



En partenariat  
avec

  
**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

 **AFD**  
AGENCE FRANÇAISE  
DE DÉVELOPPEMENT



**UNHCR**  
L'Agence des Nations Unies  
pour les réfugiés



**Terre des hommes**

Helping children worldwide.

**ÉTUDE SUR LA SANTÉ MENTALE ET  
LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DES  
PERSONNES AFFECTÉES PAR LES  
MOUVEMENTS DE POPULATION DANS  
LE HODH EL CHARGUI**

Étude réalisée par

**Cecilie Alessandri**, psychologue

Avec l'appui de

**Sarah Consulting**, cabinet de consultance

Cette étude a été réalisée par **Cecilie ALESSANDRI**, psychologue, spécialiste des projets en santé mentale et soutien psychosocial, consultante principale, avec l'appui de **Sarah Consulting**, un bureau d'études multidisciplinaire spécialisé en ingénierie du développement.

Les enquêtes et rencontres de terrain ont été organisées en septembre 2024, à Nouakchott et dans la région du Hodh El Chargui. Ce travail a été coordonné par Terre des hommes – Lausanne (Tdh-L) et notamment le département protection.

Nous remercions chaleureusement pour leurs informations et contributions :

- ➔ Les partenaires de Tdh-L pour la confiance montrée et le soutien constant et efficace de toutes les équipes impliquées et mobilisées dans toutes les étapes de cette étude ;
- ➔ L'ensemble des représentants institutionnels et humanitaires pour le temps offert pour fournir des éléments essentiels à la compréhension du contexte et des enjeux ;
- ➔ Les personnes déplacées et les communautés hôtes pour leur accueil et leurs témoignages indispensables à la réalisation de cette étude.

---

Cette évaluation s'inscrit dans le cadre des projets Tawafoug, financé par l'Union Européenne (UE) et Al Afiya, financé par l'Agence Française de Développement (AFD) ainsi que dans le cadre des projets soutenus par le Haut-Commissariat aux Réfugiés pour les Nations Unies (UNHCR) :



**Tdh-L** : Plus grande organisation suisse de défense des droits de l'enfant, créée en 1960, la fondation Terre des hommes s'engage à protéger la vie des enfants et leurs droits et à favoriser leur bien-être à travers des programmes innovants centrés sur la santé, la migration, l'accès à la justice et spécialement conçus pour avoir un impact à court et long terme.

Depuis plus de 60 ans, Tdh intervient dans des contextes difficiles, des pays en guerre, des régions touchées par des catastrophes naturelles, des lieux où la pauvreté et la malnutrition poussent des millions d'enfants et leur famille à la migration. Chaque année, nous soutenons directement et indirectement des millions d'enfants et leurs proches dans une trentaine de pays.

Présente en Mauritanie depuis 1984, la délégation de Terre des hommes mène des actions qui visent en priorité l'enfance vulnérable et la défense de ses droits.

Pour en savoir plus : <https://www.Tdh.org/fr>

#### UNHCR :

Le HCR, l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés, est une organisation internationale qui a pour mission de sauver des vies, de protéger les droits des réfugiés et de construire un avenir meilleur pour les réfugiés, les communautés déplacées et les apatrides. Le HCR est présent en Mauritanie à Nouakchott, Bassiknou, Nema et Nouadhibou. Le HCR apporte une aide et une protection vitales dans les situations d'urgence, plaide en faveur de l'amélioration des lois et des systèmes d'asile afin que les personnes déplacées puissent faire valoir leurs droits, en fournissant une protection internationale aux réfugiés et en prévenant le refoulement. Outre l'aide d'urgence, le HCR continue de travailler avec les acteurs du développement pour promouvoir l'inclusion des réfugiés dans les systèmes nationaux (santé, éducation, protection sociale, etc.) et réduire leur dépendance à l'égard de l'aide humanitaire internationale.

Pour en savoir plus : <https://www.unhcr.org>

#### AFD :

L'Agence française de développement (AFD) met en œuvre la politique de la France en matière de développement et de solidarité internationale. À travers ses activités de financement du secteur public et des ONG, ses travaux et publications de recherche (Éditions AFD), de formation sur le développement durable (Campus AFD) et de sensibilisation en France, elle finance, accompagne et accélère les transitions vers un monde plus juste et résilient.

L'AFD construit avec ses partenaires des solutions partagées, avec et pour les populations du Sud. Ses équipes sont engagées dans plus de 4 000 projets sur le terrain, dans les Outre-mer, dans 115 pays et dans les territoires en crise, pour les biens communs – le climat, la biodiversité, la paix, l'égalité femmes-hommes, l'éducation ou encore la santé. L'AFD contribue ainsi à l'engagement de la France et des Français en faveur des Objectifs de développement durable (ODD). Pour un monde en commun

---

Les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de Tdh-L, de l'AFD ou de l'UNHCR.

## RÉSUMÉ

La présente étude sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés maliens en Mauritanie et des populations hôtes qui les accueillent s'inscrit dans un contexte complexe de tensions économiques, de déplacements forcés, de conflits prolongés et de pressions sociopolitiques dans la région sahélienne. Les tensions et les conflits qui sévissent dans le nord du Mali depuis plusieurs décennies ont contraint des dizaines de milliers de personnes à fuir leurs foyers, cherchant refuge dans les pays voisins, dont la Mauritanie, qui accueille une part significative de ces populations déplacées. Cette situation a des impacts directs et indirects sur l'ensemble des personnes installées dans le Hodh El Chargui, hôtes comme réfugiés. L'altération de la santé mentale et du bien-être psychosocial est un enjeu important pour toutes les communautés du HEC, concernées et affectées par le conflit malien.

L'étude présentée dans ce rapport vise à identifier en quoi l'approche de la santé mentale et du soutien psychosocial serait pertinente pour soutenir ces populations. Il s'agissait donc d'identifier plus précisément leur état émotionnel, les risques psychosociaux auxquels elles ont été et sont encore confrontées, les ressources existantes pour faire face à ces risques et soulager la détresse, et aussi les freins éventuels à la mise en œuvre d'interventions en SMSP. La manière dont sont perçues les problématiques psychosociales et de santé mentale au sein des communautés, les risques de stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale sont d'autres aspects que cette étude a tenté de mieux cerner.

Les interventions proposées dans le cadre humanitaire combinent souvent la santé mentale et le soutien psychosocial afin d'assurer un continuum de soin et l'accès à des services adaptés aux besoins différenciés des personnes. Les actions peuvent être orientées plutôt sur la prévention du développement ou de l'aggravation de troubles psychosociaux ou de la santé mentale, ou sur la prise en charge de problématiques psychologiques modérées voire graves. Cette étude a donc proposé une analyse des données collectées pour proposer des actions et interventions pertinentes dans ce contexte.

D'un point de vue méthodologique, 3 modalités de collecte ont été privilégiées, pour obtenir des données quantitatives et qualitatives.

- ➔ Des échanges ont eu lieu avec **22 informateurs clés**, dont des représentants des institutions, des agences onusiennes, des organisations non gouvernementales ainsi que des professionnels et représentants communautaires. Ces entretiens ont permis d'obtenir des informations pertinentes auprès de personnes concernées, informées et impliquées auprès de ces publics ou sur ces thématiques.
- ➔ **32 groupes de discussion** ont été organisés avec des hommes, des femmes, ainsi que des jeunes de 10 à 18 ans issus des différents groupes cibles. À l'issue de certains de ces groupes, quelques personnes ont accepté de raconter leur parcours et vécu, offrant ainsi des témoignages plus individuels.
- ➔ Un questionnaire abordant les différents aspects ciblés par l'étude a été **administré à 1266 personnes**, dont 744 réfugiés (455 dans le camp et les autres hors du camp), 466 représentants des communautés hôtes et 56 personnes identifiées comme des retournés.

Les retournés faisaient partie de la cible initiale mais peu ont été rencontrés. Il a aussi été constaté que la plupart de ceux qui ont été rencontrés avaient encore des attaches en Mauritanie où ils se sont réinstallés. Il a donc été décidé de les assimiler aux communautés hôtes, tout en précisant que dans certaines situations, les retournés peuvent cumuler des difficultés très spécifiques, comme le sentiment de n'être nulle part chez soi, le sentiment de rejet, et que certains peuvent avoir subi ou été témoins de violences et avoir subi des traumatismes, des pertes ou d'autres sources de stress similaires à ceux des maliens avec lesquels ils ont fui.

L'étude portait de manière globale sur les réfugiés et les communautés hôtes. Cependant, une attention particulière a été portée aux enfants et jeunes, groupe particulièrement vulnérable. Des questions leur étaient dédiées (posées aux parents) et des groupes de discussion ont été réalisés avec eux.

Enfin, la problématique du genre a été prise en compte et les différentes données ont été croisées pour déterminer les différences et similitudes selon le sexe. Cependant, il est à noter que les problématiques de violences basées sur le genre ont été peu développées dans cette étude. Ces aspects ont fait l'objet de quelques questions dans le questionnaire et ont été abordés dans le cadre de certains groupes de discussion du fait de leur lien fort avec les problématiques de santé mentale et de bien-être psychosocial, mais une étude plus poussée et plus spécifique permettrait de compléter les résultats de cette enquête et de proposer des interventions adaptées aux différentes typologies de violences.

L'étude a mis en évidence l'importance et la diversité des besoins ressentis, représentant autant de facteurs de risques d'altération de la santé mentale et du bien-être psychosocial pour l'ensemble des personnes ciblées. Les principaux facteurs identifiés ont été la pauvreté et le manque d'accès aux services ou aux ressources (financières et matérielles).

Pour les réfugiés plus particulièrement, trouver un endroit pour vivre est également une source d'angoisse importante, ainsi que les problèmes liés à l'hygiène. Des facteurs de stress spécifiques aux éleveurs ont également été mis en évidence, notamment du fait de la perte de bétail consécutive à l'impossibilité d'amener le troupeau paître au Mali et au manque d'eau et de nourriture pour les bêtes en Mauritanie, exacerbé par la nécessité de partager ces ressources avec les éleveurs maliens réfugiés dans la zone.

Ces différentes sources de stress, auxquelles s'ajoutent les conséquences des violences, pertes et traumatismes souvent vécus par les réfugiés, se traduisent par des taux très élevés d'anxiété et de dépression. Sur l'ensemble des personnes interrogées il apparaît que 48% des hommes et 46% des femmes présentent des symptômes certains ou probables d'anxiété, et des symptômes dépressifs encore plus forts, avec 60% des hommes et 54% des femmes qui en manifestent. Les réfugiés, et notamment ceux qui sont arrivés depuis peu, ont des taux particulièrement élevés. Les enfants, quant à eux, présentent de nombreux signes de mal-être identifiés par leurs parents. Plaintes inexplicables, troubles du sommeil ou de l'alimentation sont parmi les manifestations les plus fréquentes. L'isolement et le repli sur soi, l'agressivité et la violence sont d'autres manifestations mentionnées lors de groupes de discussion avec les jeunes.

Les manifestations de détresse chez les adultes sont assez similaires (tristesse, isolement, perte de l'appétit ou du sommeil). Si les femmes sont légèrement plus concernées que les hommes, ces derniers sont aussi très affectés et manifestent leur mal-être de diverses manières, bien que la culture et les représentations du rôle et de l'homme rendent plus difficile pour eux de montrer des signes de détresse assimilés à de la faiblesse (pleurer par exemple n'est pas admis pour un homme). Cela peut rendre d'autant plus difficile pour eux la recherche de soutiens pour surmonter ces difficultés.

Les cas d'altération de la santé mentale sont identifiés comme fréquents, avec 3 justifications proposées par les personnes interrogées ou rencontrées : l'accumulation de pressions qui entraîne une décompensation passagère, l'impossibilité de gérer les traumatismes subis qui entraîne une perte de la raison pouvant être durable, ou, le plus souvent, un sort ou un envoûtement.

Faire appel à des *marabouts*<sup>1</sup> est donc une pratique très courante pour tenter de guérir une personne dont les comportements seraient inappropriés, incohérents. Si peu de cas semblent être « guéris », les discours rapportent un fréquent apaisement, et il en ressort que cette pratique offre un soutien important aux familles, une reconnaissance par le voisinage du fait que tout a été mis en œuvre pour aider la personne atteinte et une acceptation par la communauté. Cependant, de nombreux témoignages ont mis en avant les risques de dérives avec la présence de charlatans récupérant tous les biens de ceux qu'ils sont censés aider.

