali et au Tchad, où il y a peu de thérapeutes et des milliers de victimes, l'application de protocoles de groupes EMDR est recommandée. Ces séances de groupe ont fait l'objet de recherches scientifiques et de méta-analyses. En fonction de l'objectif de prise en charge poursuivi, la mise en place de protocoles de groupe pourra être mise en œuvre directement par un professionnel formé à cet effet ou nécessitera une phase de quelques jours de formation de praticiens autorisés en amont.

---

<sup>36</sup> On rappellera ici que la revue des projets de l'AFD a été réalisée uniquement sur la base de notes projets, en dehors de toute visite terrain et d'échange avec les chefs de projet ou avec les opérateurs.

Il est dès lors recommandé de favoriser l'intégration, dans les programmes psychosociaux mis en œuvre dans les situations de crise et de conflits, de protocoles EMDR qui agiront directement sur le versant neurologique des victimes, ce qui à la fois changera leur relation aux événements vécus, apaisera leur mental et participera de la reconstruction du lien social entre les populations.

**En parallèle de prises en charge respectueuses de l'humanité et de la subjectivité des personnes, les programmes psychosociaux doivent également être accompagnés de protocoles psychothérapeutiques directement opérationnels sur le plus grand nombre, dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement pour certains d'entre eux.**

### **Sensibiliser les opérateurs à la prise en compte du bien-être de leurs équipes et soutenir des actions de staff care**

Les acteurs des métiers psycho-sociaux qui interviennent sur les terrains de crises et de conflits sont exposés aux récits des personnes qu'elles rencontrent, qui peuvent avoir à la longue plusieurs effets :

- un impact direct du fait de la nature du récit,
- un impact indirect de par ce que cela viendrait réveiller dans l'histoire de la personne, car les acteurs de terrain subissent également les conséquences du contexte,
- être source d'une fatigue compassionnelle,
- être source d'un trauma vicariant du fait de la répétition des récits,
- être source de *burn-out*.

Ce dernier aspect ne doit pas être sous-estimé. Ainsi, une étude publiée en 2023, réalisée par la Fondation Zagoriy<sup>37</sup> auprès de 400 travailleurs humanitaires en Ukraine, et renforcée par 20 entretiens approfondis, a révélé que les causes du *burn-out* n'étaient pas, comme on pouvait légitimement le penser dans le contexte de guerre, l'immensité de la tâche ou encore le sentiment de solitude en fin de journée, mais qu'il existait 5 principaux facteurs démotivants et pouvant conduire au *burn-out* :

- la nécessité de refuser l'aide/de procéder à des contrôles excessifs des bénéficiaires ;
- l'ingratitude des bénéficiaires, agressions et accusations de leur part ;
- le management toxique : managers seniors dévalorisant le travail effectué par les collaborateurs, manque de soutien/ou d'instructions claires, objectifs mal fixés, trop de pression, contrôle total ;
- la corruption et les abus (tant au sein d'une organisation caritative/fondation que de la part des bénéficiaires) ;
- l'absence de résultat tangible (travail infructueux).

---

<sup>37</sup> « Study "Professional burnout of employees working in the charity sector" », Zagoriy foundation, 21 mars 2023 (<https://zagoriy.foundation/en/study-professional-burnout-of-employees-working-in-the-charity-sector/>).

Il convient donc que les responsables des opérateurs de terrain, d'une part s'assurent que les différentes personnes concernées ont conscience de ce décalage entre les causes généralement acceptées du *burn-out* et des causes insoupçonnées contre lesquelles elles ne seraient pas prémunies, et d'autre part mettent en œuvre des actions de prévention et de suivi de l'état psychologique de leurs équipes de terrain (sessions de team building, accès à un psychologue...).

L'AFD pourra ainsi intégrer dans les projets une composante relative à la prise en compte du bien-être des équipes de terrain, et prévoir une allocation minimale à cette fin dans le budget.

# Références bibliographiques

AFD. (2021). *Atlas de l'Afrique : Au fil des années l'extrême pauvreté se concentre en Afrique*. <https://www.afd.fr/fr/actualites/atlas-de-lafrique-afd-au-fil-des-annees-lextreme-pauvrete-se-concentre-en-afrique?origin=/fr/actualites>.

AFD (2023). Conférence : Santé mentale et développement - Comment mieux intégrer la santé mentale dans les projets et les politiques de développement ? replay accessible à <https://www.afd.fr/fr/actualites/agenda/integrer-sante-mentale-projet-politique-developpement>

Aït Mehdi, G. (2022). Vivre au péril de l'abandon : Le quotidien d'Adama, atteint de troubles mentaux chroniques à Niamey. *Anthropologie et Santé*, 24. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.10714>.

Bakohariliva, H. A., Rafehivola, I. H., Raobelle, E. N., Raharivelo, A., & Rajaonarison, B. H. (2018). État des lieux des soins de premier recours des malades mentaux à Antananarivo : Étude rétrospective. *Pan African Medical Journal*, 29. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.1.11168>

Baubet, T., Rezzoug, D., Sturm, G. (2005). « Le traumatisme en situation transculturelle ». *Psycho-Média* 2005 ; (4) pp.59-62.

Becker, C., & Collignon, R. (1999). Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 8(6), 411-416.

Beegle, K., & Christiaensen, L. J. (2019). *Accelerating poverty reduction in Africa*. World bank group.

Bélanger, M. (2003). Les rites de la médecine traditionnelle bambara et le traitement de la « folie » jinèbana : L'esprit jinè, acteur de la continuité du sens. *Anthropologie et Sociétés*, 26(2-3), 235-251. <https://doi.org/10.7202/007057ar>

Bergot, C. (2013). État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest. *European Psychiatry*, 28(S2), 72-72. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.192>

Betancourt, T. S., McBain, R., Newnham, E. A., & Brennan, R. T. (2014). Context matters: Community characteristics and mental health among war-affected youth in Sierra Leone. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 217-226. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12131>

Blaise Bekale Nguema, G. (2009). Code de l'indigénat et enjeux de citoyenneté : Cas de l'Algérie et de l'Afrique. In V. Lavou Zoungbo & M. Marty (Éds.), *Imaginaire racial et projections identitaires* (p. 417-430). Presses universitaires de Perpignan. <https://doi.org/10.4000/books.pupvd.31914>

Bureau International Catholique de l'Enfance. (2016). *La résilience, de l'inspiration à l'action*. Genève, Editions BICE, 128. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153841>

Bullard, A. (2021). *INTRODUCTION to forthcoming book : Spirituality and Mental Health Crisis in Globalizing Dakar: A History of Transcultural Psychiatry*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22595.12325>

Chatot, F., & Mahamat, H. M. (2023). La standardisation à l'épreuve des dynamiques locales : L'exemple des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad. *Alternatives Humanitaires*, 22.

Ciyow, Y. (2020, janvier 28). En Côte d'Ivoire, les guérisseurs traditionnels, nouveaux alliés des psychiatres. *Le Monde*.

Collignon, R. (2001). Les pratiques institutionnelles dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Fann-Dakar. Leçons d'un réexamen critique. *Les professionnels de la santé*. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/doc34-08/010031077.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/doc34-08/010031077.pdf)

Collignon, R. (2002). Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française. A partir de l'exemple du Sénégal: *L'Autre, Volume 3*(3), 455-480. <https://doi.org/10.3917/lautr.009.0455>

Collignon, R. (2006). La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : Esquisse d'une historisation comparative. *Revue Tiers Monde*, 187(3), 527-546. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rtm.187.0527>

Corley, A., Glass, N., Remy, M. M., & Perrin, N. (2021). A Latent Class Analysis of Gender Attitudes and Their Associations with Intimate Partner Violence and Mental Health in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4063. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084063>

Coulibaly, S. P., Dolo, H., Notue, C. A. M., Sangaré, M., Mounkoro, P. P., Aboubacar, A., Traore, J., Dara, A. E., Traore, K., Kone, M., Maiga, B., Coulibaly, S., & Maiga, Y. (2022). [Hospital epidemiology of psychiatric disorders in Mali]. *The Pan African Medical Journal*, 41, 160. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.41.160.30663>

Croq L. (2005). « Quelques jalons dans l'histoire des traumatismes psychiques ». *Synapse* 219:6-16

Cyrułnik B. (2024). « Non, on ne peut pas prêcher la résilience pour tous ». *Le Point*, 06 septembre 2024 [https://www.lepoint.fr/societe/boris-cyrułnik-non-on-ne-peut-pas-precher-la-resilience-pour-tous-06-09-2024-2569602\\_23.php#11](https://www.lepoint.fr/societe/boris-cyrułnik-non-on-ne-peut-pas-precher-la-resilience-pour-tous-06-09-2024-2569602_23.php#11)

Diagne, P. M. (2015). *Des systèmes de prise en charge à l'errance des malades mentaux. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal*. Rouen.

Diagne, P. M. (2016). Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise : Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal. *Anthropologie et Santé*, 13. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>

Diagne, P. M., & Lovell, A. M. (2020). Vivre avec la folie dans le Sénégal périurbain mondialisé : Care , contraintes économiques et reconfigurations des solidarités: *Politique africaine*, n° 157(1), 143-164. <https://doi.org/10.3917/polaf.157.0143>

Dorès, M. (1976). La folie colonisée. *Ethiopes*, 5. <https://fondationsenghor.org/category/tous-les-numeros/numero-5/>

Duthé, G., Bonnet, D., & Rossier, C. (2013). *La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : Le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou*. hal-04158619

Friedberg, R., Baiocchi, M., Rosenman, E., Amuyunzu-Nyamongo, M., Nyairo, G., & Sarnquist, C. (2023). Mental health and gender-based violence : An exploration of depression, PTSD, and anxiety among adolescents in Kenyan informal settlements participating in an empowerment intervention. *PLOS ONE*, 18(3), e0281800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281800>

Gberie, L. (2017). *Le défi des maladies mentales*. 30(3). <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/d%C3%A9cembre-2016-mars-2017/le-d%C3%A9fi-des-maladies-mentales>

Gibbs, A., Jewkes, R., Willan, S., & Washington, L. (2018). Associations between poverty, mental health and substance use, gender power, and intimate partner violence amongst young (18-30) women and men in urban informal settlements in South Africa : A cross-sectional study and structural equation model. *PLOS ONE*, 13(10), e0204956. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204956>

Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Müller, N., & Dehning, S. (2013). Public Stigma against People with Mental Illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 8(12), e82116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082116>

Gureje, O., & Alem, A. (2000). Mental health policy development in Africa. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 78, Numéro 4, p. 475-482). World Health Organization.

Gureje, O., Kola, L., & Afolabi, E. (2007). Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing : A community-based survey. *The Lancet*, 370(9591), 957-964. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61446-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61446-9)

Hayward & Jenifer A. Bright, P. (1997). Stigma and mental illness : A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6(4), 345-354. <https://doi.org/10.1080/09638239718671>.

Hanlon, C., Fekadu, A., Jordans, M., Kigozi, F., Petersen, I., Shidhaye, R., Honikman, S., Lund, C., Prince, M., Raja, S., Thornicroft, G., Tomlinson, M., & Patel, V. (2016). District mental healthcare plans for five low-and middle-income countries : Commonalities, variations and evidence gaps. *British Journal of Psychiatry*, 208(s56), s47-s54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153767>

IASC. (2024). *La mission inter-agences du Groupe de Référence SMSPS du IASC (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial au Tchad en janvier 2024*. <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/Rapport%20>

Kastler, F. (2011). 10. La santé mentale en Afrique : Un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? In *Santé internationale* (p. 169-177). Presses de Sciences Po; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/scpo.kerou.2011.01.169>

Keyes, C. L. (2005). « Mental illness and/or mental health ? Investigating axioms of the complete state model of health ». *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539, cité dans Doré I. et Caron J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants, *Santé mentale au Québec XLII(1)*, 125-145.