Les autres solutions identifiées pour surmonter les difficultés sont surtout le fait de parler avec des proches, mais avec des limites car la plupart de ces proches sont souvent eux-mêmes en souffrance. Aussi, pour toutes ces personnes, parler à une personne extérieure, professionnelle ou spécifiquement formée, pourrait représenter un soutien important. Mais ce service est très limité dans cette zone. De même que les services spécialisés en santé mentale sont quasi-inexistants en dehors de Nouakchott. Le manque de reconnaissance de cette thématique par les institutions, le manque de moyens alloués, l'absence de cursus universitaires adaptés sont quelques-uns des motifs avancés pour justifier cette absence.

L'ampleur des besoins dans les domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial fait donc face à un manque très conséquent de services adaptés, à tous les niveaux de prise en charge, ce qui représente un facteur de risque important d'aggravation de l'état émotionnel des personnes concernées. L'étude a donc mis en évidence l'importance d'agir de manière globale et coordonnée pour :

- ➔ Réduire les facteurs de stress et de détresse psychosociale
- ➔ Renforcer les mécanismes de soutien psychosocial en étant attentif au bien-être des intervenants
- ➔ Améliorer l'offre de prise en charge spécialisée.



<sup>1</sup> En Afrique, les *marabouts* sont reconnus comme des religieux musulmans ayant des pouvoirs de guérisseurs.

# SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>1 CADRE CONTEXTUEL ET THÉORIQUE</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Contexte de l'étude : mouvements de population dans le HEC</b>	<b>8</b>
1.1.1 <i>Les mouvements de population depuis le Mali vers le HEC</i>	8
1.1.2 <i>Situation actuelle des réfugiés dans le HEC</i>	10
1.1.3 <i>Définitions de la santé mentale et du bien-être psychosocial</i>	11
1.1.4 <i>Interventions en santé mentale et soutien psychosocial</i>	12
1.1.5 <i>SMSP et mouvements de population</i>	12
<b>2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Objectifs et portée de l'évaluation</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Approche de l'évaluation</b>	<b>14</b>
2.2.1 <i>Ciblage de la zone</i>	15
2.2.2 <i>Questions de recherche</i>	16
<b>2.3 Conception des instruments de collecte</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Organisation opérationnelle</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Échantillonnage</b>	<b>21</b>
<b>2.6 Gestion des données et limites identifiées</b>	<b>22</b>
<b>3 PROFIL DES PERSONNES RENCONTRÉES</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Personnes rencontrées dans le cadre des discussions de groupes</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Personnes rencontrées dans le cadre des entretiens avec des informateurs clés</b>	<b>23</b>
<b>3.3 Personnes rencontrées au sein de ménages ayant complété les questionnaires</b>	<b>24</b>
<b>4 PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES EN ANALYSES</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Les facteurs de risques de dégradation de la santé mentale et du bien-être psychosocial</b>	<b>25</b>
4.1.1 <i>Besoins généraux</i>	27
4.1.2 <i>Perceptions des problèmes liés à la communauté</i>	30
4.1.3 <i>Violences subies ou perçues</i>	31
4.1.4 <i>La perception des enfants</i>	31
4.1.5 <i>Facteurs de stress spécifiques aux éleveurs</i>	32
<b>4.2 État émotionnel et manifestations de détresse</b>	<b>33</b>
4.2.1 <i>Symptômes dépressifs et anxieux chez les répondants</i>	33
4.2.2 <i>Manifestations de la détresse</i>	34
4.2.3 <i>Influence des conditions de vie sur la Santé mentale et le bien être</i>	37
4.2.4 <i>État émotionnel et manifestations chez les enfants</i>	38
<b>4.3 Perceptions et représentations</b>	<b>40</b>
4.3.1 <i>Perception de la santé mentale chez les publics ciblés</i>	40
4.3.2 <i>Perception des causes des troubles mentaux et psychosociaux</i>	43
<b>4.4 Ressources, barrières et enjeux en SMSP</b>	<b>44</b>
4.4.1 <i>Bénéfices et risques des ressources traditionnelles</i>	45
4.4.2 <i>La nécessité d'une approche psychosociale communautaire</i>	47
4.4.3 <i>Importance de la prise en charge de la santé mentale</i>	48
4.4.4 <i>Freins identifiés à l'usage de services spécialisés en SMSP</i>	50
4.4.5 <i>Les enjeux pour renforcer l'accès à des services SMSP professionnels</i>	51
<b>4.5 Les risques psychosociaux des intervenants</b>	<b>53</b>
<b>5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>56</b>
<b>5.1 Principales constatations</b>	<b>56</b>
5.1.1 <i>Besoins multiples et conséquents</i>	56
5.1.2 <i>Santé mentale et bien-être psychosocial altérés</i>	56
5.1.3 <i>Professionnels insuffisants en nombre et en expertise</i>	56
<b>5.2 Suggestion d'actions et d'interventions</b>	<b>57</b>
5.2.1 <i>Approche globale et dans des temporalités variables</i>	57
5.2.2 <i>Activités suggérées</i>	57
5.2.3 <i>Considérations pour la mise en œuvre</i>	58
<b>5.3 Présentation globale des suggestions d'interventions</b>	<b>59</b>
<b>6 CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>61</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>63</b>

## LISTE DES SIGLES

AACID	Agence Andalouse de Coopération Internationale pour le Développement
ACF	Action Contre la Faim
ACLED	Armed Conflict Location & Event Data Project
ADICOR	Appui au Développement Intégré des Communautés Rurales
AECID	Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
AFD	Agence Française de Développement
ALIMA	Alliance for International Medical Action
AMPF	Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille.
CAMEC	Centre d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables
CdS	Centre de Santé
CIAUD	Comité International pour l'Aide d'Urgence et le Développement
COS	Comité d'Orientation Stratégique
CRF	Croix-Rouge Française
CRM	Croissant-Rouge Mauritanien
CSOP	Comité de Suivi Opérationnel du Projet
DRASEF	Direction Régionale de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Famille
DTM	Displacement Tracking Matrix
EBQ	Emotion Beliefs Questionnaire
FICR	Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge
GT	Groupe Technique
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HEC	Hodh El Chargui
HESPER	The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs scale
IASC	Inter-Agency Standing Committee
KII	Key Informant Interview (entretien avec un informateur clé)
MAKS	Mental health knowledge schedule
MASEF	Ministère de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Famille
MdS	Ministère de la santé
MHGAP	Mental Health Gap Action Programme
MSF	Médecins sans Frontières
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PEAS	Protection contre l'Exploitation et les Abus Sexuels
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PSP	Premiers Secours Psychologiques
SCE	Save the Children - Espagne
SMSPS / SMSP	Santé Mentale et Soutien Psychosocial
RHS	Refugee Health Screening
Tdh-L	Terre des hommes Lausanne
UE	Union Européenne
UNDP	Programme des Nations unies pour le développement
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Nations unies pour l'enfance
VAD	Visite à Domicile
VBG	Violences Basées sur le Genre



## INTRODUCTION

La crise humanitaire qui affecte le Mali depuis 2012 a généré des déplacements massifs de populations, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays, avec d'importantes répercussions sur les pays voisins, notamment la Mauritanie, le Burkina Faso et le Niger. Depuis 2012, des dizaines de milliers de maliens fuient vers la Mauritanie pour se mettre en sécurité, en raison de l'instabilité et des violences dans leur pays. Leurs perspectives de retour demeurent très limitées. Selon les données de l'UNHCR d'août 2024, sur un total de **270.238 réfugiés et demandeurs d'asile, 146.378 réfugiés sont enregistrés, soit 54%. Les réfugiés enregistrés<sup>2</sup> sont en majorité installés dans le camp de Mbera : 111.472, soit 76%** (UNHCR, 2024b). Les services de base sont disponibles au niveau du camp. Les besoins fondamentaux sont globalement pris en charge par les partenaires des Nations Unies et les organisations internationales, en appui au gouvernement mauritanien, notamment pour les femmes et les enfants qui représentent **83%** de la population du camp. Cependant, beaucoup reste à faire et l'évolution du contexte et sa durée font apparaître de nouveaux besoins.

Le camp étant saturé, les nouveaux arrivants s'installent souvent dans les villages voisins, ce qui entraîne la nécessité pour les acteurs humanitaires d'adapter leur réponse aux besoins tant à l'intérieur du camp qu'au sein des communautés voisines. En août 2024, **138.447** réfugiés maliens étaient ainsi hors camp, soit plus de la moitié de l'ensemble des réfugiés maliens comptabilisés. Ils se réfugient dans des zones le plus souvent déjà fragiles du fait de la pauvreté et des conditions de vie généralement faibles dans la région, et éloignés des services d'assistance pouvant les aider à faire face à leurs besoins immédiats.

L'intervention hors camp fait ainsi de plus en plus partie de la réponse humanitaire d'urgence et développementale pour les réfugiés maliens qui arrivent et s'installent dans la région du HEC ainsi que pour les populations qui les accueillent. L'objectif est d'apporter une aide vitale aux populations déplacées vulnérables et aux communautés hôtes, par le biais d'une approche régionale.

Cet afflux aggrave la pression sur les services et les ressources naturelles dans une région où le taux de pauvreté multidimensionnelle est élevé (environ 78 %) et qui est particulièrement vulnérable aux chocs climatiques (UNDP, 2023). Ces personnes déplacées venues de diverses régions du Mali, se sont en effet ajoutées aux populations de cette région déjà confrontée à des défis au nombre desquels se trouvent : la raréfaction des ressources naturelles (eau, pâturages) pour le bétail, cumulé à la pauvreté, le faible taux d'éducation, les services de base limités et les chocs climatiques.

La plupart des zones où les réfugiés s'installent dans le Hodh El Chargui (HEC) se trouvent dans des zones reculées. 70% des populations déplacées sans abris adéquats se sont installées dans des espaces vides ; les infrastructures socio sanitaires sont inexistantes, entraînant la défécation à l'air libre et les exposant à des risques de maladies. De nombreuses sources d'eau déjà insuffisantes ne sont pas potables. La majorité des déplacés hors camp est confrontée à l'insécurité alimentaire. Plus de 50% des déplacés sont des éleveurs et la plupart se sont déplacés avec leurs cheptels, ce qui a augmenté la pression sur les ressources naturelles, en particulier l'eau et les pâturages (FICR, 2024). Tous ces éléments représentent, en plus des risques sur la santé physique, des facteurs de risques importants de dégradation de la santé mentale et du bien-être psychosocial de l'ensemble des personnes concernées par ces mouvements de population.

La santé mentale « correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté » (OMS, 2022c).

« Pour les migrants, l'état de bien-être qui caractérise une bonne santé mentale est remis en cause par des facteurs inhérents à la définition même de santé mentale et aux circonstances de certains parcours migratoires. Cela est particulièrement vrai lorsque des individus et des groupes sont contraints à migrer en raison de guerres, conflits, persécutions, catastrophes naturelles et famines, comme c'est le cas de personnes déplacées dans le cadre de situations d'urgence » (Schinina, 2019).

Ainsi, les réfugiés maliens en Mauritanie sont particulièrement susceptibles d'être affectés sur le plan de leur santé mentale. En effet, comme le souligne l'UNHCR, « les personnes, familles et communautés déplacées sont exposées à un stress psychologique et social important. Ces personnes peuvent avoir traversé de nombreuses épreuves et

---

<sup>2</sup> L'enregistrement des réfugiés à l'UNHCR consiste à formaliser leur statut en tant que personnes ayant fui leur pays d'origine en raison de persécutions, de conflits armés ou de violations des droits humains, leur permettant ainsi d'accéder à une protection internationale et à des services d'assistance.

subi des atrocités avant ou pendant leur déplacement. Une fois en lieu sûr, elles peuvent également endurer le stress et les difficultés liés à leurs conditions de vie, s'inquiéter pour leurs proches restés sur place et redouter l'avenir ». (UNHCR, 2024a)

La situation des réfugiés maliens arrivant en Mauritanie après avoir fui les violences dans leur pays, la peur pour soi et pour ses proches, les conditions d'arrivée et d'installation difficiles sont autant de facteurs pouvant altérer leur santé mentale, et aussi peser sur le bien-être psychosocial des communautés qui les accueillent. Pourtant, dans la région du HEC, le soutien psychosocial et la santé mentale ne sont pas systématiquement pris en considération. Les acteurs institutionnels et humanitaires ne disposent que de très peu d'informations et de données sur les besoins psychosociaux des communautés affectées. Les structures étatiques de la région ne permettent pas de rendre visibles ces besoins, et encore moins d'y répondre, par manque de moyens humains et financiers notamment. Pourtant, l'ensemble des acteurs s'accorde sur le fait que l'accès à des services de soutien psychosocial et en santé mentale est une nécessité absolue et correspond à un besoin prioritaire pour les communautés. En effet, lors de diverses évaluations réalisées par les acteurs des différents secteurs, les réfugiés ont partagé leurs difficultés à surmonter les événements vécus, à faire face à leurs nouvelles conditions de vie et à retrouver un sentiment de paix et de sérénité<sup>3</sup>. Cela a un impact important sur leur bien-être et se manifeste essentiellement à travers l'isolement social, des troubles physiologiques (troubles du sommeil -cauchemars, insomnie- ou de l'alimentation), l'anxiété, la psychose, la dépression, le sentiment d'insécurité lié aux événements vécus et le stress intense lié au manque de ressources et d'opportunités. Ces signes s'estompent souvent dans les semaines suivant leur arrivée, notamment grâce à l'accueil des communautés hôtes, mais une proportion non négligeable d'hommes, de femmes, de jeunes et d'enfants ont besoin d'un soutien spécifique et durable.

Si les réfugiés du camp ont accès à divers services psychosociaux allant de l'accès à des services de base à une prise en charge psychologique/psychiatrique individualisée, la thématique reste peu considérée ou comprise. Par ailleurs, dans la zone concernée, il existe une dissociation entre les services de support en santé mentale, portés par des acteurs intervenants dans le secteur de la santé (souvent médical), et le soutien psychosocial, généralement piloté par des acteurs de la protection. La collaboration entre les deux secteurs est limitée.

La présente étude s'inscrit dans la volonté conjointe de l'UNHCR et de Terre des hommes – Lausanne de contribuer à l'amélioration de la prise en compte de la santé mentale et du soutien psychosocial dans la région du Hodh El Chargui, en complémentarité avec les autres acteurs institutionnels et humanitaires. Elle vise à évaluer les enjeux relatifs à la santé mentale et au bien-être psychosocial des réfugiés maliens dans et hors du camp, ainsi que des populations hôtes les accueillant.



<sup>3</sup> Cet aspect est mentionné par exemple dans l'évaluation rapide multisectorielle des besoins de personnes déplacées dans la Région du Hodh El Chargui en Mauritanie, réalisée en avril 2024 par le Croissant Rouge Mauritanien

# 1 CADRE CONTEXTUEL ET THÉORIQUE

## 1.1 Contexte de l'étude : mouvements de population dans le HEC

La Mauritanie, situé en Afrique de l'Ouest, est un pays principalement désertique, avec seulement 0,5% de terres arables. L'économie mauritanienne repose principalement sur l'agriculture, l'élevage, la pêche et l'exploitation des ressources naturelles. Malgré ces richesses, la Mauritanie reste l'un des pays les plus pauvres du monde, avec plus de 31% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (Banque Mondiale, 2019).

La croissance économique est souvent freinée par l'instabilité politique, la corruption, et les défis environnementaux comme la désertification et les sécheresses fréquentes. La pauvreté en Mauritanie est multifactorielle et touche particulièrement les zones rurales.

### 1.1.1 Les mouvements de population depuis le Mali vers le HEC

Les passages de frontières entre le Mali et la Mauritanie sont divers, fréquents et historiques. Les ethnies Tamasheq au Mali et arabes maures en Mauritanie, entretiennent quelques similarités. Au fil des crises sécuritaires, certains réfugiés maliens (Tamasheq) ne sont pas retournés au Mali, ce qui contribue à maintenir les liens et mouvements de personnes, de part d'autre de la frontière. En effet, les éleveurs mauritaniens amenaient paître leurs troupeaux au Mali quand la sécheresse était trop importante en Mauritanie, et inversement, les Maliens venaient en Mauritanie quand les pâturages y étaient plus propices pour leur bétail.

La population dans le Hodh ech chargui est en grande majorité Maure et relativement homogène. Néanmoins, Maliens et Mauritaniens s'y côtoient appartenant à plusieurs ethnies dont certaines sont minoritaires dans la zone, notamment les Soninkés, Peuls, et Songhais ; chacune ayant ses propres pratiques culturelles et traditions. Ainsi, les langues parlées incluent l'Arabe, le Soninké, le Peul et le Bambara, et nombreux sont ceux qui parlent au moins 2 de ces langues, facilitant ainsi les interactions entre les communautés de cette région.

Mais depuis plusieurs décennies, les mouvements ont souvent été liés aux violences nées des revendications d'autonomie des Touaregs vivant dans le nord de Bamako. En juin 1990, un groupe armé touareg, le Mouvement populaire de l'Azawad (MPA), attaque des garnisons militaires à Ménaka et Gao. Ces violences, accompagnées de la forte répression du gouvernement malien, ont entraîné le déplacement de plusieurs dizaines de milliers de personnes vers les pays voisins.

Dans un ouvrage de 1993, (Claudot-Hawad, 1993), Philippe Baqué a écrit un chapitre décrivant les difficiles conditions des réfugiés Touaregs dans les camps de réfugiés mis en place en Mauritanie. Il écrit notamment que « les fugitifs atteignaient après des journées de marche le territoire mauritanien où les attendaient des conditions de vie très difficiles. Sur les 20 000 premiers réfugiés, 10 % moururent, principalement les enfants, victimes de malnutrition et d'une épidémie de rougeole » (Baqué, 1993).

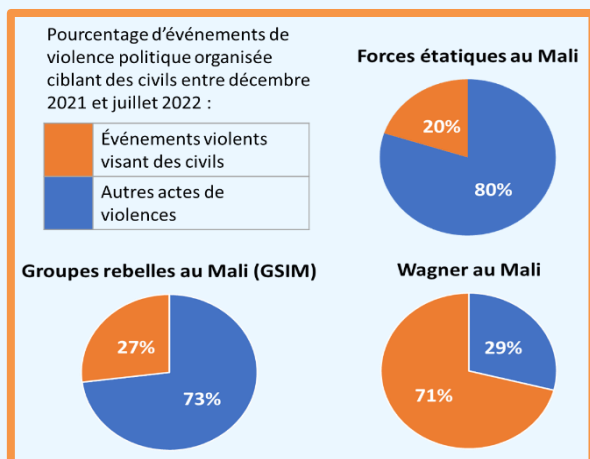
À partir de 1996, avec la paix retrouvée, les réfugiés retournent au Mali. Dans un compte rendu de visite au Mali de 1997 à destination du Sénat français, le groupe sénatorial France-Afrique de l'Ouest écrivait « L'évolution positive de la situation dans les régions septentrionales a déjà permis le retour de plus de 73 000 des 120 000 touaregs et maures réfugiés en Mauritanie, en Algérie et au Burkina. Le Haut Commissariat pour les Réfugiés envisage pour la fin de l'année 1997 le rapatriement de l'ensemble des réfugiés, la fermeture des camps et la suppression des programmes de soins et d'entretien » (Groupe Sénatorial, 1997).



Figure 1 : Chronologie des événements dans le nord Mali

La situation s'est alors stabilisée, jusqu'à la rébellion de 2006, où quelques milliers de maliens traversent à nouveau la frontière. Mais en 2012, avec la montée en puissance des groupes djihadistes qui s'allient, un coup d'État est organisé par les militaires en mars, accusant le président d'incompétence face aux rebelles. Dans le nord, les groupes islamiques imposent la charia. Ce contexte aggravé par l'instabilité du gouvernement a causé l'afflux massif de réfugiés dans les pays frontaliers. « Nous comptons désormais 257 000 réfugiés originaires du Mali qui sont exposés à de profondes souffrances et à de nombreuses privations », a alors déclaré António Guterres au camp de Damba au Burkina Faso, où étaient accueillis environ 1 200 réfugiés maliens. « Ils ont dû franchir les frontières de pays très pauvres soumis eux-mêmes à des problèmes dramatiques dans le domaine de la sécurité alimentaire : le Niger, la Mauritanie et le Burkina Faso » (UNHCR, 2012).

Dans un communiqué de presse d'avril 2012, MSF témoignait: « Depuis la fin janvier, près de 57 000 Maliens ont rejoint le camp de réfugiés de Mbéra en territoire Mauritanien. Le nombre de réfugiés ne cesse d'augmenter et nous sommes passés de 200 à 1500 arrivées par jour depuis le 5 avril ».



Graphique 1 : Événements de violence politique ciblant des civils

des civils commises par le groupe Wagner en comparaison avec les autres groupes actifs dans le nord du Mali.

En 2021, la France annonce le retrait progressif de ses troupes dans le cadre de l'opération Barkhane, ce qui crée un vide sécuritaire partiellement comblé par les forces armées Maliennes et les supplétifs du groupe Wagner (aujourd'hui désigné Africa Corps). L'emploi de nouvelles armes et la cruauté de cette force paramilitaire entraînent une escalade dans les conflits du nord et causé des milliers de morts et des centaines de milliers de déplacés.

Le 30 mars 2022, la commission des affaires étrangères du Parlement britannique ouvrait une enquête sur le recours à des sociétés militaires privées (SMP) par les États, qui dénonce les actions où des civils sont pris pour cibles représentant 52% des faits de violence politique commis par le groupe Wagner au Mali (ACLED, 2022). Le tableau ci-

contre illustre le pourcentage important de violences visant des civils commises par le groupe Wagner en comparaison avec les autres groupes actifs dans le nord du Mali.

Les violences commises contre des civils sont principalement relatées dans les témoignages des civils venus se réfugier en Mauritanie, décrivant des scènes d'horreur et la fuite qu'elles ont entraîné.

L'escalade des violences depuis plusieurs décennies, à laquelle s'ajoute le retrait de l'appui de la MINUSMA finalisé le 31 décembre 2023, rend difficile une perspective de retour au Mali pour le moment. En 2023, le nombre de réfugiés en Mauritanie a pratiquement doublé et une situation d'urgence a été déclarée du 4 février 2024 au 4 août 2024.<sup>4</sup>

Ces différents éléments permettent de mettre en lumière le fait que la Mauritanie offre depuis longtemps refuge aux maliens fuyant les conflits. Appartenant souvent à la même ethnie, ces réfugiés affirment se considérer de la même famille ce qui leur facilite l'intégration.

<sup>4</sup> Les réfugiés maliens venu en 2012 dans le camp de Mbera y sont restés sans être retournés dans leur pays. On voit au-delà de la Mauritanie que les réfugiés s'installent souvent dans les pays d'accueil pour plusieurs dizaines d'années.

### 1.1.2 Situation actuelle des réfugiés dans le HEC

Le Hodh El Chargui est une vaste région (la plus grande de Mauritanie, avec 182.700 km<sup>2</sup>), située à l'extrémité orientale et bordant le Mali. Son chef-lieu est la ville de Néma. Le dernier recensement, de 2024, comptait 625 643 habitants. Ils sont répartis de manière peu équilibrée, avec 25% de la population vivant dans des villages de moins de 150 habitants, 31% dans des localités de plus de 500 habitants, et 60% de la population concentrée dans les 4 *Moughataa*<sup>5</sup> du sud est : Nema, Amourj, Adel Bagrou et Bassiknou (Alliance Sahel, 2021).

Essentiellement désertique, la zone est peu peuplée et repose principalement sur l'élevage et le commerce avec le Mali. Le taux de pauvreté monétaire<sup>6</sup> a baissé, passant de 58% en 2008 à 28% en 2014 et à 24,5% en 2019, mais la pauvreté multidimensionnelle reste élevée avec un taux de 77,8% (UNDP, 2023).

L'élevage, notamment des dromadaires, des bovins, des ovins et des caprins, est l'activité économique principale. Les grands troupeaux se déplacent selon les saisons à la recherche de pâturages, et ce mode de vie transhumant est crucial pour la survie des populations locales. Mais depuis l'augmentation des violences au Mali, il n'est plus possible pour les éleveurs mauritaniens de transhumant avec leurs troupeaux, de l'autre côté de la frontière, et ils doivent partager des ressources déjà insuffisantes avec les réfugiés maliens venus avec leurs bêtes. Les conséquences sont importantes sur l'élevage avec de nombreuses pertes de bétails. Un constat relayé par le rapport des Nations Unies en Mauritanie qui relève que : « la frontière poreuse entre la Mauritanie et le Mali est régulièrement empruntée par des éleveurs pastoraux qui possèdent de grands troupeaux. Les tensions séculaires liées à l'accès limité à l'eau, aux aliments bétail et aux terres arables entre les éleveurs pastoraux et les communautés plus sédentaires se sont intensifiées dans le Hodh el Chargui ces dernières années du fait de la réduction des ressources induite par le changement climatique », (UNDP, 2023).