Kilroy-Marac, K. (2019). *An impossible inheritance : Postcolonial psychiatry and the work of memory in a West African clinic*. University of California Press.

Kleinman, A., Estrin, G. L., Usmani, S., Chisholm, D., Marquez, P. V., Evans, T. G., & Saxena, S. (2016). Time for mental health to come out of the shadows. *The Lancet*, 387(10035), 2274-2275. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30655-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30655-9).

Lachal, C., Ouss-Ryngaert M., Moro M-R. (2003). *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris, Dunod, 312.

Liscia, T., Milleliri J. *La prise en compte du traumatisme psychologique des populations - Quelles modalités d'intervention pour l'Agence Française de Développement dans les États en post-conflit ?*. Editions universitaires européennes. Saarbrücken, 2013, 164.

Liscia, T. (2004) Traumatisme psychologique et Résilience : usages et réalités. in *Coopérer en contexte de crise, Resa'mag*, Resacoop Auvergne-Rhône-Alpes coopération internationale, 28-29 (<https://www.resacoop.org/actualite/parution-resamag-102/>)

Lund, C. (2010). Mental health in Africa : Findings from the Mental Health and Poverty Project. *International Review of Psychiatry*, 22(6), 547-549. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.535809>

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Manière, L., & Goerg, O. (2007). Le code de l'indigénat en Afrique occidentale française et son application : Le cas du Dahomey (1887-1946). <https://books.google.fr/books?id=aTeBZwEACAAJ>

Mesa-Vieira C. et al (2022). « Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict : a systematic review and meta-analysis ». *The Lancet Public Health*, Volume 7, Issue 5, e469 - e481

Moro, M.-R (1994). *Parents en exil - Psychopathologie et migration*. Collection le fil rouge. Paris : PUF.

Nathan, T. (1986). *La folie des autres*. Paris, Dunod, 456.

Nathan, T. (1996). Interview donnée à Felicia KNOBLOCH, pour *Los cadernos de subjectividades*. Sao Paulo, n°4, 9 - 19

Nathan, T. (1995). *Le sperme du diable - Eléments d'ethnopsychothérapie*. Collection Les champs de la santé, Paris, PUF, 183.

Nathan, T. (2007). *A qui j'appartiens ? Ecrits sur la psychothérapie, sur la guerre et sur la paix*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 261.

Organisation Mondiale de la Santé & UNHCR. (2008). *Rapid assessment of alcohol and other substance use in conflict-affected and displaced populations - a field guide*. Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous*. Genève.

<https://www.who.int/publications/i/item/rapid-assessment-of-alcohol-and-other-substance-use-in-conflict-affected-and-displaced-populations>

Organisation mondiale de la santé. (2018). La promotion de la santé mentale et la prestation de soins de santé mentale chez les réfugiés et les migrants : Principes directeurs, in Amnesty international. (2020). *La santé mentale et les droits fondamentaux des personnes en mouvement*.

OMS. (2018). *Santé des femmes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

OMS. (2022). Santé mentale : Renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (2023). Côte d'Ivoire : Des soins appropriés en santé mentale dans des camps de prière.

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 81, Numéro 8, p. 609-615). World Health Organization.

Patel, V., Maj, M., Flisher, A. J., De Silva, M. J., Koschorke, M., Prince, M., WPA Zonal and Member Society Representatives, Tempier, R., Riba, M., Sanchez, M., Campodonico, F. D., Risco, L., Gask, L., Wahlberg, H., Roca, M., Lecic-Tosevski, D., Soghoian, A., Moussaoui, D., Baddoura, C., Richardson, G. (2010). Reducing the treatment gap for mental disorders : A WPA survey. *World Psychiatry*, 9(3), 169-176. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00305.x>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet, A.-M. (2021). *Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique*.

Petersen, I., Marais, D., Abdulmalik, J., Ahuja, S., Alem, A., Chisholm, D., Egbe, C., Gureje, O., Hanlon, C., Lund, C., Shidhaye, R., Jordans, M., Kigozi, F., Mugisha, J., Upadhaya, N., & Thornicroft, G. (2017). Strengthening mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa and South Asia : Challenges, needs and potential strategies. *Health Policy and Planning*, 32(5), 699-709. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx014>

Petit, V. (2019). Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <https://doi.org/10.4000/rfst.374>

Petit, V. (2020). « Tu peux être en vie et déjà mort » : Le quotidien ordinaire d'une personne atteinte de troubles psychiques au Sénégal. *Politique africaine*, n° 157(1), 39-69. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/polaf.157.0039>

Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M., Saïas, T., & Ouedraogo, D. (2023). La maladie mentale et la folie : Représentations sociales des troubles de santé mentale à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Sciences Sociales et Santé*, 41(1), 41-64. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0241>

Pigeon-Gagné, É., Yaogo, M., Saïas, T., Hassan, G., & Bambara, J. (2022). Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : Une ethnographie au Burkina Faso: *Santé Publique*, Vol. 34(2), 299-307. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0299>

Prot, A. (1918). « Notes de psychiatrie musulmane ». *Annales médico-psychologiques*, 9, 377-384.

Read, U. M., Adii bokah, E., & Nyame, S. (2009). Local suffering and the global discourse of mental health and human rights : An ethnographic study of responses to mental illness in rural Ghana. *Globalization and Health*, 5(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-5-13>

RéseauPic, & Psycom. (2013). *Les médicaments psychotropes Psychiatrie et Santé mentale*. [file:///Users/mac/Downloads/guide\\_des\\_psychotropes Psycom.pdf](file:///Users/mac/Downloads/guide_des_psychotropes Psycom.pdf)

Rousseau, C.. *Migration, exil et santé mentale*, in BAUBET, T. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Paris, Masson, 236.

Roy, P., & Akbari, Z. (2020). *La lutte à l'oppression de genre pour une meilleure santé mentale [Fighting gender oppression for improving mental health]*.

Salignon, P., & Paquet, P. (2014). Protection sociale et couverture mutuelle santé (CMS) : Nouveaux défis de l'agenda post 2015. *Revue Humanitaire*. <http://humanitaire.revues.org/2918>.

Sow, A., Van Dormael, M., Criel, B., Conde, S., Dewez, M., & de Spiegelaere, M. (2018). Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique*, Vol. 30(2), 253-261. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0253>

Summerfield, D. (1999). A critic of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Revue Social Science & Medicine*, vol. 48, n° 10, 1449-1462.

Summerfield, D. (2021). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Revue British Medical Journal*, vol. 322, n° 7278, 95-98.

Tannenbaum, C., Greaves, L., & Graham, I. D. (2016). Why sex and gender matter in implementation research. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 145, s12874-016-0247-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0247-7>

Tiquet, R. (2022). Gestion policière et enfermement non pénal : La mise à distance des « fous dangereux » dans le Sénégal colonial. *Clio@Themis*, 23. <https://doi.org/10.4000/cliothemis.2768>

Tiquet, R., & Hien, N. (2023). Psychiatrie « importée » et représentations populaires en Afrique de l'Ouest : Le cas du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso. *Sciences Sociales et Santé*, 41(1), 65-73. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0242>

Vidal, L., Fall, A. S., Gadou, D., & Dozon, J.-P. (2005). *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : Entre savoirs et pratiques paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*. l'Harmattan.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

WHO. (2008). *Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*. 40.

WHO. (2019). *Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module: Module slides* (p. 107 PowerPoint slides) [Technical documents]. WHO.

# Annexes

## **1. Mali**

1-1 Carte du pays

1-2 Atlas MH OMS

1-3 Bibliographie

1-4 Fiches acteurs

## **2. Mauritanie**

2-1 Carte du pays

2-2 Atlas MH OMS

2-3 Bibliographie

2-4 Fiches acteurs

## **3. Tchad**

3-1 Carte du pays

3-2 Atlas MH OMS

3-3 Bibliographie

3-4 Fiches acteurs

# Annexes 1 : Mali

## Annexe 1-1 : Carte du pays



## Annexe 1-2 : Mental health Atlas OMS

# MENTAL HEALTH ATLAS 2020

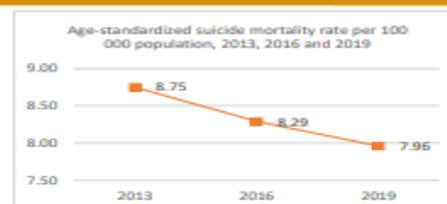
## Member State Profile

### [Mali]

Total population (UN official estimate): <sup>1</sup>	19 658 023	Income Group: <sup>8</sup>	Low
Total mental health expenditure per person (reported currency):	-	WHO Region:	AFRO

### Burden of mental disorders (WHO official estimates)

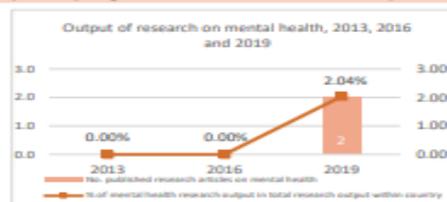
Disability-adjusted life years (per 100 000 population): <sup>2</sup>	1 393.6
Age-standardized suicide mortality rate (per 100 000 population): <sup>4</sup>	7.96



### Mental health research and reporting

Availability / status of mental health reporting: Mental health data compiled only for general health statistics in the last two years

Number of published research articles on mental health <sup>3</sup>	2
Percentage of mental health research output in total research output within country	2.04%
Percentage of mental health research output of the country in total mental health research output in the region	0.3%



### MENTAL HEALTH SYSTEM GOVERNANCE

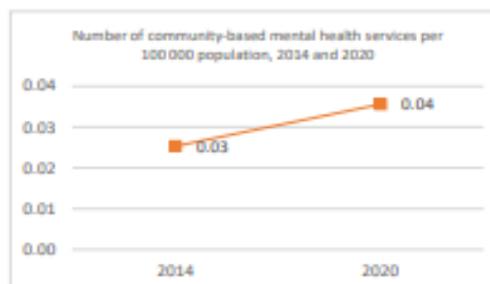
Mental health policy / plan		Mental health legislation	
Stand-alone policy or plan for mental health: (Year of policy / plan):	No -	Stand-alone law for mental health: (Year of law):	No -
Policy / plan is in line with human rights covenants (self-rated 5-points checklist score; 5 = fully in line) <sup>6</sup>	Not applicable	Law is in line with human rights covenants (self-rated 5-points checklist score; 5 = fully in line) <sup>7</sup>	Not applicable
Human resources are estimated and allocated for implementation of the mental health policy/plan	No	The existence of a dedicated authority or independent body to assess compliance of mental health legislation with international human rights	-
Financial resources are estimated and allocated for implementation of the mental health policy/plan	No		
The mental health policy / plan contains specified indicators or targets against which its implementation can be monitored			
Child and/or adolescent mental health policy/plan		Stand-alone or integrated policy or plan for adolescent mental health	
Stand-alone or integrated policy or plan for child mental health (Year of child mental health policy / plan):	No -	Stand-alone or integrated policy or plan for adolescent mental health (Year of adolescent mental health policy / plan):	No -
Suicide prevention strategy/policy/plan		Stand-alone or integrated strategy/policy/plan for suicide prevention	
Stand-alone or integrated strategy/policy/plan for suicide prevention (Year of strategy/policy/plan)	No -	Stand-alone or integrated strategy/policy/plan for suicide prevention (Year of strategy/policy/plan)	-

### RESOURCES FOR MENTAL HEALTH

Mental health financing	
The government's total expenditure on mental health as % of total government health expenditure	-
The government's total expenditure on mental hospitals as % of total government mental health expenditure	-

# MENTAL HEALTH ATLAS 2020

## Member State Profile



### MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION

Existence of at least two functioning programmes

(self-rated 3 points checklist score;  $\geq 2$  = functioning programme)<sup>22</sup>

Category of mental health promotion & prevention programme	Programme examples	Scope of programme	Programme management	Functionality of programme
Suicide prevention programme	-	-	-	-
Mental Health Awareness /Anti-stigma	-	-	-	-
Early Child Development	-	-	-	-
School based mental health prevention and promotion	-	-	-	-
Parental / Maternal mental health promotion and prevention	-	-	-	-
Work-related mental health prevention and promotion	-	-	-	-
Mental health and psychosocial component of disaster preparedness, disaster risk reduction	-	-	-	-

#### Endnotes

<sup>1</sup> UN, 2019. World Population Prospects. <https://population.un.org/wpp/>

<sup>2</sup> GBD, 2019. Global Health Estimates. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>. Value represent DALY rate per 100,000 and for mental disorders only.