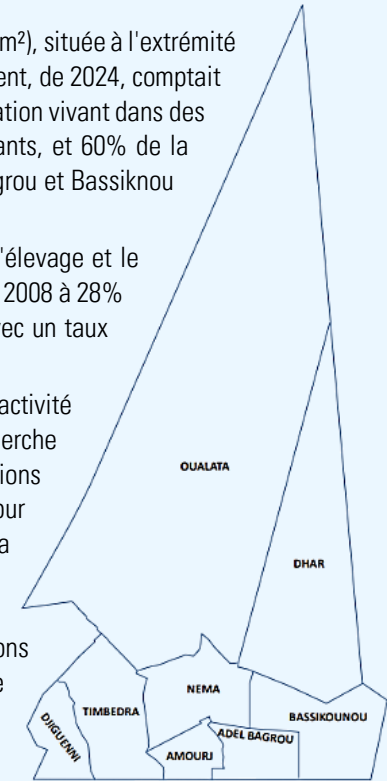


Figure 2 : Découpage administratif du HEC

Les réfugiés semblent reconnaissants vis-à-vis des mauritaniens de l'accueil qu'ils leur offrent et de la protection qui y est associée, et les mauritaniens mettent en avant leur appartenance ethnique commune. Cependant, la situation actuelle, avec le décès de nombreuses bêtes et le manque de ressources pour tous, augmente les tensions entre les deux groupes.

Il est également noté que de nombreux Mauritaniens sont arrivés du Mali dans les *Moughataa* de Bassiknou et Adel Bagrou : l'OIM a estimé la population retournée à 31 692 individus au 30 juin 2024 dans la *Moughataa* de Bassiknou (OIM, 2024). Le cheptel de ces retournés est évalué à 54% par rapport à celui de la communauté hôte. Les transhumants mauritaniens sont des éleveurs qui traversent régulièrement la frontière pour faire paître leur troupeau sur le territoire malien. Toutefois, ils résident en Mauritanie et y ont leurs attaches familiales. À l'inverse, certains transhumants maliens réfugiés en Mauritanie peuvent être comptabilisés comme réfugiés, bien qu'ils poursuivent des mouvements cycliques entre les deux pays pour les raisons pastorales sus-évoquées. Ainsi, ces transhumants (mauritaniens ou maliens) se recoupent partiellement, rendant parfois floue la lecture statistique et opérationnelle des statuts. Selon l'OIM, les transhumants sont davantage confrontés aux problématiques des populations hôtes (OIM, 2024).

A l'instar des autres Wilaya, la surexploitation des ressources naturelles du HEC, due au surpâturage et à une baisse drastique du niveau des précipitations au cours de ces dernières décennies, a conduit à un phénomène de désertification. Or ce défi climatique est cumulé à un accroissement rapide de la population (qui dépend principalement de l'environnement pour ses besoins énergétiques et de nourriture) par rapport aux capacités d'adaptation des systèmes de production, (UNDP, 2023).

Tous ces éléments considérés isolément ou en interactions, sont autant de facteurs pouvant générer ou exacerber la détresse psychosociale, chez les personnes de la zone du HEC. Cadre théorique : santé mentale et bien-être psychosocial

<sup>5</sup> Une **moughataa** est une subdivision administrative au niveau local en Mauritanie, correspondant à une commune ou un district, tandis qu'une **wilaya** est une circonscription administrative plus large, correspondant à une région ou un département.

<sup>6</sup> La pauvreté monétaire est l'insuffisance de revenu pour satisfaire les besoins essentiels, mesurée par un seuil de pauvreté défini en fonction du revenu par personne ou par ménage (2,15 USD par jour). La pauvreté multidimensionnelle va au-delà du revenu et prend en compte les facteurs de bien-être des individus, (accès à l'éducation à la santé, les conditions de vie).

### 1.1.3 Définitions de la santé mentale et du bien-être psychosocial

Le cadre théorique dans lequel s'inscrit cette étude correspond à l'approche de l'OMS de la santé mentale, à savoir un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socio-économique » (OMS, s. d.).

Dans son rapport mondial sur la santé mentale, l'OMS rappelle que « la santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être en général et constitue un droit humain fondamental. Jouir de sa santé mentale, c'est être capable de créer des liens, d'agir, d'être autonome et de s'épanouir. La santé mentale couvre un continuum complexe, qui va d'un état optimal de bien-être à des états invalidants très douloureux, notamment sur le plan émotionnel » (OMS, 2022a).

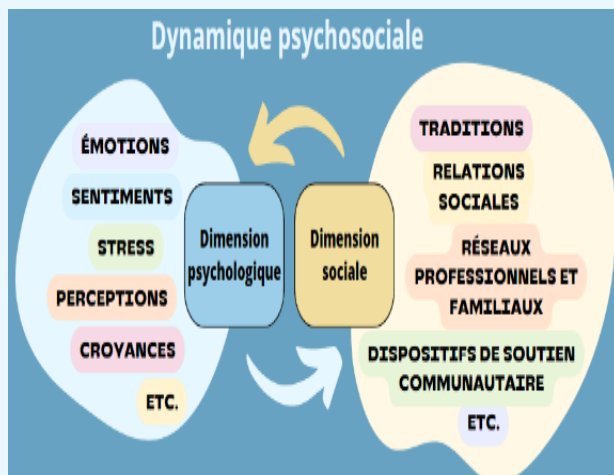


Figure 3 : Interconnexion des dimensions psychologiques et sociales

Le terme « psychosocial », fait référence à la « relation dynamique entre les facettes psychologique et sociale d'une personne, qui s'influencent mutuellement. La facette psychologique comprend les processus, sentiments et réactions émotionnels et rationnels. La facette sociale inclut les relations, la famille, les réseaux communautaires, les valeurs sociales et les pratiques culturelles » (IASC, 2007).

Ainsi, cette dynamique entre l'individu et la société évolue, chacun influençant l'autre positivement (inclusion, productivité, sentiment d'efficacité, etc.) ou négativement (rejet ou exclusion, image de soi détériorée, etc.).

L'approche psychosociale vise donc à maintenir ou rétablir le bien-être psychosocial. Hobfoll a identifié 5 aspects essentiels au bien-être psychosocial : l'espoir, l'apaisement, le sentiment d'efficacité individuelle et collective, les connections sociales et la sécurité (Hobfoll et al., 2009). Les interventions psychosociales s'appuient souvent sur ces 5 éléments pour les renforcer ou les restaurer, notamment après un traumatisme où l'un ou plusieurs peuvent avoir été fortement altérés.

En alignement avec les définitions ci-dessus, l'approche SMSPS de Tdh met l'accent sur :

- ➔ Une **compréhension holistique de la santé mentale et du bien-être psychosocial**, incluant les dimensions physiques, émotionnelles, sociales, politiques, économiques, culturelles et spirituelles). Cette compréhension ne fait pas de distinction entre la santé mentale et le soutien psychosocial et considère qu'il s'agit d'un continuum de soins et de services.
- ➔ La **résilience psychosociale**, considérée comme la conséquence d'un ensemble dynamique de capacités qu'un enfant, une famille ou une communauté possède, et de circonstances dans lesquelles ils se trouvent, qui peuvent être activées et améliorées en renforçant les facteurs de protection externes qui les entourent dans leur environnement, ainsi qu'en développant davantage leurs ressources et leurs forces internes.
- ➔ Une **prise en charge communautaire**, basée sur la compréhension que les communautés peuvent être le moteur de leur propre prise en charge et du changement et devraient être impliquées de manière significative dans toutes les étapes des réponses SMSPS.

Cette perception permet une prise en compte globale, plus orientée sur les enfants et les jeunes tout en tenant compte des familles et communautés, dont le bien-être contribue à celui des plus jeunes. Elle s'assure également de s'adapter aux besoins différenciés des garçons et des filles pour répondre efficacement et de manière équitable tout en réduisant les inégalités (Tdh-L, 2021).

### 1.1.4 Interventions en santé mentale et soutien psychosocial

Les interventions proposées en SMSP combinent souvent la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS), afin d'assurer un continuum de soin et l'accès à des services adaptés aux besoins différenciés des personnes. Les interventions peuvent être orientées plutôt sur la prévention du développement ou de l'aggravation de troubles psychosociaux ou de la santé mentale, ou sur la prise en charge de problématiques psychologiques modérées voire graves. Il ne s'agit pas nécessairement pour une organisation d'assurer la réponse à l'ensemble des besoins, mais plutôt de travailler de manière coordonnée avec l'ensemble des acteurs présents pour s'assurer que tous les besoins sont couverts.

L'expression composite « santé mentale et soutien psychosocial » décrit tout type d'aide locale ou extérieure visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial, et à prévenir ou traiter les troubles mentaux. La SMSP se fonde sur une approche multisectorielle impliquant des partenaires dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection.

Dans ses directives de 2007, le Comité Permanent Inter organisations (CPI) indiquait que « dans les situations d'urgence, les personnes sont affectées de différentes manières et nécessitent différents dispositifs de soutien. Une des clés pour l'organisation du soutien psychosocial et en santé mentale, est de mettre en place un système à étage de dispositifs de soutien complémentaires qui répondent aux besoins des différents groupes. Ce système peut être représenté par une pyramide des interventions. Tous les étages de la pyramide sont importants et devraient en principe être mis en œuvre simultanément » (IASC, 2007)

Cette pyramide peut donc servir de référence adaptée aux interventions actuelles et futures dans le HEC, prenant en considération l'ensemble des besoins à couvrir, l'importance des aspects relatifs à la protection, et la nécessaire collaboration entre acteurs pour répondre aux enjeux liés à chaque niveau de la pyramide, notamment les aspects relatifs aux ressources humaines (disponibilité et compétences).

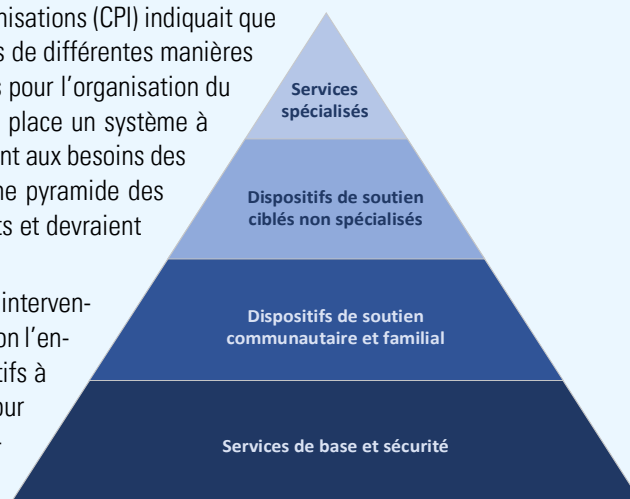


Figure 4 : Pyramide des interventions psychosociales du IASC

Cette approche correspond aux recommandations de l'UNHCR, selon lequel relever les enjeux liés à la SMSPS requiert :

- ➔ Des interventions d'urgence sûres, dignes, participatives, gérées par les communautés et socialement et culturellement acceptables ;
- ➔ D'autonomiser les personnes pour qu'elles puissent veiller à leur propre bien-être et à celui des membres de leur famille et de leur communauté ;
- ➔ De garantir l'accès des personnes atteintes de troubles mentaux à des soins adaptés ;
- ➔ De s'assurer 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. (UNHCR, 2024a)

Dans son guide opérationnel SMSPS, Tdh-L souligne aussi l'importance d'éviter la séparation entre le haut de la pyramide (santé mentale) et le bas (soutien psychosocial) dans la programmation. L'organisation souligne le nécessaire continuum de services de SMSP à travers les 4 niveaux de la Pyramide du IASC et reconnaît les capacités techniques requises du personnel et des travailleurs communautaires pour fournir tous les niveaux de services (Tdh-L, 2021).

### 1.1.5 SMSP et mouvements de population

L'escalade du conflit armé au Sahel par des groupes armés non étatiques a entraîné le déplacement forcé de plus de 2,6 millions de personnes en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale (UNHCR, 2023). Le nombre de réfugiés relevant du HCR dans le monde entier a augmenté de 35 %, atteignant 34,6 millions à la fin de 2022, contre 25,7 millions l'année précédente. Ces données montrent l'ampleur et la croissance de la problématique de déplacements forcés à travers le monde. Les violences et incertitudes liés aux vécus, à la fuite et à l'installation dans les communautés hôtes représentent autant de facteurs de stress pouvant entraîner des troubles de la santé mentale et du bien-être psychosocial.

Les personnes, familles et communautés déplacées, y compris les enfants et les jeunes, sont exposées à un stress psychologique et social important. Les personnes peuvent avoir traversé de nombreuses épreuves et subi des événements potentiellement traumatiques, avant ou pendant leur déplacement. Une fois en lieu sûr, elles peuvent également endurer le stress et les difficultés liés à leurs conditions de vie, s'inquiéter pour leurs proches restés sur place et redouter l'avenir. Cette situation est donc susceptible d'entraîner une augmentation des troubles de la santé mentale et des problèmes psychosociaux (UNHCR, 2024a).

Selon l'OMS, la quasi-totalité des personnes qui ont vécu une situation d'urgence souffriront de troubles psychiques qui, dans la plupart des cas, s'estomperont avec le temps. L'organisation précise qu'une personne sur cinq (22%) ayant connu la guerre ou une autre situation de conflit il y a 10 ans ou moins souffrira de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, de troubles bipolaires ou de schizophrénie (OMS, 2022b). Le développement de ce genre de troubles est aggravé par le manque d'accès aux services de santé mentale ou se heurtent à des obstacles pour en bénéficier. Ils sont également pénalisés par des perturbations dans la continuité des soins (Charlson et al., 2019).

La réduction des risques à court et long terme et de leurs conséquences sur la santé mentale et le bien-être des personnes, des familles et des communautés, fait partie intégrante du mandat de protection du HCR. C'est pourquoi la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) devraient être un élément permanent de la réponse humanitaire du HCR à la situation des réfugiés (UNHCR, 2013). « Pour les migrants, l'état de bien-être qui caractérise une bonne santé mentale est remis en cause par des facteurs inhérents à la définition même de santé mentale et aux circonstances de certains parcours migratoires » (Schinina, 2019). Cela est particulièrement vrai lorsque des individus et des groupes sont contraints à fuir en raison de guerres, conflits, persécutions, catastrophes naturelles et famines.

Comme le décrit l'UNHCR, la santé mentale et le bien-être psychologique sont étroitement associés à la protection, notamment dans un contexte humanitaire :

- ➔ Les pertes et le niveau élevé de stress ressenti par les personnes concernées pendant les situations d'urgence humanitaires causent de la douleur, de la peur, de l'anxiété, de la culpabilité, de la honte et du désespoir, ce qui entrave leur capacité d'adaptation. Le stress peut provoquer des problèmes de santé et accroître la violence communautaire et interpersonnelle, notamment la violence dans les relations intimes.
- ➔ Les situations d'urgence humanitaires augmentent le risque de développer des troubles mentaux, y compris la dépression, le trouble de stress post-traumatique ainsi que l'abus d'alcool et d'autres drogues, ce qui affaiblit leur capacité à se défendre et à protéger ceux qui dépendent d'elles ;
- ➔ Un niveau élevé de stress sur de longues périodes est néfaste pour le développement de l'enfant, et particulièrement les plus jeunes d'entre eux. Une exposition prolongée au stress augmente le risque d'apparition ou d'aggravation de troubles mentaux ou physiques, et de difficultés affectives, relationnelles, cognitives et sociales ;
- ➔ Pendant les situations d'urgence, les personnes souffrant de troubles mentaux graves ou de déficiences intellectuelles courent un risque accru si elles subissent la négligence, l'abandon, l'itinérance, de l'abus sexuel ou domestique, la stigmatisation sociale ou si elles sont exclues de l'aide humanitaire, de l'éducation, des opportunités de subsistance, des soins de santé, d'une nationalité ou tout autre service ;
- ➔ Les proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent subir un stress cumulatif, en lien avec l'isolement, la charge de travail, la charge émotionnelle, les contraintes financières ou autres, suscitées par le cas ;
- ➔ Dans les milieux urbains et les zones de déplacement, les personnes aux prises avec des problématiques de SMSPS sont plus à risque, car les communautés dans lesquelles elles vivent sont souvent moins soudées et il est probable que les mécanismes de protection communautaire soient moins forts (UNHCR, 2019).

Il est donc essentiel de promouvoir en parallèle les actions de protections et celles en lien avec la santé mentale et le bien-être psychosocial. Dans son « *emergency handbook* » (UNHCR, 2019), le HCR précise qu'il est nécessaire d'adopter une approche SMSPS (fournir de l'aide humanitaire qui appuie la santé mentale et le bien-être psychologique) et intégrer des interventions SMSPS, ce qui signifie mettre l'accent sur les activités qui ont comme premier objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychologique.

## 2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Objectifs et portée de l'évaluation

Au regard de la situation au Mali et en Mauritanie et des conséquences de ces contextes sur la qualité de vie des réfugiés tout aussi bien que des communautés hôtes, les besoins en santé mentale et soutien psychosocial semblent évidents. Pourtant, peu d'études ont permis de mettre en lumière de manière précise la nature de ces besoins, ainsi que les ressources nécessaires pour limiter la dégradation de la santé mentale des populations affectées.

Au plan institutionnel, la thématique de la SMSPS, bien que portée de manière croissante par les institutions mauritaniennes, reste à renforcer. En matière de formation académique, il n'y a pas de cursus en psychologie ou en psychiatrie en Mauritanie. Seuls les mauritaniens formés à l'étranger peuvent ainsi acquérir ces diplômes. Peu nombreux, le pays compte seulement 08 psychiatres dont la quasi-totalité exerce à Nouakchott au détriment des autres régions du pays ; et 02 psychologues. Cette disparité de la distribution des faibles ressources disponibles, contribue à aggraver les lacunes de la réponse en SMSPS dans le Hodh El Chargui.

L'étude faisant l'objet de ce rapport s'inscrit dans le cadre de projets (Tawafoug et Al Afiya), visant à proposer des interventions adaptées aux besoins différenciés des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes, réfugiés ou membres de la communauté hôte, de manière complémentaire entre acteurs humanitaires, traditionnels et institutionnels.

Les données collectées, compilées et analysées dans le cadre de cette étude permettent de mieux identifier les problématiques en santé mentale et le bien-être psychosocial, en relevant notamment, les facteurs de risque ou d'aggravation, les signes et manifestations les plus courants, ainsi que les barrières d'accès aux services de SMSPS. Dans la même veine, l'étude relève aussi les ressources disponibles, accessibles et sollicitées, chez les personnes affectées par les mouvements de population dans le HEC.

### 2.2 Approche de l'évaluation

Afin de collecter des données à la fois quantitatives et qualitatives, la méthodologie d'enquête a combiné plusieurs approches : entretiens avec des informateurs clés (Key Informant Interview ou KII), discussions de groupes, questionnaires. En plus de ces méthodes, quelques personnes ont été sollicitées pour raconter leur vécu de manière plus individuelle. Ces échanges se sont généralement tenus à la suite de groupes de discussions, avec des personnes volontaires. 6 réfugiés ont ainsi raconté leur départ depuis le Mali, leur voyage, leur arrivée et leur installation en Mauritanie. Cet éclairage a été pertinent pour mieux comprendre les discours collectés par les autres biais.

La phase de collecte a permis de rencontrer des interlocuteurs dans divers lieux et d'assurer toutes les étapes nécessaires à la collecte auprès des populations ciblées, dans et hors du camp.



Figure 5 : Étapes phares de l'évaluation

### 2.2.1 Ciblage de la zone

La carte suivante montre la répartition de la population dans les communes de Bassikounou, de Fassala et de Meghve, communes qui ont été ciblées pour collecter les données de l'étude du fait de leur représentativité concernant les problématiques liées aux mouvements de population :

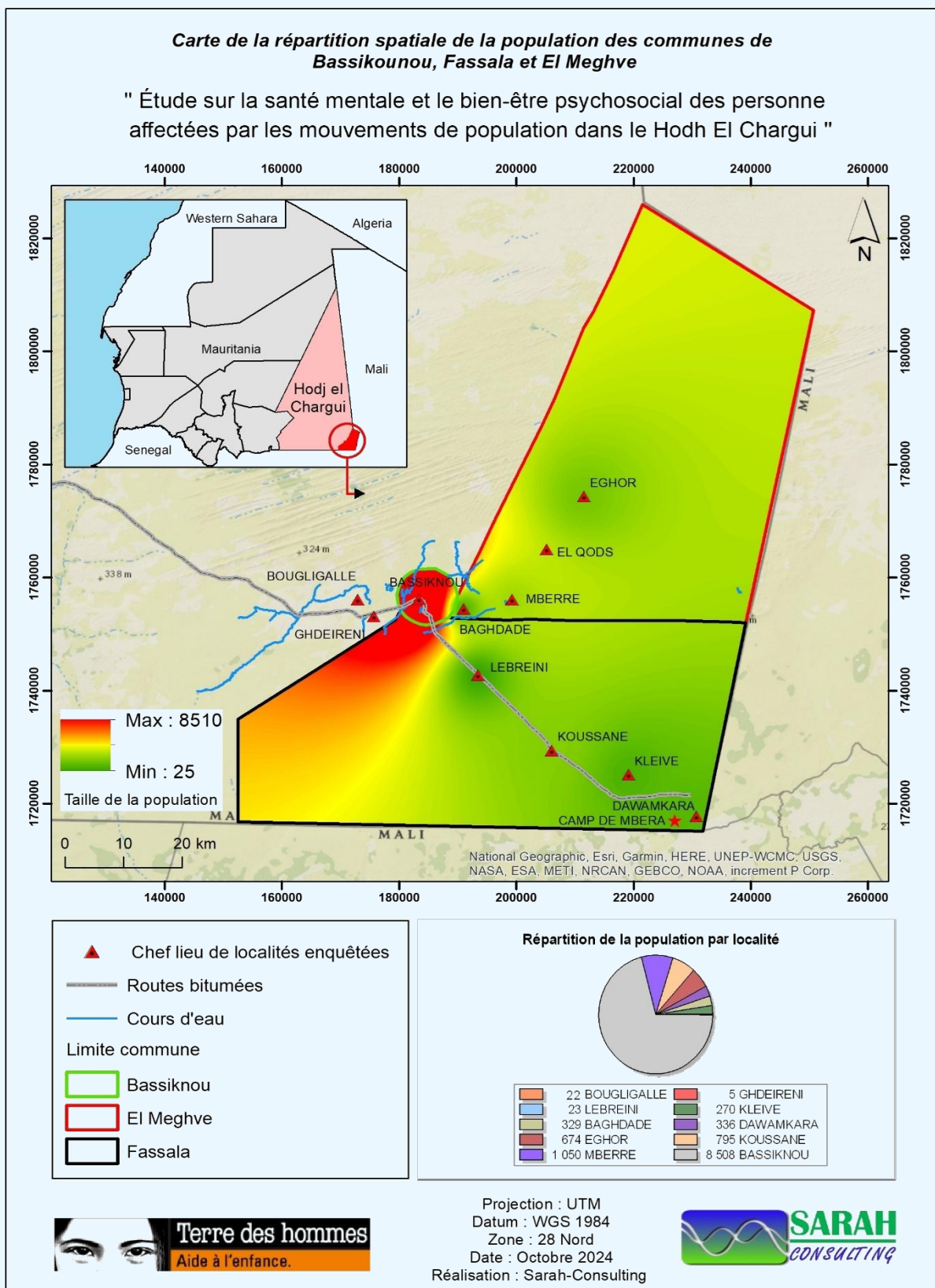


Figure 6 : Répartition de la population des communes de Bassikounou, Fassala et Megve

La collecte des données a été planifiée en s'appuyant sur l'expérience de Sarah Consulting et l'expertise locale de l'UNHCR, déjà présente à Bassikounou. L'UNHCR a fourni des orientations essentielles, permettant de cibler efficacement les zones géographiques pertinentes, ce qui a grandement contribué à optimiser la mission sur le terrain. Les zones de collecte ont été sélectionnées en tenant compte de la diversité linguistique et des spécificités locales, pour garantir la réussite de l'étude. La collecte de données s'est déroulée sur 6 jours, du 22 au 28 septembre 2024. Des données additionnelles ont été collectées à travers des groupes de discussions organisés le 16 décembre. Les données ont été collectées en utilisant les terminologies "urbain" et "rural" pour refléter la diversité des contextes rencontrés sur le terrain. En dehors du camp, certains réfugiés vivent dans des environnements urbains, notamment dans des communes, tandis que d'autres se trouvent dans des villages reculés, considérés comme des zones rurales. Cette classification a permis d'adapter la collecte aux réalités géographiques et socio-économiques des lieux enquêtés. Les répondants étaient issus des zones suivantes :



Figure 7 : Zones de l'étude

Les répondants des discussions de groupes étaient issus de zones ciblées par les questionnaires pour éviter les biais. En effet, ces discussions de groupes ayant pour principal objectif de préciser les éléments collectés par le biais des questionnaires, il était important que les participants soient confrontés aux mêmes réalités. La sélection des participants s'est faite avec les représentants communautaires (chef de village, représentant des réfugiés ou gestionnaire du camp). Des autorisations parentales ont été signées lorsque les participants étaient mineurs.

### 2.2.2. Questions de recherche

Afin de rassembler les informations nécessaires à l'analyse de la situation, les thématiques suivantes ont été prises en considération dans l'élaboration des outils de collecte, qu'il s'agisse du questionnaire ou des grilles d'entretiens avec les informateurs clés, ou encore les orientations pour les discussions en groupe.