<sup>3</sup> World Bank, 2019. Country classification. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/topics/19280-country-classification>

<sup>4</sup> WHO, 2019. Global Health Observatory. <http://www.who.int/gho/en/>. Suicide mortality rates are computed using standard categories, definitions and methods and are reported to facilitate comparisons over time and between countries and may not be the same as official national estimates.

<sup>5</sup> **Output of research on mental health:** The annual published research output in peer-reviewed and indexed journals is used as a proxy for the amount (and quality) of mental health research that is being conducted or is related to a given country.

<sup>6</sup> **Policy/plan compliance with human rights instruments self-rated 5 points checklist items:** 1) Policy/plan promotes transition towards mental health services based in the community (including mental health care integrated into general hospitals and primary care); 2) Policy/plan pays explicit attention to respect of the rights of people with mental health conditions and psychosocial disabilities as well as at-risk populations; 3) Policy/plan promotes a full range of services and supports to enable people to live independently and be included in the community (including rehabilitation services, social services, educational, vocational and employment opportunities, housing services and supports, etc.); 4) Policy/plan promotes a recovery approach to mental health care, which emphasizes support for individuals to achieve their aspirations and goals, with mental health service users driving the development of their treatment and recovery plans; 5) Policy/plan promotes the participation of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities in decision-making processes about issues affecting them (e.g. policies, laws, service reform, service delivery). (5 = fully in line)

<sup>7</sup> **Law compliance with human rights instruments self-rated 5 points checklist items:** 1) Law promotes transition towards community-based mental health services (including mental health integrated into general hospitals and primary care); 2) Law promotes the rights of people with mental health conditions and psychosocial disabilities to exercise their legal capacity; 3) Law promotes alternatives to coercive practice; 4) Law provides for procedures to enable people with mental health conditions and psychosocial disabilities to protect their rights and file appeals and complaints to an independent legal body; 5) Law provides for regular inspections of human rights conditions in mental health facilities by an independent body (79% of responding countries). (5 = fully in line)

<sup>8</sup> **Integration of mental health in primary care self-rated 5 points checklist items:** 1) guidelines for mental health integration into primary health care are available and adopted at the national level; 2) pharmacological interventions for mental health conditions are available and provided at the primary care level; 3) psychosocial interventions for mental health conditions are available and provided at the primary care level; 4) health workers at primary care level receive training on the management of mental health conditions; 5) mental health specialists are involved in the training and supervision of primary care professionals. ( $\geq 4$  = functional integration)

<sup>9</sup> **Community-based mental health services** are defined as services that are provided in the community, outside a hospital setting. Data for this indicator include countries' reported number of community-based outpatient facilities (e.g. community mental health centres), other outpatient services (e.g. day treatment facilities) and mental health community residential facilities for adults.

<sup>20</sup> **Functional mental health promotion and prevention programmes self-rated 3 points checklist items:** 1) Dedicated financial & human resources; 2) A defined plan of implementation; and 3) Documented evidence of progress and/or impact. ( $\geq 2$  = functioning programme)

## Annexe 1-3 : Bibliographie

- Anröchte, C. (2006). Le kotéba thérapeutique: *Le Journal des psychologues*, n° 239(6), 63-65. [Le kotéba thérapeutique | Cairn.info](#)
- Bélanger, M. (2003). Les rites de la médecine traditionnelle bambara et le traitement de la « folie » jinèbana : L'esprit jinè, acteur de la continuité du sens. *Anthropologie et Sociétés*, 26(2-3), 235-251. <https://doi.org/10.7202/007057ar>
- Bondaz, J., & Jeannet, M. (2014). « La psychiatrie, c'est comme un village »: Le koteba thérapeutique à l'hôpital psychiatrique de Bamako (Mali). *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 233-250. <https://doi.org/10.7202/1024088ar>
- Camara M. (2023). Violences basées sur le genre à l'unité de « ONE STOP CENTER » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako/Mali [Thèse Méd.] USTTB Bamako.
- Cisse, A. O. (2021). *Etude des tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako au Mali*. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako.
- Coudray, J.-P. (2008). *Freud et les Jiné : Un psychiatre au Mali 1981-1987*. la Maison d'à côté.
- Coulibaly, S. D. P., Ba, B., Mounkoro, P. P., Diakite, B., Kassogue, Y., Maiga, M., Dara, A. E., Traoré, J., Kamaté, Z., Traoré, K., Koné, M., Maiga, B., Diarra, Z., Coulibaly, S., Togora, A., Maiga, Y., & Koumaré, B. (2021). Descriptive study of cases of schizophrenia in the Malian population. *BMC Psychiatry*, 21(1), 413. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03422-9>
- Coulibaly, S., Maïga, F., Landouré, G., Dolo, H., Mounkoro, P., Dara, A., Traoré, J., Traoré, K., Kané, F., Diarra, Z., Yalcouyé, A., Taméga, A., Bocoum, A., Coulibaly, S., Guinto, C., & Togora, A. (2021). [Factors associated with mental disorders in the psychiatric department of the university hospital centre of Point G in Mali]. *Le Mali medical*, 36(1), 52—57.
- Coulibaly, S. P., Dolo, H., Notue, C. A. M., Sangaré, M., Mounkoro, P. P., Aboubacar, A., Traore, J., Dara, A. E., Traore, K., Kone, M., Maiga, B., Coulibaly, S., & Maiga, Y. (2022). [Hospital epidemiology of psychiatric disorders in Mali]. *The Pan African Medical Journal*, 41, 160. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.41.160.30663>
- Diakité, K. S. (2022). *Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale*. <file:///Users/mac/Downloads/Memoire%20D.E.S.%20Dr%20Kassim%20S%20Diakit%C3%A9-1.pdf>
- Giron. C. (2019). Complément Facilité Santé Nord Mali 2. Comité des États étrangers, AFD, 13.
- Gouvernement du Mali. (2018). *Programme de Développement Socio-Sanitaire du Mali 2014-2018 (PRODESSIII)*. <http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS%20III%20Version%20finale.pdf>
- Konaré, D. A. O., Koumaré, B., & Moro, M. R. (2014). Parcours thérapeutiques au Mali en santé mentale: *L'Autre*, Volume 15(1), 38-45. <https://doi.org/10.3917/lautr.043.0038>
- Le Reporter. (2017). *Histoire de l'hôpital du Point G*. <https://www.maliweb.net/histoire-politique/histoire-de-lhopital-point-g-2436502.html>
- Malah Notue, C. A. (2020). *Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018*. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.
- OIM. (2023). *Rapport annuel 2023 OIM Mali*. [https://mali.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1636/files/documents/2024-04/rapport-annuel-oim-2023\\_1.pdf](https://mali.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1636/files/documents/2024-04/rapport-annuel-oim-2023_1.pdf)

OMS. (2019). *Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants au Mali)*. <https://data.who.int/fr/indicators/i/F08B4FD/16BBF41>

Saliha AB. (2024). *Évaluation des troubles psychiques chez les Populations Déplacées Internes dans le district sanitaire de Mopti*. [mémoire]. *INFSS Bamako*

Tolo A. (2022). *Étude de la prévalence et des facteurs associés aux troubles mentaux chez les détenus de la maison centrale d'arrêt de Bamako au Mali* [Thèse Méd.]. *USTTB Bamako*.

Traoré, J., Coulibaly, S., Traoré, K., Diakite, S., Kone, M., Mounkoro, P., Maiga, B., Dara, A., Diabaté, M., Kamate, Z., Kamissoko, T., Diarra, Z., Togola, A., Cissé, A., Diop, M., Mouhoumed, H., Togora, A., Coulibaly, S., Coulibaly, B., & Koumaré, B. (2018). Mali : Étude de la structure familiale dans les morbidités psychiatriques au CHU du Point G à propos de 384 cas. *Psy Cause*, N° 77, 19-22. <https://doi.org/10.3917/psca.077.0021>

Traoré K. Traoré J, Coulibaly SP, et al. (2021). Morbidités psychiatriques chez les détenues du centre spécialisé de détention et de réinsertion des femmes « Bollé ». *Rev. Mali Médical*, XXXVI (3).

UNHCR. (2024) Registered Refugees and Asylum Seekers in Mauritania as of 31 / 10 / 2024.

WHO. (2020). *Mental Health ATLAS 2020 Member State Profile. [Mali]*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mli.pdf?sfvrsn=c94239cd\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mli.pdf?sfvrsn=c94239cd_6&download=true)

## Annexe 1-4 : Fiches acteurs

### A. Hôpitaux régionaux et nationaux

#### Service de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire, Point G, Bamako

<b>Service de psychiatrie, CHU Point G, Bamako</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins, Formation, Recherche, en santé mentale
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Avant l'indépendance en 1906
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	1960
<b>Effectifs</b>	7 psychiatres 1 psychologue clinicien 1 psychopédagogue 10 assistants médicaux en santé mentale 5 artistes de la troupe psy de koteba thérapie
<b>Type de Formation</b>	FMOS : DES psychiatrique (8 semestres après le doctorat de Médecine générale; INFSS : Assistant médical et technicien supérieur en SM (4 semestres après la licence Infirmier d'état); ENSup : Psychopédagogue (4 semestres après le Baccalauréat série littéraire) Psychologue clinicien : formé en Ex URSS Institut National des Art (3 ans après le DEF : Diplôme d'Etude Fondamentale : ( BEPC)
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	3ème niveau de référence, couvre le niveau national
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	58 lits
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	4 salles d'isolement et de contention dont 2 sont fonctionnelles
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année :</b>	En 2023 : 12 000 Consultations ambulatoires, 720 Hospitalisations
<b>Types de population prise en charge :</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires.