Tableau 1 : Questions posées aux informateurs clés

QUESTIONS DE RECHERCHE	ÉLÉMENTS COLLECTÉS POUR APPORTER DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSES
<b>Contexte relatif à la santé mentale et au soutien psychosocial en Mauritanie</b>	
Existe-t-il une politique dans le domaine de la santé mentale et le soutien psychosocial en Mauritanie ?	Les entretiens avec les informateurs clés au niveau gouvernemental (central et périphérique) ont permis de mieux apprécier les engagements actuels et futurs en termes de SMSP ainsi que les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs, et de mettre en évidence les manques importants dans ces domaines à différents niveaux (formation, répartition géographique, ressources humaines, etc.).
Quelles sont les perspectives au niveau national en matière de santé mentale et soutien psychosocial ?	
Quelle est sa déclinaison au niveau régional ?	
Quelles sont les principaux défis identifiés pour apporter une réponse adéquate et les actions à entreprendre en priorité ?	

## Identifier les principaux facteurs de risques d'altération de la santé mentale et du bien-être psychosocial chez les personnes concernées et affectées par les mouvements de population dans le HEC

Quels sont les facteurs de stress et les besoins spécifiques des enfants et jeunes en mobilité (réfugiés, retournés) et de leurs familles ?

Quels sont les potentiels traumatismes vécus par les différentes populations ciblées ?

Quels sont les groupes les plus affectés ou à risque face à la détresse psychosociale et les troubles mentaux ?

Les questionnaires ciblés et les groupes de discussions ont fourni des éléments intéressants pour mieux identifier ce que sont les besoins perçus et la manière dont ces besoins se traduisent en détresse, en souffrance psychique chez de nombreuses personnes interrogées, hôtes comme réfugiés, hommes aussi bien que femmes, enfants et adultes.

## Comprendre quelle est la perception socio culturelle de la santé mentale et les recours traditionnels pour gérer les problématiques SMSP

Comment les enfants, les adultes, filles et garçons manifestent le bien-être ou la détresse psychosociale ?

Quelles sont les conceptions, représentations culturelles de la détresse psychosociale et des troubles mentaux pour la communauté ?

Comment les communautés de réfugiés, des retournées et hôtes définissent, identifient et traitent les personnes ayant des troubles mentaux ou psychosociaux ?

Quels sont les acteurs non formels qui jouent un rôle dans la prise en charge des personnes souffrant de détresse psychosociale et de la maladie mentale ?

Quels sont les modalités, stratégies ou mécanismes de soutien mis en place par les communautés pour aider les personnes en détresse psychologique et sociale ?

Quels sont les dispositifs de soutien communautaires et familiaux des populations hôtes et réfugiées permettant de préserver leur santé mentale et leur bien-être psychosocial ?

Comprendre les enjeux sociaux et culturels est essentiel à la fois pour identifier la détresse en connaissant mieux ses manifestations dans le contexte, et aussi pour proposer des réponses appropriées aux normes locales.

Ces aspects peuvent à la fois mettre en lumière les mécanismes communautaires efficaces et pertinents pour prévenir ou soulager la détresse psychique, et aussi pour faciliter la prise en charge au sein des communautés des personnes en détresse ou malades.

Les questionnaires et groupes de discussions, ainsi que certains échanges avec des informateurs clés ont permis d'apporter des éclairages sur ces aspects, à la fois sur les aspects bénéfiques que certains de ces recours peuvent avoir et, parfois, les risques et effets potentiellement néfastes d'autres ressources.

## Identifier les services disponibles pour répondre aux besoins en termes de santé mentale et de soutien psychosocial et identifier les freins et barrières pour y accéder.

Quels sont les activités/services SMSP disponibles ainsi que les gaps en termes de réponse (sur les niveaux 1 à 4 de la pyramide IASC) ?

Quels sont les acteurs formels qui jouent un rôle dans la prise en charge des personnes souffrant de détresse psychosociale et de la maladie mentale ? quelles sont leurs faiblesses et besoins pour mieux remplir ce rôle ?

Quels sont les mécanismes de référencement formels/informels et leurs limites ?

Quelles sont les barrières d'accès aux services pour les populations hôtes, déplacées et retournées ? Quelles sont les principales barrières auxquelles les enfants et jeunes en mobilité sont confrontés pour accéder aux services sociaux et aux services de santé mental et de bien-être psychosocial ?

Quelles sont les capacités et compétences des acteurs de première ligne (santé, éducation, sécurité...) et des acteurs communautaires en termes de prévention, d'orientation et de dispense d'activités de soutien psychosocial ? Quelles sont leurs limites en termes de capacités et aussi quels sont les risques psychosociaux de ces intervenants ?

Identifier les services existants et accessibles est un aspect primordial pour faciliter la coordination entre les intervenants et mieux cibler les nouvelles actions à mettre en œuvre pour assurer un accès optimal et adapté en termes de soutien psychosocial et de santé mentale.

Il s'agissait également d'identifier et comprendre les éventuelles barrières à l'accès à ces services afin de les prendre en considération dans les communications et modalités de mise en œuvre relatives à ces services.

Les échanges avec les représentants de certaines de ces structures, gouvernementales et ONG, ainsi que les échanges et questionnaires auprès des communautés hôtes et réfugiés, ont fourni de nombreux éléments pouvant aider à coordonner et orienter les services SMSP.

## 2.3 Conception des instruments de collecte

### ⇒ Questionnaires

Le questionnaire qui a été proposé à des personnes majeures correspondant aux profils ciblés dans le cadre de cette étude, a été composé de plusieurs sections répondant chacune à un aspect à explorer pour mieux comprendre les enjeux relatifs à la SMSP. Les sections visaient à répondre aux questions de recherche. Aussi plusieurs formes de questions ont été posées afin de couvrir les différents thèmes. Des questionnaires reconnus et validés ont été utilisés, et certaines questions spécifiques ont été élaborées pour préciser ou compléter les éléments collectés.

Tableau 2 : Présentation des outils de l'évaluation

Thématiques	Nom de l'outil utilisé	Détails	Ajustements effectués
<b>Besoins perçus</b>	Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs scale HESPER (OMS, 2014) Ajout de questions spécifiques aux violences		Les 26 questions de l'outil ont été posées telles que proposé. Afin de mieux cerner les besoins spécifiques aux éventuelles violences subies ou dont les personnes auraient été témoin, 4 questions ont été conçues et ajoutées ici.
<b>Représentations sur la SMSP</b>	Croyances en matière d'émotions (ABQ) Mental health knowledge schedule (MAKS),		Sélection de questions en ciblant celles qui semblaient les plus pertinentes dans le cadre de cette étude, et limitation des réponses en 2 options au lieu de 5.
<b>Evaluation de la détresse psychologique chez une population non psychiatrique</b>	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Permet d'évaluer l'anxiété et la dépression chez les populations non psychiatriques, en 14 items répartis en deux sous-échelles : 7 items pour la dépression et 7 items pour l'anxiété.	Les 14 questions ont été posées (7 sur l'anxiété et 7 sur la dépression). Seule la dernière question a été reformulée pour être plus adaptée au contexte. 10 questions supplémentaires ont été créées et posées aux personnes ayant des enfants à charge concernant l'état émotionnel des enfants.
<b>Evaluation des signes de détresse psychologique chez les réfugiés</b>	Refugee Health Screener-15 (RHS-15)	Evalue trois sous-dimensions : dépression, anxiété et stress post-traumatique	Les 14 questions proposées par l'outil ont été posées
<b>Barrières à l'accès aux services</b>	Questions conçues pour l'étude		10 questions élaborées pour identifier ce que peuvent être les principaux freins à l'accès à l'aide psychosociale et en santé mentale identifiés par les personnes interrogées.

Le questionnaire élaboré a été préparé en français, et lors de la formation des enquêteurs, chaque question a été discutée et travaillée dans les différentes langues parlées par les personnes ciblées par l'enquête et des mises en situations ont permis aux enquêteurs de tester la passation des questionnaires dans les différentes langues.

### ⇒ Grilles d'entretiens et de discussions de groupes

Les entretiens avec les informateurs clés et les groupes de discussions ont permis de collecter des informations plus détaillées sur les différentes questions d'évaluation. Ces outils ont ainsi offert un éclairage supplémentaire, et permis d'illustrer certains éléments collectés par les questionnaires pour apporter des précisions et une meilleure compréhension. Les entretiens et discussions de groupes ont été guidés par des questions en lien avec les questions d'évaluation. Les questions, les formulations, l'ordre ont varié selon la dynamique des échanges et le profil des répondants, mais les différents entretiens et échanges ont globalement permis d'aborder l'ensemble des thèmes déterminés pour cette étude.

Tableau 3 : Exemples de questions posées

Thématiques	Exemples de questions à l'attention des enfants	Exemples de questions à l'attention des adultes
<b>Représentations de la SMSPS et manifestations fréquentes</b>	Qu'est-ce que signifie pour vous le fait de ne pas avoir le moral, d'être tourmenté ?	Vous avez déjà entendu parler de santé mentale ? comment décririez-vous une personne en bonne santé mentale ? et au contraire quels signes indiquent se lon vous une santé mentale altérée ?
	Quand vous êtes dans ce genre de situation, comment cela se manifeste ? comment réagissez-vous ?	Avez-vous vous-mêmes souffert de problématiques de la santé mentale (dépression, anxiété ou autres) ou rencontré des personnes qui souffrez de tels troubles ?
	Et quand ce sont les adultes, comment ils réagissent ?	Quels sont les manifestations fréquentes de ce genre de troubles ? à quoi pouvez-vous reconnaître une personne en détresse psychologique ?
<b>Ressources (facteurs de protection) et barrières</b>	Si vous vous sentez triste ou avez peur, que faites-vous qui vous aide à aller mieux ?	Selon les différents troubles auxquels une personne est confrontée au niveau de sa santé mentale, que peut-elle faire ? ou son entourage, pour l'aider à se sentir mieux ? vers qui est-il possible de se tourner en cas de tels troubles ? et selon leur gravité ?
	Quelles sont les choses que font les garçons ou filles de ton âge dans la communauté pour se sentir heureux ? Quelles sortes de choses les garçons ou filles de cette communauté font-ils pour se défendre ?	Qu'est-ce qui peut empêcher une personne de se tourner vers une aide extérieure (membre de la famille, ami, professionnel, traditionnel ou religieux) ?

Les questions ont été adaptées selon les publics, selon le déroulement des échanges et aussi traduits pour être compris par les personnes interrogées le cas échéant. Les informateurs clés ont également été interrogés sur les ressources existantes, les services proposés, les perspectives et freins identifiés, notamment lorsqu'il s'agissait de représentants étatiques ou humanitaires.

## 2.4 Organisation opérationnelle

### 2.4.1. Sélection des enquêteurs

Pour cette étude, Sarah Consulting a utilisé sa base de données d'enquêteurs ayant déjà travaillé dans le Hodh el Chargui, y compris le camp de Mbera. 28 enquêteurs ont été présélectionnés du fait de leur connaissance approfondie du contexte local et de l'utilisation des outils de collecte, ce qui a constitué un atout majeur pour la collecte des données. Certains des enquêteurs étaient réfugiés maliens, d'autres mauritaniens. L'organisation des équipes a tenu compte de ces aspects pour faciliter l'approche adaptée des personnes interrogées. Deux équipes de 4 enquêteurs, composées uniquement de réfugiés expérimentés, ont travaillé dans le camp. Hors du camp, les équipes étaient mixtes, comprenant des réfugiés et des enquêteurs mauritaniens. Chaque groupe comptait au moins une femme, et l'un d'eux avait une femme comme cheffe d'équipe.

En effet, ces enquêteurs étaient familiers avec les particularités du camp de Mbera et des autres zones ciblées pour la collecte (communes de Bassikounou, Fassala, Megve), notamment les codes culturels d'entrée en relation avec les différentes catégories de répondants. Ils parlaient tous différentes langues locales, un critère pris en considération dans la constitution des groupes, afin d'assurer que chaque groupe pouvait interagir quelle que soit l'origine des personnes rencontrées.

Les aspects linguistiques ont ainsi été soigneusement pris en compte lors de la collecte des données. Le questionnaire a été initialement conçu en français. Lors de l'atelier de formation des enquêteurs, les outils ont été traduits dans les principales langues locales, notamment le tamashek et le hassania, fulfulde, pour garantir que les enquêteurs puissent poser les questions de manière claire et compréhensible. Chaque langue a été considérée pour assurer l'inclusivité linguistique et la fiabilité des informations recueillies.

### **2.4.2. Formation des enquêteurs**

La formation des enquêteurs s'est déroulée sur deux jours, du 20 au 21 septembre 2024, et a été assurée par une équipe composée de la consultante principale, psychologue, et des membres de l'équipe de Sarah Consulting (un ingénieur en développement rural et un statisticien), ainsi que d'une intervenante de l'UNHCR, responsable des violences basées sur le genre (VBG), basée à Bassikounou.

À la fin de la deuxième journée, une évaluation a été organisée pour mesurer la compréhension des enquêteurs. Cette évaluation a permis de sélectionner les 18 enquêteurs et 6 superviseurs qui ont participé à la collecte des données sur le terrain. Si les hommes étaient beaucoup plus représentés, il est à noter qu'une femme a été sélectionnée pour superviser l'un des groupes, et qu'il y a eu 5 autres femmes réparties dans les autres groupes, soit une femme par groupe. Ainsi, le genre a été pris en compte pour assurer la présence de femmes dans les différents groupes. Cet aspect est essentiel pour s'assurer que des personnes plus à l'aise pour répondre à un homme ou une femme puissent être interrogées par la personne la plus adaptée.

1 enquêteur supplémentaire a été sélectionné pour contribuer aux discussions de groupes et faciliter l'animation et la traduction. Il a été spécifiquement formé et accompagné pendant la réalisation de cette activité.

Une journée de formation complémentaire a été proposée à 4 enquêteurs (2 hommes et 2 femmes, 2 réfugiés maliens et 2 mauritaniens) qui ont été sélectionnés pour assurer des discussions de groupes avec des jeunes et des enfants dans un second temps. Ces enquêteurs ont donc travaillé 2 journées supplémentaires pour réaliser 8 discussions de groupes supplémentaires.

### **2.4.3. Répartition et supervision des équipes**

Les équipes ont été réparties en fonction des besoins logistiques et de la configuration géographique de la mission. Elles ont été organisées de manière à maximiser l'efficacité sur le terrain, en tenant compte des défis logistiques :

- ⇒ 6 équipes ont été constituées : 4 équipes assignées à des zones hors du camp de Mbera, et 2 équipes déployées au sein du camp de Mbera.
- ⇒ Chaque équipe a été composée de membres ayant des compétences complémentaires (tamasheq, fulfulde), pour couvrir les langues locales parlées dans les différentes zones. Cela a permis de faciliter la communication avec les enquêtés.
- ⇒ Hors du camp de Mbera : Les quatre équipes étaient responsables de collecter des données dans les zones périphériques, plus étendues et plus difficiles d'accès. L'organisation logistique comprenait des véhicules de transport et un suivi régulier des progrès.
- ⇒ Au camp de Mbera : Les deux équipes dédiées au camp de Mbera ont été formées pour opérer dans un environnement plus concentré mais sensible, où les dynamiques sociales et culturelles nécessitaient une approche particulièrement prudente.

L'organisation de la passation des questionnaires, permettant de collecter les données nécessaires à l'étude, s'est articulée autour de quatre niveaux principaux :

- ⇒ Coordination générale : assurée par le directeur de Sarah-Consulting, cette coordination visait à gérer toutes les ressources (matérielles, financières, logistiques et humaines) nécessaires à l'étude. Le directeur a travaillé en étroite collaboration avec le comité de coordination<sup>7</sup> et la consultante principale de l'étude.

---

<sup>7</sup> Tdh-L équipes Mauritanie et Régionale (Coordonnateur du Programme Enfants et Jeunes en Mobilité, Coordinatrice nationale Protection, Conseiller régional Protection Transversale, Conseillère régionale du Programme Enfants et Jeunes en Mobilité, Conseiller technique Suivi, Evaluation, Redevabilité et apprentissage); AFD: (Référénte Santé Mentale du siège de l'AFD, Chargée de mission de l'Agence AFD de Nouakchott) ; UE (Responsable Santé Mentale Projet Tawefoug) ; OMS (Point focal maladies non-transmissibles) ; Etat (Point Focal SMSPS au sein du Ministère de la Santé, Directeur de l'Enfance ou son représentant).

- ⇒ Coordination technique : assurée par le chargé de la statistique et la consultante principale, cette équipe était responsable de toutes les activités techniques liées aux enquêtes : conception de la méthodologie, formation des enquêteurs, organisation de la collecte, traitement et analyse des données, ainsi que la rédaction du rapport final.
- ⇒ Superviseurs : encadrés par la coordination technique, ils s'assuraient de la qualité du travail des enquêteurs. Ils validaient et synchronisaient les fiches de collecte, faisaient des visites sur le terrain pour vérifier le déroulement des enquêtes et résoudre les problèmes rencontrés.
- ⇒ Enquêteurs : ils assuraient l'administration des questionnaires une fois obtenus le consentement des participants et remplissaient les formulaires conformément aux instructions. Chaque formulaire était enregistré avec la durée et la localisation pour garantir la fiabilité des données. Des mécanismes de contrôles étaient intégrés aux formulaires pour limiter les erreurs et non réponses (par exemple la nécessité de valider certaines réponses pour pouvoir passer aux questions suivantes).

Le statisticien de l'équipe Sarah Consulting a mis en place un dispositif d'assurance qualité, en supervisant l'ensemble du processus de collecte de données. Chaque jour, à la fin des activités, les superviseurs passaient en revue les questionnaires remplis pour s'assurer que les réponses étaient complètes et conformes aux attentes méthodologiques. Une fois les questionnaires envoyés, une analyse plus approfondie a été réalisée pour vérifier plusieurs aspects clés :

- Respect du temps d'entretien
- Qualité des données avec un contrôle rigoureux
- Cohérence des réponses en réalisant des tests de cohérence avec l'outil STATA

## 2.5 Échantillonnage

La sélection des répondants a été faite de manière aléatoire en se basant sur l'échantillonnage réalisé, et en s'assurant d'un nombre aussi représentatif que possible dans les différents sous-groupes de l'étude (réfugiés dans le camp, hors du camp, urbains ou ruraux, hommes et femmes...).

Le camp est constitué de 4 zones, toutes couvertes lors de la collecte. Les ménages ont été sélectionnés par une procédure de marche aléatoire. Arrivés dans une zone, les enquêteurs prenaient un point de départ, en se tenant dos à l'entrée principale lorsqu'il y en avait plusieurs. Ils commençaient à marcher vers la droite en comptant les ménages et tentaient de réaliser l'entretien au troisième ménage compté. Chaque ménage n'a été visité qu'une seule fois. En cas d'absence ou de refus de participation, un ménage de substitution était sélectionné.

Ainsi pour les 3 groupes principaux ont été ciblés pour les questionnaires. Ayant une population élevée, le calcul a été :

$$n = \frac{3,8416 \times 0,25}{0,0025} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384,16$$

Il était ainsi prévu de cibler pour répondre au questionnaire 385 réfugiés du camp, autant hors camp et autant de représentants des communautés hôtes, en variant les âges et le sexe des personnes interrogées, soit 1155 personnes. Finalement, un total de 1266 personnes a répondu aux questionnaires. Les personnes interrogées avaient des profils variés, cependant il y a eu une légère variation au niveau de la répartition des groupes par rapport à ce qui était initialement prévu, à savoir environ 1/3 de réfugiés dans le camp, 1/3 hors du camp et 1/3 de représentants de la communauté hôte, avec une répartition des répondants dans des zones rurales, urbaines et dans le camp également de 1/3 pour chacune. Il y a eu notamment un nombre plus important de réfugiés interrogés dans le camp que hors camp (respectivement 36% et 23% du total des personnes interrogées).

Cet écart, pour les réfugiés hors camp, est en partie justifié par le fait que le nombre de réfugiés ayant répondu sur les sites ciblés était parfois bien moins important qu'attendu, du fait de leur mobilité fréquente à la recherche de lieux de vie plus adaptés à leurs besoins.

Ainsi, la représentativité est satisfaisante pour les réfugiés dans le camp et les communautés hôtes, et reste acceptable pour les réfugiés hors camp, avec une marge d'erreur légèrement supérieure à 5% (autour de 6%). Cependant, si l'on considère ensemble ceux dans le camp et hors du camp, le nombre de réfugiés en fait un groupe représentatif.

## 2.6 Gestion des données et limites identifiées

### 2.6.1. *Traitement des données et considérations éthiques*

#### ⇒ Outils d'analyse

Les données collectées ont été traitées à l'aide du logiciel STATA, un outil reconnu pour sa capacité à gérer des bases de données complexes et à effectuer des analyses statistiques avancées. STATA a été choisi pour sa fiabilité et sa compatibilité avec les types de données recueillies, ainsi que pour ses fonctionnalités avancées permettant d'effectuer des contrôles de qualité, de cohérence et des analyses approfondies. Ce choix a permis de garantir l'exactitude des analyses et la validité des résultats. Les données ont été collectées via des téléphones fournis par TDh-L et hébergées sur le compte KoBo de Sarah Consulting, une plateforme largement utilisée pour la gestion de données d'enquêtes sur le terrain. Les données seront conservées sur cette plateforme jusqu'à la validation des livrables, après quoi elles seront supprimées du serveur pour garantir la confidentialité et l'intégrité des répondants.

#### ⇒ Considérations éthiques

Les attestations parentales, nécessaires pour les participants mineurs ou sous tutelle, ont été correctement recueillies au cours de l'étude. Elles ont été stockées de manière sécurisée et seront remises à l'équipe de Terres des Hommes une fois les analyses finalisées. Ces documents administratifs font partie intégrante du processus éthique de l'étude, garantissant le respect des droits des participants.

### 2.6.2. *Biais identifiés*

L'étude présente certaines limitations méthodologiques qui peuvent affecter l'interprétation des résultats. Ces biais, identifiés, ont été pris en compte tant lors de la collecte que pour l'analyse des données.

- ⇒ Tout d'abord, un biais de sélection a pu être présent, car certains participants ont pu refuser de répondre, ce qui pouvait influencer la représentativité des résultats. Les enquêteurs ont veillé à remplacer les personnes ne répondant pas pour être au plus proche de la représentativité des échantillons.
- ⇒ De plus, le biais de réponse est une autre limite, notamment sur des sujets sensibles comme la santé mentale, où les participants peuvent ne pas répondre de manière totalement sincère. La formation des enquêteurs a beaucoup insisté sur cet aspect, pour identifier différentes manières d'aborder la santé mentale selon les langues et cultures, et pour s'assurer que les personnes seraient autant que possible préservées en évitant d'insister sur des questions trop sensibles.
- ⇒ Les difficultés d'accès à certaines zones ont également restreint la collecte de données, limitant ainsi l'échantillon dans certaines régions. Les temps de déplacement pouvant être très longs, il a été décidé de cibler des zones accessibles et représentatives en termes de nombre de réfugiés par rapport au nombre de membres de la communauté hôte, afin d'avoir une diversité des zones facilitant l'extrapolation sur d'autres zones au profil similaire.
- ⇒ La langue parlée était un biais qui a été identifié et pris en compte au moment de la sélection des enquêteurs. Chaque enquêteur parlait plusieurs langues et les équipes ont été organisées de sorte à ce que les enquêteurs qui la composaient puissent interroger les personnes dans leur langue préférée. Cependant, la diversité des langues a pu rendre parfois difficile le fait de parler de manière totalement fluide dans toutes les langues. Les enquêteurs ont toutefois tenté de s'assurer de la bonne compréhension des messages à chaque fois. Les mises en situation lors de la formation ont facilité la formulation des questions dans les différentes langues.
- ⇒ Lors des discussions de groupe avec les enfants, les parents ont signé les formulaires d'autorisation mais refusé que les échanges soient enregistrés. Il a donc été plus difficile de collecter la parole des participants mineurs, cependant l'organisation systématique en binôme a permis d'assurer la prise de note par l'un des enquêteurs tandis que le second se focalisait sur l'animation du groupe.
- ⇒ Enfin, bien que des précautions aient été prises pour garantir la qualité des réponses, la fiabilité des données auto-déclarées reste une préoccupation. Ces éléments ont été pris en compte dans l'analyse pour réduire leur impact.

## 3 PROFIL DES PERSONNES RENCONTRÉES

Les différentes informations collectées, via les diverses méthodes employées, ont permis de mieux identifier la situation et les pratiques actuelles dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial. Les différentes sections proposées ici correspondent aux parties du questionnaire qui a été complétées avec les répondants et aussi les aspects abordés avec les informateurs clés et lors des discussions de groupe.

### 3.1 Personnes rencontrées dans le cadre des discussions de groupes

Les groupes de discussion ont été organisés dans le camp de Mbera, et dans les communes de Aghor, Tenwaguitine, Kossana et Bassiknou. Les tableaux suivants présentent les différents groupes rencontrés et la répartition des individus selon qu'ils soient adultes ou mineurs, hommes/garçons ou femmes/filles.