	Référencement vers d'autres spécialités en fonction de la pathologie associée au trouble mental
<b>Thérapies</b>	Prise en Charge médicamenteuse, Psychothérapique : Psychothérapie d'inspiration psychanalytique; Hypnothérapie ; TCC : Thérapie par exposition prolongée, Thérapie à médiation corporelle, Remédiation cognitive, Psycho-éducation; Thérapie Systémique : Thérapie familiale Thérapie de couple, KotébaThérapie Sociothérapie et Ergothérapie
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	L'incompréhension des clients de la faille à leur approche socioculturelle de la maladie mentale, coût élevé des médicaments qui rend la continuité du traitement difficile, la stigmatisation des malades de la psychiatrie et souvent même des prestataires qui rendent certaines sollicitations difficiles, la non compréhension des soins santé mentale au bas niveau de la pyramide sanitaire par les bénéficiaires ce qui fait que beaucoup de patients se retrouvent directement en psychiatrie sans passer par le premier niveau et secondaire de la santé; alors qu'ils pourraient être gérés à ce niveau. Problèmes dans l'archivage des dossiers cliniques des malades pris en charge (dossiers cliniques non numérisés).
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	Non communiqué
<b>Lien avec d'autres structures</b>	Non communiqué
<b>Relations avec les tradipraticiens de santé</b>	Pas de relation

<b>Hôpital régional de Kayes</b>	
<b>Effectifs totaux :</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité :</b>	Soins (consultations ambulatoires, et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	2019
<b>Effectifs en santé mentale</b>	2 psychiatres 1 Assistant médical en santé mentale
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	FMOS : DES psychiatrique (8 semestres après le doctorat de Médecine générale, Master en Soins infirmier spécialité Santé mentale : 4 semestres de formation Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) après la licence infirmier d'État ou Sage-Femme.
<b>Zones géographiques couvertes</b>	2ème niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre toute la région de Kayes
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge chaque année</b>	Non communiqué
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge médicamenteuse, et psychothérapie, psychothérapie de soutien,
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Perception discriminatoire et stigmatisante de la santé mentale par la communauté et les autres acteurs de la santé (la Direction de l'hôpital n'accorde aucun intérêt à la question de santé mentale). Absence d'unité de santé mentale spécifique. Activité de santé mentale diluée dans l'activité de médecine générale.
<b>Lien avec d'autres structures</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Pas de relation

<b>Hôpital régional de Ségou (Antenne de santé mentale de Ségou)</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	Non communiqué
<b>Effectifs en santé mentale</b>	2 assistants médicaux en santé mentale
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Master en Soins Infirmier Spécialité Santé Mentale : 4semestres de formation Institu National de Formation en Science de la Santé (INFSS) après la licence infirmier d'État ou Sage Femme.
<b>Zones géographiques couvertes par les activités en santé mentale</b>	2ème niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre toute la région de Ségou
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge chaque année</b>	Non communiqué
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue (les détenus, les déplacés interne, les personnes usagers de drogues)
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge médicamenteuse, psychothérapique, psychothérapie de soutien)
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Perception discriminatoire et stigmatisante de la santé mentale par la communauté et les autres acteurs de la santé (la Direction de l'hôpital n'accorde aucun intérêt à la question de santé mentale). Ne peut pas hospitaliser les cas de troubles psychiatriques à l'hôpital; coût élevé des médicaments; absence de lit d'hospitalisation et de cellule d'isolement, insuffisance de personnel pour la santé mentale.
<b>Lien avec d'autres structures</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Le tradipraticien de santé mentale de la ville de Ségou lui fait appel en cas d'agitation d'un patient ou de problèmes de santé physique

B. Centres de Santé communautaires

<b>CSCOM U de Sanoubougou 2 à Sikasso</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités</b>	2023
<b>Effectifs en santé mentale</b>	1 médecin spécialisé Médecine de Famille Médecine Communautaire
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	FMOS : DES Médecine de Famille Médecine Communautaire (8 semestres après le Doctorat Médecine Générale).
<b>Zones géographiques couvertes :</b>	1er niveau de la pyramide sanitaire, Couvre l'aire de santé de Sanoubougou 2 à Sikasso
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge chaque année :</b>	25 (18 cas de Dépression anxiété, 1 cas de démence, 1 cas d'épilepsie, 5 cas de psychose)
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale (toute catégorie confondue)
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Téléconsultation en Santé mentale à travers les lunettes intelligentes dans le programme santé digitale, commencé en 2023. Le Médecin Directeur du CSCOM U recense les cas qui nécessitent une référence en Psychiatrie au CHU Point G, il prend contact avec un psychiatre qui fait la consultation à distance (Téléconsultation) évitant le déplacement du malade de Sikasso à Bamako. Consultations individuelles, soins médicamenteux et psychothérapie
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Stabilité de l'Internet, phase pilote du programme, les experts psychiatres ne sont pas payés, ce qui compromet la pérennisation.
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	Le centre doit s'approprier du programme pour continuer les téléconsultations
<b>Relation avec les structures publiques</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les Tradipraticien de santé</b>	Pas de relation

## CSCOM de Niamakoro (ANIASCO)

<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	2007
<b>Effectifs en santé mentale</b>	1 psychiatre; 1 assistant médical en santé mentale
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	DES de psychiatrie 8 semestres après le doctorat de Médecine Générale; Master en Soins Infirmier Spécialité Santé Mentale : 4semestres de formation Institu National de Formation en Science de la Santé (INFSS) après la licence infirmier d'État ou Sage-Femme.
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	Premier niveau de la pyramide sanitaire, couvre l'aire de santé composée du quartier de Niamakoro, à Bamako commune VI. Les patients peuvent venir d'autres quartiers de Bamako
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge chaque année :</b>	Total de patients pris en charge de 2007 à 2018 : 788 Dont 400 (50,8%) de sexe Féminin et 388 (49,2%) de sexe masculin; Schizophrénie 31,3%, Epilepsie 22,3%, Dépression 13,6%, Addiction 0,8% [Etude menée par Dr Kadiatou TRAORE en 2019, et communiquée au 5ème de SOBUSAM à Ouagadougou au Burkina Faso en Mars 2023]
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge médicamenteuse, psychothérapie)
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les Tradipraticiens de Santé</b>	Pas de relation

■

C. **Centres de Référence en santé mentale (CSRef)**

<b>CSRef de Bougouni (Antenne de santé mentale)</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, Hospitalisations et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	Non communiqué
<b>Effectifs en santé mentale</b>	1 assistant médical en santé mentale
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Master en Soins Infirmier Spécialité Santé Mentale : 4semestres de formation Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) après la licence infirmier d'État ou Sage Femme.
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	Premier niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre le district sanitaire de Bougouni composé 45 centres de santé communautaire.
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	3 lits
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	1 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge chaque année</b>	Non communiqué
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale (toute catégorie confondue)
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (Médicamenteux, psychothérapie individuel, psychothérapie de soutien)
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Conflit entre le traitement conventionnel et traditionnel (tradi praticien de santé interdit l'utilisation de médicaments conditionnels en même temps que le médicament conventionnel); stigmatisation des malades mentaux et de l'unité santé mentale; coût cher des médicaments, insuffisance de personnel et de lit d'hospitalisation; la non priorisation de la question de santé mentale par la Direction du CSRef; absence de formation de mise à niveau en santé mentale.
<b>Relation avec les Tradipraticien de santé</b>	Pas de relation

■

<b>CSRef de Gourma Rharous</b>	
<b>Effectifs totaux :</b>	Soins (consultations ambulatoires, et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Domaines d'activité :</b>	Non communiqué
<b>Année d'implantation dans le pays :</b>	2023
<b>Année de démarrage des activités en SMSP :</b>	1 médecin généraliste avec compétence en psychiatrie (ancien faisant fonction d'interne en psychiatrie)
<b>Effectifs</b>	Faculté de Médecine et D'odontostomatologie : Médecin généraliste
<b>Type de Formation</b>	2ème niveau de référence de la pyramide sanitaire couvre tout le district sanitaire de Gourma Rharous.
<b>Zones géographiques couvertes par les activités :</b>	0 lit
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	Non communiqué
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Types de population prise en charge</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge Médicamenteuse et psychothérapique, Psychothérapie de soutien)
<b>Thérapies</b>	l'insécurité. Non respect des RDV par les malades, non observance des traitements, l'insuffisance de personnel qualifié, cherté des médicaments, stigmatisations des malades mentaux, non croyance à la curabilité pour certains malades.
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les structures publiques</b>	Pas de relation
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Pas de relation

■

<b>CSRef de Koutiala (Antenne de santé mentale)</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, Hospitalisations et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	Non communiqué
<b>Effectifs</b>	2 assistants médicaux en santé mentale
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Master en Soins Infirmier Spécialité Santé Mentale : 4 semestres de formation Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) après la licence infirmier d'État ou Sage Femme.
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	Premier niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre le district sanitaire de Koutiala composé de 42 centres de santé communautaire.
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	4 lits
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	2 salles d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge</b>	De Janvier à Octobre 2024 : 1202 (répartition par pathologie non précisée)
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Perception discriminatoire de la santé mentale par la communauté et les autres acteurs de la santé. Stigmatisation de l'unité santé mentale; coût élevé des médicaments; nombre insuffisant de lits d'hospitalisation et de cellule d'isolement insuffisant; insuffisance de personnel pour la santé mentale; présence des usurpateurs d'offre de soins de santé mentale dans la ville.
<b>Relation avec les Tradipraticiens de Santé</b>	Pas de relation

■

<b>CSref de Mopti</b>	
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	Non communiqué
<b>Effectifs en santé mentale</b>	1 médecin généraliste avec compétence en psychiatrie (ancien faisant fonction d'interne en psychiatrie)
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Faculté de Médecine et D'odontostomatologie : Médecin généraliste thèse
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	2ème niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre toute la région de Mopti
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge chaque année</b>	594 consultations dont 185 nouvelles consultations en octobre 2024. Parmi ces 185 nouvelles consultations il y a : 52,4% d'épilepsie, 23,2% de psychoses, 7,5% de stress aigu, 6,4% de dépression, 3,7% de trouble de stress post-traumatique, 1,6 % de déficience intellectuelle, 1,6% de démence.  1527 bénéficiaires d'activité psychosociale avec 126 PDI, 1401 de la population hôte.
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge médicamenteuse et psychothérapique, Psychothérapie de soutien)
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Pauvreté de la population; non-respect des heures ouvrables (les patients viennent en fonction de la possibilité de moyen de déplacement), restriction des gammes de psychotropes à prescrire, barrière linguistique, l'insécurité
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Pas de relation

■

<b>CSRef de Bourem</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	01/12/2023 (Décembre 2023)
<b>Effectifs en santé mentale</b>	1 médecin généraliste avec compétence en psychiatrie (Ancien faisant fonction d'interne en psychiatrie); 1 Psychologue de santé :
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Faculté de Médecine et D'odontostomatologie : Médecin généraliste thèse; Faculté des Langues et des Sciences Humaines (FLASH) : Psychologie de la Santé (4 semestres)
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	2ème niveau de référence de la pyramide sanitaire couvre 10 CSCOM sur 48 du district sanitaire de Bourem.
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année</b>	153 Personnes avec surtout des cas de dépression d'épilepsie et de déficience mentale
<b>Types de population prise en charge</b>	Population (toutes catégories confondues, mais plutôt des femmes et des enfants de moins de 18 ans, les déplacés internes)
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies/Activités</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge médicamenteuse et psychothérapique, Psychothérapie de soutien). Activités de soutien psychosocial : Psychoéducation, visite à domicile, counseling individuel ou de groupe, PM+, recherche des perdues de vue, sensibilisation et causeries éducatives (sur les thèmes : dépression, psychose, épilepsie, trouble bipolaire).
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Le tiraillement entre le traitement traditionnel et le traitement conventionnel. L'insécurité. Le manque de personnel, de moyen de déplacement. La non adhésion au traitement avec les psychotropes.
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Ateliers de sensibilisation auprès des tradipraticiens pour expliquer la nécessité de collaboration pour la prise en charge des cas de maladies mentales.

■

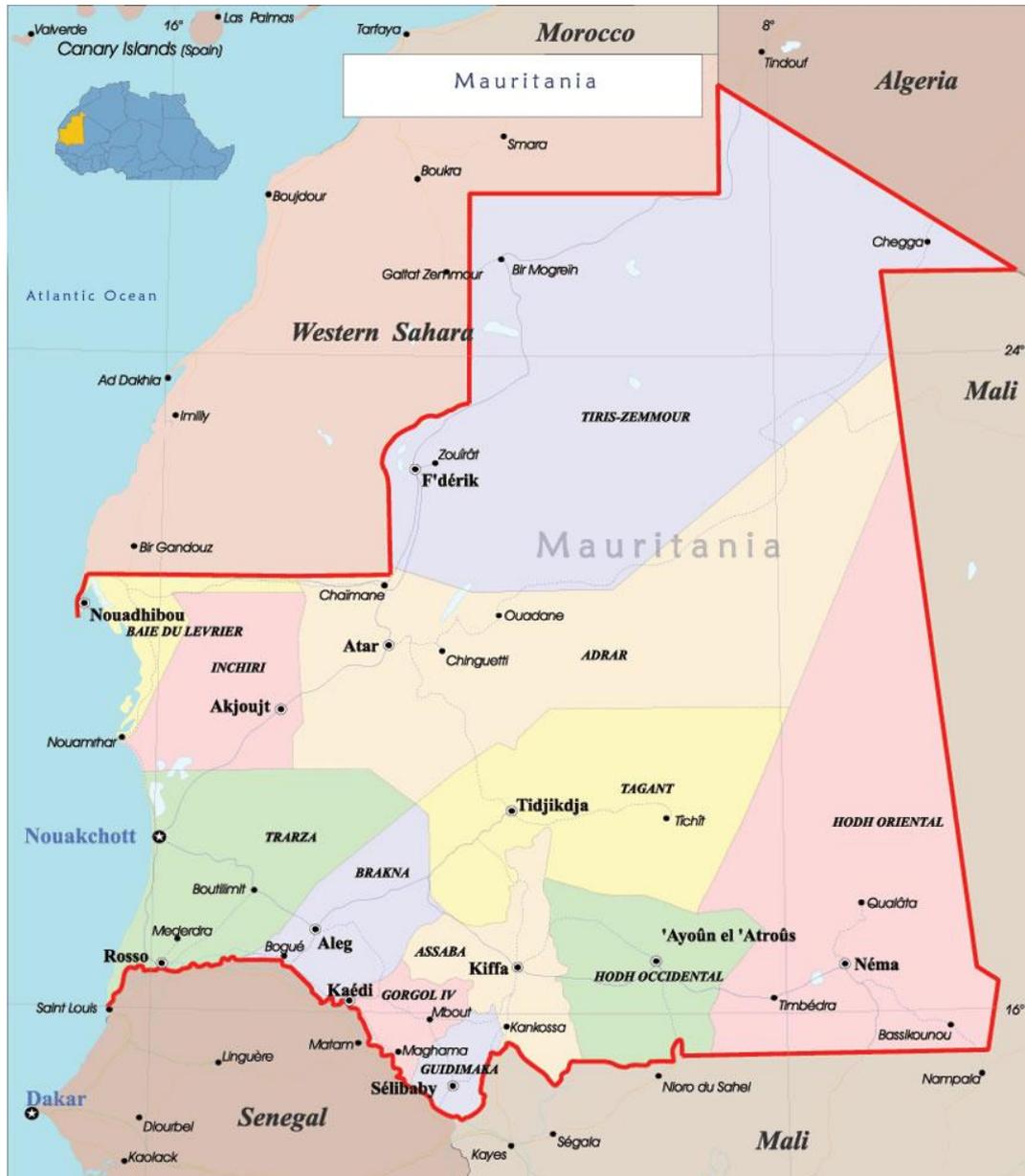
<b>CSRef de Sikasso (Antenne de santé mentale)</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, Hospitalisations et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	Non communiqué
<b>Effectifs en santé mentale</b>	3 assistants médicaux en santé mentale
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Master en Soins Infirmier Spécialité Santé Mentale : 4 semestres de formation Institu National de Formation en Science de la Santé (INFSS) après la licence infirmier d'État ou Sage Femme.
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	Premier niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre toute la région de Sikasso
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année :</b>	Données compilées au niveau du Système d'information sanitaire du CSREF
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale (toute catégorie confondue)
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (Médicamenteux, psychothérapie individuel, psychothérapie de soutien)
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Mauvaise croyance de la famille sur la maladie mentale; stigmatisation des malades mentaux et de l'unité santé mentale; coût élevé des médicaments, la non-priorisation de la question de santé mentale par la Direction du CSRef; absence de formation de mise à niveau en santé mentale.
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les structures publiques</b>	Non communiqué
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Pas de relation

■

<b>CSRef de Tombouctou</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins (consultations ambulatoires, et soins aux malades avec des problèmes de santé mentale)
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités en santé mentale</b>	2021
<b>Effectifs en santé mentale</b>	1 médecin généraliste avec compétence en psychiatrie (ancien faisant fonction d'interne en psychiatrie)
<b>Type de Formation en santé mentale</b>	Faculté de Médecine et D'odontostomatologie = Médecin généraliste thésé
<b>Zones géographiques couvertes par les activités</b>	1er niveau de référence de la pyramide sanitaire, couvre toute la région de Tombouctou
<b>Nombre lit d'hospitalisation</b>	0 lit
<b>Nombre de salle d'isolement et de contention</b>	0 salle d'isolement et de contention
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année :</b>	Du 1er Mars au 14 Novembre 2024 : 1397 Personnes : 48,7 % de Psychoses (aiguës et chroniques), 24,1% d'épilepsie, 14,5% de dépression, 1,3% de TSPT, 5,7% de Trouble Bipolaire, 1,7% de troubles anxieux, 1,5% d'addiction, 0,07% de déficience intellectuel, 0,05% de Stress Aigu
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation psychiatrique et psychologique, les investigations complémentaires. Référencement vers le CHU Point G
<b>Thérapies</b>	Consultations individuelles, soins de santé mentale (prise en charge médicamenteuse et psychothérapique, Psychothérapie de soutien)
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	La pauvreté de la population; La restriction des gammes de psychotropes à prescrire et le coût élevé des médicaments. L'insécurité
<b>Relation avec les Tradipraticiens de santé</b>	Pas de relation

## Annexes 2 : Mauritanie

### Annexe 2-1 : Carte du pays



## Annexe 2-2 : Mental health Atlas OMS

### Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile

Mauritania	
Total population (UN official estimate): <sup>a</sup>	4,182,341
WHO Region:	AFR
Income group: <sup>b</sup>	Lower middle-income
Total mental health expenditure per person (reported currency)	Not reported
Availability / status of mental health reporting	A specific report focusing on mental health activities in the public sector only has been published by the Health Department or any other responsible government unit in the last two years
Burden of mental disorders (WHO official estimates)	
Disability-adjusted life years (per 100,000 population) <sup>c</sup>	2,118.39
Suicide mortality rate (per 100,000 population) <sup>d</sup>	4.4

MENTAL HEALTH SYSTEM GOVERNANCE	
<b>Mental health policy / plan</b>	
Stand-alone policy or plan for mental health: (Year of policy / plan):	Yes 2003
The mental health policy / plan contains specified indicators or targets against which its implementation can be monitored	No
Policy / plan is in line with human rights covenants (self-rated 5-point checklist score; 5 = fully in line)	5
Plan or strategy for child and/or adolescent mental health (Year of policy / plan):	No
	Not reported
<b>Mental health legislation</b>	
Stand-alone law for mental health: (Year of law):	NO
The existence of a dedicated authority or independent body to assess compliance of mental health legislation with international human rights	Exists but it is not functioning
Law is in line with human rights covenants (self-rated 5-point checklist score; 5 = fully in line)	0

<b>Multisectoral Collaboration</b>	
There is ongoing collaboration in the area of mental health with Service users and family or caregiver advocacy groups	No

RESOURCES FOR MENTAL HEALTH	
<b>Mental health financing</b>	
The care and treatment of persons with major mental disorders (psychosis, bipolar disorder, depression) included in national health insurance or reimbursement schemes in your country	No
How the majority of persons with mental disorders pay for mental health services	Persons pay mostly or entirely out of pocket for services and medicines
The government's total expenditure on mental health as % of total government health expenditure	1.30%
<b>Human resources for mental health</b>	
Total number of mental health professionals (gov. and non-gov.)	18
Total mental health workers per 100,000 population	0.43
Total number of child psychiatrist (gov. and non-gov.)	None or not reported
<b>Mental health workforce (rate per 100'000 population)</b>	
Psychiatrists	0.07
Child psychiatrists	None or not reported
Other specialist doctors	None or not reported
Mental health nurses	0.23
Psychologists	0.14
Social workers	None or not reported
Occupational therapists	None or not reported
Speech therapists	None or not reported
Other paid mental health workers	None or not reported

In case a mental health workforce appears as 0.0, it has either not been reported by the Member State or is zero.

### MENTAL HEALTH SERVICE AVAILABILITY AND UPTAKE

Outpatient care (total facilities)		Outpatient care (per 100,000 population)	
Mental health outpatient facilities attached to a hospital	2	Number of visits made by service users in the last year in mental health outpatient facilities, attached to a hospital	None or not reported
"Community-based / non-hospital" mental health outpatient facility	None or not reported	Number of visits made by service users in the last year in "Community-based / non-hospital" mental health outpatient facility	None or not reported
Other outpatient facility (e.g. Mental health day care or treatment facility)	None or not reported	Number of visits made by service users in the last year in other outpatient facility (e.g. Mental health day care or treatment facility)	None or not reported
Outpatient facility specifically for children and adolescents (including services for developmental disorders)	None or not reported	Number of visits made by service users in the last year in outpatient facility specifically for children and adolescents (including services for developmental disorders)	None or not reported
Other outpatient services for children and adolescents (e.g. day care)	None or not reported	Number of visits made by service users in the last year in other outpatient services specifically for children and adolescents (e.g. day care)	None or not reported
<b>Inpatient care (total facilities)</b>		<b>Inpatient care (per 100,000 population)</b>	
Mental hospitals	None or not reported	Mental hospital beds / annual admissions	None or not reported / None or not reported
Psychiatric units in general hospitals	1	General hospital psychiatric unit beds / annual admissions	0.33 / None or not reported
Forensic inpatient units	None or not reported	Forensic inpatient unit beds / annual admissions	None or not reported / None or not reported
Residential care facilities	None or not reported	Residential care beds / annual admissions	None or not reported / None or not reported
Inpatient facility specifically for children and adolescents	None or not reported	Child and adolescent specific inpatient beds / annual admissions	None or not reported / None or not reported
<b>Mental hospitals</b>		<b>Mental hospitals (length of stay)</b>	
Total number of inpatients	725	Inpatients staying less than 1 year	100% #VALUE!
Admissions that are involuntary	None or not reported	Inpatients staying 1-5 years	#VALUE!
Follow-up of people with mental disorder discharged from hospital in the last year	25% or less of discharged inpatients received a follow-up outpatient visit within one month	Inpatients staying more than 5 years	#VALUE!
<b>Treated prevalence (total cases)</b>		<b>Treated prevalence (per 100,000 population)</b>	
Treated cases of severe mental disorder	None or not reported	Treated cases of severe mental disorder	None or not reported

### MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION

Existence of at least two functioning programmes	Yes	Existence of a suicide prevention strategy [i.e. as a stand-alone document or as an integrated element of the national policy/plan adopted by government]	No
--	-----	---	----

Programme examples	Category of programme	Scope of programme	Programme Management
TADAMOUN	Mental health awareness/prevention/anti-stigma	National	Government
ANAPEI	Mental health awareness/prevention/anti-stigma	National	Government

<sup>a</sup> UN World Population Prospects, 2015; <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

<sup>c</sup> WHO Global Health Estimates; [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)

<sup>d</sup> WHO, 2018. World Health Statistics data visualisation dashboard; <http://apps.who.int/ghis/data/>

Note: Suicide mortality rates - computed using standard categories, definitions and methods - are reported to facilitate comparisons over time and between countries, and may not be the same as official national estimates.

## Annexe 2-3 : Bibliographie

- Augou F. (2024). Mauritanie : seule face à l'exode des réfugiés maliens. *Revue Conflits*.
- Citymag Nouakchott. (2013). Interview avec Dr Oumar Sall directeur ad intérim du centre neuropsychiatrique. *Citymag Nouakchott*.  
[https://issuu.com/citymag.nouakchott/docs/citymag\\_n\\_63\\_imprimerie](https://issuu.com/citymag.nouakchott/docs/citymag_n_63_imprimerie)
- Bost C, Diagana M, Lebkem H (2024). Gender-based violence care in Mauritania: Experience and caseload of six specialized hospital units (2018–2023). *PLOS Glob Public Health* 4(8):e0003410.
- Dia, A. H. (2008). *Psychiatrie Au Pays des Marabouts* (1st ed). Editions L'Harmattan.
- Diagana, K. (2012). Droits de l'homme et santé mentale en Mauritanie. *CRIDEM*.  
[https://cridem.org/C\\_Info.php?article=625594](https://cridem.org/C_Info.php?article=625594)
- FAO. (2016). *Stratégie nationale de croissance accélérée et de prospérité partagée (SCAPP 2016-2030), Volume II*.  
<https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC190616/>
- Hamady, A. O., Caria, A., Nouakchott, C. N.-P. de, & mentale, C. C. de l'Organisation M. de la S. pour la recherche et la formation en santé. (2005). *La santé mentale en Mauritanie : Premières rencontres internationales sur la santé mentale en Mauritanie : Nouakchott, 26-28 avril 2005*. République Islamique de Mauritanie, Centre neuro-psychiatrique.  
<https://books.google.fr/books?id=jEcoAQAIAAJ>
- Hamisultane-Lahlou, M.-D. (2022). Rencontre avec le Docteur Dia, le premier psychiatre de Mauritanie. *Psychologie Clinique*, n° 53(1), 234-236. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.1051/psyc/202253234>
- Laurent A. (2019). Projet d'amélioration des soins de santé primaire et de la santé maternelle et infantile en Mauritanie. *Comité des États étrangers*, AFD.
- ONU info (2020). Mali : des experts de l'ONU dénoncent l'absence de criminalisation des mutilations génitales féminines. (<https://news.un.org/fr/story/2020/06/1071672>)
- Plan international. L'excision, une pratique ancrée dans les traditions au Mali. (<https://www.plan-international.fr/actualites/excision-au-mali-lutte-contre-une-tradition/>)
- Tara Reman, Andy Muller-Nzinga, Veronique Feipel, Jeanne Bertuit (2023). Mutilations génitales féminines : Quels impacts sur la sphère pelvienne et psychologique ?. *Kinésithérapie, la Revue*, Volume 23, Issue 255, March 2023.
- République Islamique de la Mauritanie. (2021). *Plan National de Développement Sanitaire 2021 – 2030 Volume I: Analyse situationnelle et Plan*.  
[https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public\\_file\\_rep/MRT\\_Mauritania\\_Plan-National-De-D%C3%A9veloppement-Sanitaire\\_PNDS\\_2021-2030.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/MRT_Mauritania_Plan-National-De-D%C3%A9veloppement-Sanitaire_PNDS_2021-2030.pdf)
- République islamique de Mauritanie, UNHCR (2023). Feuille de route 2024-2027 pour le renforcement de l'inclusion des réfugiés dans le système national de santé en Mauritanie.  
<https://data.unhcr.org/fr/documents/details/107197>
- « Accompagner les femmes victimes de mutilations sexuelles : une recommandation de la HAS », *Santé mentale*, 25 février 2020. (<https://www.santementale.fr/2020/02/mutilations-sexuelles-feminines/>)
- Terre des hommes - Lausanne. (2024). « Consultance pour la réalisation d'une analyse de situation sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans la région du Hodh El Chargui ». Termes de référence. <https://beta.mr/files/appls/6064.pdf>

■

UNHCR. (2022). Santé mentale et appui psychosocial dans le contexte du camp des réfugiés de M'bera, Mauritanie. <https://data.unhcr.org/es/documents/download/91320>

UNICEF (2022). Mutilations génitales féminines au Mali : Bilan d'une étude statistique. ([https://www.unicef.org/mali/media/3531/file/FGM%20Mali\\_FR\\_HR.pdf](https://www.unicef.org/mali/media/3531/file/FGM%20Mali_FR_HR.pdf))

République islamique de Mauritanie, UNHCR (2023). Feuille de route 2024-2027 pour le renforcement de l'inclusion des réfugiés dans le système national de santé en Mauritanie. <https://data.unhcr.org/fr/documents/details/107197>

Unicef. (2017). *Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS5 2015*. <https://www.unicef.org/mauritania/media/2326/file/MISC5%20Rapport.pdf>

## Annexe 2-4 : Fiches acteurs

<b>Centre Hospitalier de Kaédi</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins mentaux
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Nombre de lits d'hospitalisation</b>	2 lits
<b>Année de démarrage des activités MHPSS</b>	Non communiqué
<b>Type de Formation MHPSS</b>	Diplôme d'état de techniciens supérieurs en santé mentale de l'Ecole nationale de Santé publique Nouakchott
<b>Effectifs MHPSS</b>	1 technicienne en santé mentale
<b>Zones géographiques couvertes par les activités MHPSS</b>	Non communiqué
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année</b>	40 et 50 consultations mensuelles
	la psychose, la schizophrénie, la dépression sévère, les bouffées délirantes aiguës (BDA), les troubles de l'humeur,
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale de Kaédi
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Consultation avec le patient
<b>Thérapies</b>	Thérapies individuelles, des séances de psychothérapie et de psychoéducation
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	la pénurie de personnel avec un besoin urgent de médecins spécialistes et d'infirmiers spécialisés. manque de médicaments et de moyens financiers. Au début, les patients ont souvent du mal à comprendre leur maladie. De plus, la majorité des patients atteints de troubles mentaux sont des personnes indigentes, n'ayant pas les ressources nécessaires pour poursuivre leur traitement médicamenteux, ce qui entraîne fréquemment des rechutes.
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	Non communiqué

■

<b>Centre de santé de Nouadhibou à Tarhil</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	soins en santé mentale
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Nombre de lits d'hospitalisation</b>	6 lits
<b>Année de démarrage des activités MHPSS</b>	2017
<b>Effectifs MHPSS</b>	1 technicienne en santé mentale
<b>Type de Formation MHPSS</b>	Diplôme d'État de techniciens supérieurs en santé mentale de l'Ecole nationale de santé publique
<b>Zones géographiques couvertes par les activités MHPSS</b>	L'ensemble de la ville de Nouadhibou constitue la zone géographique couverte par le service psychiatrique
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année</b>	40 à 60 par mois
<b>Troubles pris en charge</b>	dépression, les troubles bipolaires, les troubles de l'humeur, la schizophrénie
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Consultation avec le patient
<b>Thérapies</b>	la thérapie individuelle, la psychothérapie et la psychanalyse, médicamenteuse
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	La stigmatisation des patients pousse certaines personnes à préférer consulter dans des cliniques afin d'éviter d'être étiquetées comme "fous".
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	La prise en charge du patient est assurée de façon continue.

■

<b>Centre hospitalier des spécialités</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins en santé mentale
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Nombre de lits d'hospitalisation</b>	6 lits
<b>Année de démarrage des activités MHPSS</b>	2017
<b>Effectifs MHPSS</b>	9 psychiatres, 3 psychologues, 1 technicien en santé mentale
<b>Type de Formation MHPSS</b>	
<b>Zones géographiques couvertes par les activités MHPSS</b>	l'hôpital reçoit des patients référés de toutes les régions de la Mauritanie
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année</b>	15 patients par jour en moyenne
<b>Troubles pris en charge</b>	la psychose, la schizophrénie, la dépression sévère, et d'autres pathologies similaires
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Consultation avec le patient
<b>Thérapies</b>	la thérapie individuelle, la psychothérapie, la psychoéducation, et les techniques de relaxation
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	La stigmatisation des médecins et des patients, le manque de prise en considération, le manque de ressources, le nombre insuffisant de lits et l'indisponibilité des médicaments sont les principales difficultés rencontrées.
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	La prise en charge du patient est assurée de façon continue.

■

<b>Clinique Kissi</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	soins en santé mentale
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Nombre de lits d'hospitalisation</b>	6 lits
<b>Année de démarrage des activités MHPSS</b>	2017
<b>Effectifs MHPSS</b>	1 psychiatre pour les services de consultation
<b>Type de Formation MHPSS</b>	Non communiqué
<b>Zones géographiques couvertes par les activités MHPSS</b>	Toute la ville de Nouakchott
<b>Nombre de personnes prises en charge par les programmes MHPSS chaque année</b>	La clinique accueille quotidiennement entre 3 et 15 personnes, avec une variation selon les jours
<b>Troubles pris en charge</b>	cas de dépression et de troubles anxieux, qui figurent parmi les pathologies les plus fréquentes
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale
<b>Mode de détection et de référencement</b>	
<b>Thérapies</b>	Thérapie individuelle, thérapie de couple, thérapie de famille
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Stigmatisation de la maladie, pas de prise en considération
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	La prise en charge du patient est assurée de façon continue.

■

<b>Centre de traitement ambulatoire (CTA)</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Domaines d'activité</b>	Soins aux personnes atteintes de Sida
<b>Année d'implantation dans le pays</b>	Non communiqué
<b>Nombre de lits d'hospitalisation</b>	Non communiqué
<b>Année de démarrage des activités MHPSS</b>	Non communiqué
<b>Effectifs MHPSS</b>	1 psychoclinicien
<b>Type de Formation MHPSS</b>	Non communiqué
<b>Zones géographiques couvertes par les activités MHPSS</b>	Le centre couvre l'ensemble du territoire mauritanien
<b>Nombre de personnes prises en charge</b>	10 à 15 personnes par jour
<b>Troubles pris en charge</b>	Non communiqué
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Consultation des patients
<b>Thérapies</b>	La psychothérapie, la thérapie de groupe, la thérapie familiale, et l'écoute attentive des patients.
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Les programmes de MHPSS incluent la psychothérapie, la thérapie de groupe, la thérapie familiale, ainsi qu'une écoute attentive des patients.
<b>Suivi une fois le programme terminé</b>	Un suivi continu du patient

## Annexes 3 : Tchad

### Annexe 3-1 : Carte du pays



## Annexe 3-2 : Mental health Atlas

# MENTAL HEALTH ATLAS 2020

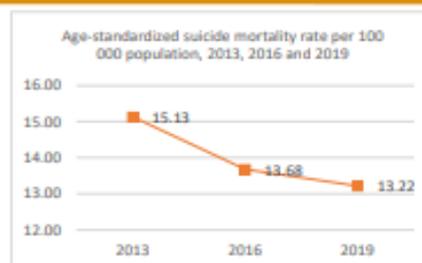
## Member State Profile

### [Chad]

Total population (UN official estimate): <sup>1</sup>	15 946 882	Income Group: <sup>3</sup>	Low
Total mental health expenditure per person (reported currency):	0.1 [FCFA]	WHO Region:	AFRO

#### Burden of mental disorders (WHO official estimates)

Disability-adjusted life years (per 100 000 population): <sup>2</sup>	1 782.4
Age-standardized suicide mortality rate (per 100 000 population): <sup>4</sup>	13.22



#### Mental health research and reporting

Availability / status of mental health reporting: Mental Health specific data compiled in the last two years for public sector

Number of published research articles on mental health <sup>5</sup>	0
Percentage of mental health research output in total research output within country	0.00%
Percentage of mental health research output of the country in total mental health research output in the region	0.0%



### MENTAL HEALTH SYSTEM GOVERNANCE

Mental health policy / plan		Mental health legislation	
Stand-alone policy or plan for mental health:	Yes	Stand-alone law for mental health:	No
(Year of policy / plan):	2016	(Year of law):	-
Policy / plan is in line with human rights covenants (self-rated 5-points checklist score; 5 = fully in line) <sup>6</sup>	5	Law is in line with human rights covenants (self-rated 5-points checklist score; 5 = fully in line) <sup>7</sup>	Not applicable
Human resources are estimated and allocated for implementation of the mental health policy/plan	No	The existence of a dedicated authority or independent body to assess compliance of mental health legislation with international human rights	-
Financial resources are estimated and allocated for implementation of the mental health policy/plan	No		
The mental health policy / plan contains specified indicators or targets against which its implementation can be monitored	Indicators were available but not used		
Child and/or adolescent mental health policy/plan			
Stand-alone or integrated policy or plan for child mental health	No	Stand-alone or integrated policy or plan for adolescent mental health	No
(Year of child mental health policy / plan):	-	(Year of adolescent mental health policy / plan):	-
Suicide prevention strategy/policy/plan			
Stand-alone or integrated strategy/policy/plan for suicide prevention	Yes	(Year of strategy/policy/plan)	-

### RESOURCES FOR MENTAL HEALTH

Mental health financing			
The government's total expenditure on mental health as % of total government health expenditure	-	The government's total expenditure on mental hospitals as % of total government mental health expenditure	-

# MENTAL HEALTH ATLAS 2020

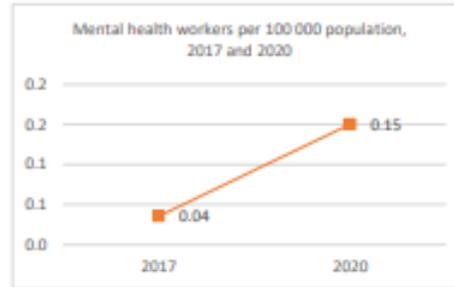
## Member State Profile

### Insurance for mental health

How the majority of persons with mental health conditions pay for mental health services	Persons pay mostly or entirely out of pocket for services	How the majority of persons with mental health conditions pay for psychotropic medicines	Persons pay mostly or entirely out of pocket for medicines
The care and treatment of persons with mental health conditions (psychosis, bipolar disorder, depression) is included in national health insurance or reimbursement schemes in your country			No

### Mental health workforce

	Total Number (gov. and non gov.)	No. per 100 000 population
Psychiatrists	2	0.01
Mental health nurses	6	0.04
Psychologists	6	0.04
Social workers	9	0.06
Other specialized mental health workers (e.g. Occupational Therapists)	1	0.006
<b>Total mental health professionals</b>	<b>24</b>	<b>0.15</b>



### Mental health workers in child and/or adolescent mental health services:

Child and/or adolescent psychiatrists	0	0.00	Total mental health workers in child and adolescent mental health services	0	0.00
---------------------------------------	---	------	--	---	------

## MENTAL HEALTH SERVICE AVAILABILITY AND UPTAKE (Mental health services include care for mental health, neurological and substance use disorders)

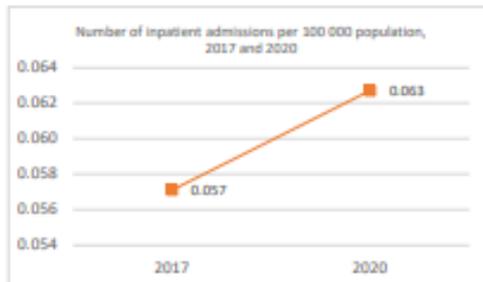
### Integration of mental health into primary health care

Integration of mental health into primary care is considered functional (self-rated 5 points checklist score; $\geq 4$ = functional integration) <sup>a</sup>	1
---	---

Outpatient care (total facilities)		Outpatient care (visits per 100 000 population)		
Mental health outpatient facilities attached to a hospital	-	Number of visits made by service users in the last year in mental health outpatient facilities attached to a hospital	-	
"Community-based / non-hospital" mental health outpatient facility	-	Number of visits made by service users in the last year in "Community-based / non-hospital" mental health outpatient facility	-	
Other outpatient facility (e.g. Mental health day care or treatment facility)	-	Number of visits made by service users in the last year in other outpatient facility (e.g. Mental health day care or treatment facility)	-	
Total number of outpatient facilities specifically for children and adolescents	-	Number of visits made by service users in the last year in outpatient facility specifically for children and adolescents	-	
Inpatient care (total facilities)		Inpatient care (beds/admissions per 100 000 population)		
Mental hospitals	-	Mental hospital beds / annual admissions	- / -	
Psychiatric units in general hospitals	1	General hospital psychiatric unit beds / annual admissions	0.03 / 0.06	
Community residential facilities	-	Community residential beds / annual admissions	- / -	
Inpatient facilities specifically for children and adolescents	1	Child and adolescent specific inpatient beds / annual admissions	- / -	
Mental hospitals		Mental hospitals (length of stay)		
Total number of admissions	-	Inpatients staying less than 1 year	10	
Admissions that are involuntary	-	Inpatients staying 1-5 years	0	
Follow-up of people with mental health condition discharged from hospital in the last year (discharged persons seen within a month)	More than 75%	Inpatients staying more than 5 years	0	
Inpatients receiving timely diagnosis, treatment and follow-up for physical health conditions (e.g. cancer, diabetes or TB)	More than 75%	Percentage of inpatients staying less than 1 year in the total number of inpatients	-	
Community based mental health services <sup>b</sup>				
Total number of community based mental health facilities	-	Number of community-based mental health facilities per 100 000 population	-	
Treated prevalence of psychosis and by sex		Total cases	Male	Female
Treated cases of psychosis (inpatient and outpatient)		793	470	323

# MENTAL HEALTH ATLAS 2020

## Member State Profile



### MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION

Existence of at least two functioning programmes

(self-rated 3 points checklist score;  $\geq 2$  = functioning programme)<sup>12</sup>

Category of mental health promotion & prevention programme	Programme examples	Scope of programme	Programme management	Functionality of programme
Suicide prevention programme	-	-	-	-
Mental Health Awareness /Anti-stigma	Programme National de Santé Mentale	-	-	-
Early Child Development	-	-	-	-
School based mental health prevention and promotion	-	-	-	-
Parental / Maternal mental health promotion and prevention	-	-	-	-
Work-related mental health prevention and promotion	-	-	-	-
Mental health and psychosocial component of disaster preparedness, disaster risk reduction	-	-	-	-

#### Endnotes

<sup>1</sup> UN, 2019. World Population Prospects. <https://population.un.org/wpp/>

<sup>2</sup> GBD, 2019. Global Health Estimates. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>. Value represent DALY rate per 100,000 and for mental disorders only.

<sup>3</sup> World Bank, 2019. Country classification. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/topics/19280-country-classification>

<sup>4</sup> WHO, 2019. Global Health Observatory. <http://www.who.int/gho/en/>. Suicide mortality rates are computed using standard categories, definitions and methods are reported to facilitate comparisons over time and between countries and may not be the same as official national estimates.

<sup>5</sup> **Output of research on mental health:** The annual published research output in peer-reviewed and indexed journals is used as a proxy for the amount (and quality) of mental health research that is being conducted or is related to a given country.

<sup>6</sup> **Policy/plan compliance with human rights instruments self-rated 5 points checklist items:** 1) Policy/plan promotes transition towards mental health services based in the community (including mental health care integrated into general hospitals and primary care); 2) Policy/plan pays explicit attention to respect of the rights of people with mental health conditions and psychosocial disabilities as well as at-risk populations; 3) Policy/plan promotes a full range of services and supports to enable people to live independently and be included in the community (including rehabilitation services, social services, educational, vocational and employment opportunities, housing services and supports, etc.); 4) Policy/plan promotes a recovery approach to mental health care, which emphasizes support for individuals to achieve their aspirations and goals, with mental health service users driving the development of their treatment and recovery plans; 5) Policy/plan promotes the participation of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities in decision-making processes about issues affecting them (e.g. policies, laws, service reform, service delivery). (5 = fully in line)

<sup>7</sup> **Law compliance with human rights instruments self-rated 5 points checklist items:** 1) Law promotes transition towards community-based mental health services (including mental health integrated into general hospitals and primary care); 2) Law promotes the rights of people with mental health conditions and psychosocial disabilities to exercise their legal capacity; 3) Law promotes alternatives to coercive practice; 4) Law provides for procedures to enable people with mental health conditions and psychosocial disabilities to protect their rights and file appeals and complaints to an independent legal body; 5) Law provides for regular inspections of human rights conditions in mental health facilities by an independent body (79% of responding countries). (5 = fully in line)

<sup>8</sup> **Integration of mental health in primary care self-rated 5 points checklist items:** 1) guidelines for mental health integration into primary health care are available and adopted at the national level; 2) pharmacological interventions for mental health conditions are available and provided at the primary care level; 3) psychosocial interventions for mental health conditions are available and provided at the primary care level; 4) health workers at primary care level receive training on the management of mental health conditions; 5) mental health specialists are involved in the training and supervision of primary care professionals. ( $\geq 4$  = functional integration)

<sup>9</sup> **Community-based mental health services** are defined as services that are provided in the community, outside a hospital setting. Data for this indicator include countries' reported number of community-based outpatient facilities (e.g. community mental health centres), other outpatient services (e.g. day treatment facilities) and mental health community residential facilities for adults.

<sup>10</sup> **Functional mental health promotion and prevention programmes self-rated 3 points checklist items:** 1) Dedicated financial & human resources; 2) A defined plan of implementation; and 3) Documented evidence of progress and/or impact. ( $\geq 2$  = functioning programme)

## Annexe 3-3 : Bibliographie

AFD. Appui aux services sociaux dans les provinces du nord-ouest du Tchad. Appel à projet crise et sortie de crise, non daté.

Chatot, F. (2022). *La prise en charge des troubles psychiques dans le Bassin du Lac Tchad : Étude régionale*. [https://www.urd.org/wp-content/uploads/2022/06/RESILAC\\_REGIONAL\\_SMPS.pdf](https://www.urd.org/wp-content/uploads/2022/06/RESILAC_REGIONAL_SMPS.pdf)

COOPI. (2020). *Tchad. Donner un nouveau sens aux troubles psychotiques*. <https://www.cooi.org/fr/tchad-donner-un-nouveau-sens-aux-troubles-psychotiques.html?ln=>

Croix-Rouge française. (2024). Le Tchad, terre d'accueil des réfugiés soudanais. <https://www.croix-rouge.fr/actualite/le-tchad-terre-daccueil-des-refugies-soudanais>

HCR. (2024). *TCHAD - Groupe de travail sur la santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) Termes de Références*. <https://coordination.ajala.app/urgence/api/pix/doc/a4fea647467d194.pdf>

IASC. (2024). *La mission inter-agences du Groupe de Référence SMSPS du IASC (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial au Tchad en janvier 2024*. [La mission inter-agences du Groupe de Référence SMSPS du IASC \(CPI\) pour la santé mentale et le soutien psychosocial au Tchad en janvier 2024](https://www.iasc.org/fr/la-mission-inter-agences-du-groupe-de-reference-smmps-du-iasc-cpi-pour-la-sante-mentale-et-le-soutien-psychosocial-au-tchad-en-janvier-2024)

IASC. (2024). Présentation du déploiement au Tchad », IASC MHPSS reference group [https://www.youtube.com/watch?v=5rUAOIl\\_QtM&list=PL3GwJJrL7Jq7KKOdoIWOLsQ\\_aN0rX7ml0&index=5&t=629s](https://www.youtube.com/watch?v=5rUAOIl_QtM&list=PL3GwJJrL7Jq7KKOdoIWOLsQ_aN0rX7ml0&index=5&t=629s).)

Josselin C. (2022). Amélioration de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents dans la province de Ouaddaï. *Comité pour l'appui aux initiatives des organisations non gouvernementales*, AFD, 32.

Josselin C. (2022). *Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad 3 - PASST 3. Comité pour l'appui aux initiatives des organisations non gouvernementales*, AFD, 39.

Kedaï, E. (2024). *Santé : La difficile prise en charge des maladies mentales au Tchad*. <https://www.lepaystchad.com/38537/>

Klouche N. et Père M. (2022). *Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad 3 – PASST 3. Note au comité des États étrangers*, AFD, 14 & 15.

Koutou, D. (2022). *Tchad : Le problème de la santé mentale mérite une attention particulière*. [https://www.alwihdainfo.com/Tchad-un-service-de-psychiatrie-et-desintoxication-d-alcooliques-inaugure-a-Sarh\\_a111725.html](https://www.alwihdainfo.com/Tchad-un-service-de-psychiatrie-et-desintoxication-d-alcooliques-inaugure-a-Sarh_a111725.html)

Ministère de la Santé et de la Prévention du Tchad. (2022). *Plan national de Développement sanitaire 2022-2030*. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-07/PNDS%204%20VF%2018%2003%202023%20Bon.pdf>

Raharimalala, R. (2024). Le salaire minimum au Tchad : Une perspective économique. *L'Écho du Sud*. <https://www.lechodusud.com/post/le-salaire-minimum-au-tchad-une-perspective-%C3%A9conomique>

Roos-Weil A. et Père M. *Projet d'amélioration des conditions de vie des femmes et filles dans les régions du Guéra et Wadi-Fira au Tchad. Comité des États étrangers*, AFD.

UNHCR. (2024). Le Tchad a besoin d'aide face au risque d'une hausse des arrivées de réfugiés soudanais, prévient le HCR. <https://news.un.org/fr/story/2024/03/1143642>

■

Vidon. H. (2016). Programme régional en faveur des populations du pourtour du lac Tchad impactées par la crise liée à Boko Haram. *Conseil d'administration de l'Agence française de développement*. 14, 16 & 30.

WHO. (2020). *Mental Health Atlas 2020 Country Profile : Chad*.  
<https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tcd-2020-country-profile>

■

## Annexe 3-4 : Fiches acteurs

<b>Service de santé mentale CHU-RN, N'djaména</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Personnes prises en charge en 2023</b>	960 environs 80 malades/mois en moyenne
<b>Année de démarrage des activités</b>	1996
<b>Zones géographiques couvertes par les activités de SMSPS</b>	N'Djamena et les autres provinces à l'exception du Moyen Chari et Guera
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Nature des programmes</b>	Thérapie individuelle : médicaments et psychothérapie de soutien
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	Infrastructures inadéquates, insuffisance du personnel qualifié, manque de médicaments psychiatriques, insuffisance de matériels médico-techniques.
<b>Troubles pris en charge</b>	Dépressions, BDA, Schizophrénie, troubles liés aux substances psychoactives, épilepsies
<b>Capacité d'accueil</b>	2 salles de 4 lits

<b>CEDIRAA</b>	
<b>Localisation</b>	N'djaména
<b>Date de création</b>	1999
<b>Nombre moyen patients pris en charge</b>	une dizaine par semaine
<b>Troubles pris en charge</b>	Dépressions, BDA, Schizophrénie, troubles liés aux substances psychoactives, TSPT, épilepsie ++
<b>Capacité d'accueil</b>	7 lits
<b>Effectifs</b>	1 psychiatre, 6 assistants psychosociaux
<b>Besoin en formation en santé mentale</b>	Oui

■

<b>Unité psychiatrique Hôpital Provincial de Mongo</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Personnes prises charge en 2023</b>	180 malades
<b>Année de démarrage des activités</b>	21 avril 2021
<b>Zones géographiques couvertes par les activités de SMSPS</b>	Les départements de Mongo et celui de Bitkine.
<b>Types de population prise en charge</b>	Population générale toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	Observation et consultations psychiatriques
<b>Nature des programmes</b>	. la thérapie individuelle et les activités génératrices de revenus (AGR) pour les malades guéris pour la réinsertion dans la vie active à travers le projet d'appui par le volet social assistant les démunis (forfait de 25.000F CFA octroyé par malade).
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Insuffisance de motivation du personnel,</li> <li>· Insuffisance en médicaments,</li> <li>· Absence de protocole de prise en charge des maladies psychiatriques courantes,</li> <li>· Insuffisance en personnel qualifié,</li> <li>· Manque de formation et supervision,</li> <li>· Non reconnaissance par le ministère de la Santé de l'unité de santé mentale de l'hôpital de Mongo.</li> </ul>
<b>Lien avec d'autres structures</b>	la mission évangélique de lutte contre la lèpre basée à Am Timam qui nous apporte un appui dans nos activités.
<b>Nombre moyen patients pris en charge (mensuel)</b>	15 malades/mois en moyenne
<b>Troubles pris en charge</b>	Dépansions, BDA, schizophrénie, troubles liés aux substances psychoactives, TSPT, épilepsie, etc.
<b>Capacité d'accueil</b>	Pas d'internement/hospitalisation la prise en charge se fait en ambulatoire avec suivi à domicile
<b>Profil personnel</b>	1 IDE avec une formation de base en maladie mentale (responsable), 1 assistant social diplômé d'État, 1 technicien en gestion et comptabilité, 1 assistante sociale volontaire de la mission catholique
<b>Besoin en formation en santé mentale</b>	Oui

<b>Hôpital Notre Dame des Apôtres Maigara de Sarh</b>	
<b>Effectifs totaux</b>	Non communiqué
<b>Personnes prises en charge en 2023</b>	360 environ
<b>Domaines d'activité</b>	Santé mentale et psychosociale
<b>Année de démarrage des activités</b>	Depuis le 17 mars 2017
<b>Zones géographiques couvertes par les activités SMSPS :</b>	la province du Moyen Chari, d'autres provinces voisines (Mandoul, Logone Oriental...) et même de la République Centrafricaine...
<b>Types de population prise en charge :</b>	population générale, toute catégorie confondue
<b>Mode de détection et de référencement</b>	.CEDIRAA à N'Djamena. .Moundou NB : référencements faits pour question de proximité des malades et non par défaut de compétence.
<b>Nature des programmes</b>	la thérapie individuelle, les AGR qui se font au cas par cas à travers l'octroi de petits moyens à certains malades guéris pour faciliter leur réinsertion sociale.
<b>Difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission</b>	l'accès difficile aux médicaments, l'insuffisance en personnel qualifié, le manque des infrastructures adéquates pour la prise en charge
<b>Lien avec d'autres structures :</b>	le CEDIRAA de N'Djaména, l'ONG Albert saint Camille du Bénin.
<b>Nombre moyen patients pris en charge (mensuel)</b>	25 à 35 malades/mois
<b>Troubles pris en charge</b>	Schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles liés aux substances psychoactives
<b>Capacité d'accueil</b>	12 lits
<b>Profil personnel</b>	1 sœur (directrice de l'hôpital NDA, ayant bénéficiée d'une formation de base en psychiatrie), 1 IDE avec une formation de base en psychiatrie au Bénin (responsable de l'unité psychiatrique), 1 ATS accoucheuse, 1 garçon de salle, 1 assistante sociale diplômé d'État, 1 sage-femme diplômée d'État formée en santé mentale au CEDIRAA de N'Djamena
<b>Besoin en formation en santé mentale</b>	Oui

# PASAS

PLATEFORME D'ANALYSE,  
DE SUIVI ET D'APPRENTISSAGE  
AU SAHEL



PORTÉ PAR



---

## pasas-minka.fr

---

Ce rapport a été élaboré dans le cadre d'un financement du Fonds Paix et Résilience Minka.

Le Fonds Minka, mis en œuvre par le groupe AFD, est la réponse opérationnelle de la France à l'enjeu de lutte contre la fragilisation des États et des sociétés. Lancé en 2017, Minka finance des projets dans des zones affectées par un conflit violent, avec un objectif : la consolidation de la paix. Il appuie ainsi quatre bassins de crise via quatre initiatives : l'Initiative Minka Sahel, l'Initiative Minka Lac Tchad, l'Initiative Minka RCA et l'Initiative Minka Moyen-Orient.

La Plateforme d'Analyse, de Suivi et d'Apprentissage au Sahel (PASAS) est financée par le Fonds Paix et Résilience Minka. Elle vise à éclairer les choix stratégiques et opérationnels des acteurs de développement locaux et internationaux, en lien avec les situations de crises et de fragilités au Sahel et dans le bassin du Lac Tchad. La PASAS se met en œuvre à travers d'un accord-cadre avec le groupement IRD-ICE après appel d'offres international dont le rôle est double : (i) produire des connaissances en réponse à nos enjeux opérationnels de consolidation de la paix au Sahel et (ii) valoriser ces connaissances à travers deux outils principaux : une plateforme numérique, accessible à l'externe, qui accueillera toutes les productions et des

conférences d'échange autour des résultats des études. La plateforme soutient ainsi la production et le partage de connaissances, en rassemblant des analyses robustes sur les contextes sahéliens et du pourtour du Lac Tchad.

Nous encourageons les lecteurs à reproduire les informations contenues dans les rapports PASAS pour leurs propres publications, tant qu'elles ne sont pas vendues à des fins commerciales. En tant que titulaire des droits d'auteur, le projet PASAS et l'IRD demande à être explicitement mentionné et à recevoir une copie de la publication. Pour une utilisation en ligne, nous demandons aux lecteurs de créer un lien vers la ressource originale sur le site Web de PASAS, <https://pasas-minka.fr>.