Tableau 4 : Répartition des participants adultes aux groupes de discussion

	<i>HOMMES</i>		<i>FEMMES</i>	
	Individus	Groupes	Individus	Groupes
<i>Réfugiés Mbera</i>	10	1	40	4
<i>Réfugiés hors camp</i>	25	3	25	3
<i>Hôtes</i>	25	3	25	3

Les groupes ont été réalisés en s'adaptant aux langues parlées avec un interprète pour chaque langue, et étaient donc menés successivement pour permettre à chacun de s'exprimer (hassania, tamasheq, fulfulde).

Tableau 5 : Répartition des participants mineurs aux groupes de discussion

	<i>10-14 ANS</i>				<i>14-18 ANS</i>			
	<i>GARÇONS</i>		<i>FILLES</i>		<i>GARÇONS</i>		<i>FILLES</i>	
	Individus	Groupes	Individus	Groupes	Individus	Groupes	Individus	Groupes
<i>Réfugiés Mbera</i>	8	1	5	1	12	2	10	2
<i>Réfugiés hors camp</i>	15	2	11	2	8	1	0	0
<i>Hôtes</i>	6	1	7	1	5	1	9	1

Il y a initialement eu 3 groupes de filles et autant de garçons dans le camp (3 groupes ethniques différents : peuls, maures et touaregs) ainsi qu'un groupe avec des jeunes hors du camp. Afin de compléter ces données et de collecter plus de témoignages et ressentis des enfants et jeunes, 8 groupes de discussion ont été réalisés, avec des garçons et des filles de 10 à 18 ans, issus des communes de Mbera, de Libreyini, de Kirndirla et de Kossana. Ils ont été répartis entre adolescents (14-18 ans) et enfants (10-14 ans).

Il est à préciser que le nombre d'individus est approximatif du fait que certains participants aux groupes se sont intégrés pendant les discussions alors que d'autres sont parfois partis avant la fin des échanges.

### 3.2 Personnes rencontrées dans le cadre des entretiens avec des informateurs clés

Afin de mieux comprendre les enjeux relatifs à la santé mentale et au bien-être psychosocial dans le contexte de mouvements de population dans le HEC, plusieurs personnes, aux profils différents, ont été rencontrées. Ces personnes ont pu partager leur regard sur divers aspects liés à cette étude et apporter des éclairages pertinents sur la base de leurs observations ou expériences en tant que professionnels ou membre représentatif des communautés ou groupes ciblés.

La sélection des interlocuteurs s'est faite en amont de la mission pour la plupart des représentants institutionnels et des ONG, sur la base des connaissances et relations professionnelles déjà établies par Tdh et le HCR.

Pendant la mission, d'autres interlocuteurs ont été identifiés, le plus souvent mentionnés dans le cadre d'échanges du fait de leurs liens avec la santé mentale ou le soutien psychosocial, ou de leur connaissance du contexte. Cela a notamment été le cas pour certaines organisations locales comme le CRM, ou des représentants communautaires.

22 entretiens ont été réalisés. Peu d'organisations locales ont été identifiées comme intervenant dans le domaine SMPS, et plusieurs tentatives de prise de contacts ont échoué, ce qui justifie la faible présence d'organisations locales parmi les informateurs clés. Le tableau suivant présente les différents interlocuteurs avec lesquels des échanges ont pu être organisés :

Tableau 6 : Profils des informateurs clés

Institutions	Organisations Non Gouvernementales (ONG)
Programme National de Santé Mentale (PNSM)	Action Contre la Faim (Bassikounou et Nouakchott)
Direction de l'Assistance Sociale et de la Solidarité Nationale (DASSN)	Alliance for International Medical Action (ALIMA)
Cellule de coordination du Hodh El Chargui (HEC)	Comité International pour l'Aide d'Urgence et le Développement (CIAUD)
Professionnels et représentants	Croix-Rouge française (CRF)
Hakem bassikounou	Croissant-Rouge de Mauritanie (CRM)
Médecin chef de Bassikounou	Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR)
Médecin Mbera	Résilience Éducation et Transitions (RET)
Infirmier spécialisé en santé mentale	Save The Children
Gestionnaire du camp (réfugié)	Agences des Nations Unies
Représentant des réfugiés Aghor	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR)
Psychologue Nouakchott	Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
	Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)

Peu d'organisations locales ont été identifiées comme intervenant dans le domaine SMPS (à l'exception du CRM), et plusieurs tentatives de prise de contacts ont échoué, ce qui justifie la faible présence d'organisations locales dans cette liste.

En plus de ces différents informateurs clés, il est important de préciser que des entretiens ont pu être réalisés avec des réfugiés qui ont partagé leur parcours et vécu avant le camp et depuis leur arrivée.

### 3.3 Personnes rencontrées au sein de ménages ayant complété les questionnaires

1266 personnes ont répondu aux questionnaires. Elles étaient réparties comme présenté dans le tableau ci-contre, qui montre un bon taux de réponse pour les groupes hôtes et réfugiés, et beaucoup moins conséquent pour le groupe des retournés.

Tableau 7 : Répartition des personnes interrogées selon leur statut et lieu de vie

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

« Si un homme ne peut plus nourrir sa famille, c'est normal qu'il parte en laissant la maison à sa femme et à ses enfants.

Homme, hôte, Tinwaguitine

« Le stress est souvent causé par la pauvreté, et c'est compliqué entre conjoints : les femmes demandent aux maris beaucoup d'argent qu'ils ne possèdent pas, ce qui peut causer le stress chez les hommes. Et vice-versa...

Homme, hôte, Kossana

744 réfugiés ont été interrogés, dont 289 installés hors du camp de Mbera.

Sur le plan démographique, les personnes interrogées appartenaient à l'ensemble des groupes d'âges (18-25 ans, 25-45 ans, 45-65 ans et plus de 65 ans) avec une majorité de personnes entre 18 et 65 ans. Concernant le sexe, le nombre de femmes et d'hommes rencontrés était significatif, avec une représentation légèrement plus importante de femmes.

Pour le statut familial, on note une majorité de personnes mariées, tant chez les hommes que chez les femmes, et un nombre plus important de femmes que d'hommes chez les veuves et divorcées. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les hommes ont souvent plusieurs épouses et ne se considèrent donc ni veufs ni divorcés s'ils ont encore au moins une épouse, ce qui n'est pas le cas pour les femmes.

Le divorce est admis au sein des communautés (principalement maures et tamasheq) rencontrées, avec des femmes ayant divorcé, notamment dans le cas où il manquait à ses devoirs, tels que ceux de subvenir aux besoins de sa famille. Il nous a également été indiqué que plusieurs hommes préféreraient abandonner leur foyer que de faire face à une famille qu'il ne peut pas nourrir.

Les proportions sont équivalentes selon le statut, avec une majorité de personnes mariées quel que soit le statut (71% chez les communautés hôtes, 61% chez les réfugiés dans le camp et autant pour ceux hors du camp) et un pourcentage de 7 ou 8 pour le taux des personnes divorcées chez les hôtes et les réfugiés. Les différences les plus marquées concernent le statut de célibataire, qui, bien que faible globalement, est plus fréquent chez les réfugiés (6% des populations hôtes contre 12% des réfugiés, soit le double).

Un autre aspect qui a été pris en compte concernant les réfugiés est la durée depuis laquelle ils sont arrivés en Mauritanie. En effet, comme discuté avec plusieurs informateurs clés, l'état émotionnel peut varier significativement entre un réfugié installé depuis plusieurs années et une personne nouvellement arrivée. Il a donc été décidé de demander aux personnes interrogées depuis combien de temps elles avaient quitté le Mali. Parmi l'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire, 62% sont arrivés depuis moins de 2 ans. C'est dans le camp que les réfugiés sont le plus souvent arrivés depuis le plus longtemps (90% des répondants arrivés depuis plus de 2 ans y sont installés), alors que 82% des réfugiés hors du camp sont arrivés depuis moins de 6 mois.

Les membres des communautés hôtes ont représenté 37% des répondants. 4 % ont concerné les personnes retournées. La plupart des retournés rencontrés déclarent être restés peu de temps au Mali, et la grande majorité a maintenu des liens avec leurs réseaux en Mauritanie, qu'ils ont pu retrouver à leur retour.

Il est donc envisageable que ces retournés puissent pour beaucoup, être assimilés à des transhumants, avec des problématiques en santé mentale et soutien psychosocial se rapprochant de ceux des communautés hôtes, et notamment des éleveurs confrontés à l'impossibilité de transhumer avec leurs troupeaux au Mali et devant partager des ressources limitées avec les éleveurs maliens ayant fui en Mauritanie avec leurs troupeaux.

## 4 PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES EN ANALYSES

Les analyses qui suivent et les constats détaillés portent sur les divers aspects qu'il a semblé important de questionner pour permettre une meilleure compréhension des enjeux auxquels les différentes communautés ciblées sont confrontées, l'état émotionnel actuel dans lequel elles se trouvent, les modalités de prise en charge traditionnelles et usuelles, ainsi que les barrières identifiées aux éventuelles interventions en SMPS. Ces données visent à apporter un éclairage global sur la situation de la santé mentale et du bien-être psychosocial dans le HEC.

### 4.1 Les facteurs de risques de dégradation de la santé mentale et du bien-être psychosocial

Les données collectées auprès des populations indiquent une multiplicité de facteurs de risques de détresse psychologique. Entre autres, le manque (de nourriture, d'activités, de ressources), les difficultés d'accès aux services de bases (soins de santé, eau potable), les risques d'exploitation et d'abus (difficultés de scolarisation, l'exclusion sociale), sont autant de facteurs de risques d'altération de la santé mentale.

En effet, certains informateurs clé ont signalé les possibles réactions de rejet de la population locale, entraînant parfois un sentiment de n'être nulle part chez soi, et générer une détresse psychique et sociale destructrice. Par ailleurs, comme souligné dans le rapport des Nations Unies de 2023 en Mauritanie (UNDP, 2023), « la frontière poreuse entre la Mauritanie et le Mali est régulièrement empruntée par des éleveurs pastoraux qui possèdent de grands troupeaux. Les tensions séculaires liées à l'accès limité à l'eau, aux aliments bétail et aux terres arables entre les éleveurs pastoraux et les communautés plus sédentaires se sont intensifiées dans le Hodh

« Les troubles mentaux sont souvent causés par la peur, la pauvreté, la perte d'un être cher, la perte des biens, la perte des animaux, etc. Il y a des personnes, hommes comme femmes ou même des enfants, qui, à force de beaucoup encaisser ou de se taire sur beaucoup de problèmes ou souvenirs peuvent du jour au lendemain avoir des troubles mentaux. Par exemple chez nous il y a beaucoup de cas parce que les gens ont subi beaucoup de troubles ou traumatismes (la mort des parents devant eux, la perte des animaux, et des biens).

Homme, réfugié, Kossana

el Chargui ces dernières années du fait de la réduction des ressources induite par le changement climatique ». Le manque de perspectives économiques et d'opportunités d'emplois, particulièrement pour les jeunes et encore plus les jeunes filles, est un enjeu important pour la santé mentale. Comme précisé dans son document de projet de renforcement de la paix et de la résilience socio-économique, le Peacebuilding<sup>8</sup> met en avant que ce manque de perspectives, et le déficit de travail décent pouvant s'avérer des facteurs essentiels d'alimentation des conflits et des vulnérabilités. Bien que cette situation touche à la fois les jeunes hommes et les jeunes femmes, ces dernières font face à d'autres contraintes spécifiques telles que : l'accès limité à la propriété foncière, au travail formel au même titre que les jeunes hommes, au crédit, l'autorisation du père/mari pour travailler. Les normes sociales façonnent leurs rôles, et leur assignent de rester à la maison à s'occuper des tâches domestiques et en termes de travail, de se dédier principalement à l'agriculture, notamment au maraîchage. Par ailleurs l'exode des hommes vers les villes, en laissant les jeunes femmes en milieu rural sans moyens de survie, s'ajoutent à ces facteurs spécifiques au genre, qui contribuent à la féminisation de la pauvreté, en rendant les femmes plus vulnérables à la précarité. Il est donc probable que la santé mentale et le bien être des jeunes femmes soit particulièrement fragile au vu de l'accumulation de ces facteurs de risques.

Les mouvements de population entraînent de nombreux défis susceptibles d'altérer la santé mentale et le bien-être psychosocial de l'ensemble des personnes de cette région. Pour les réfugiés maliens ayant fui les violences dans leur pays, ils peuvent avoir subi des traumatismes du fait de ce qu'ils ont vécu ou dont ils ont été témoins, dans leur lieu d'origine ou au cours de leur trajet vers la Mauritanie. Les conditions d'accueil et de vie, dans les camps et hors des camps, peuvent présenter des problématiques difficiles aggravant parfois l'état de ces réfugiés. Le manque d'espoir, l'incertitude, le sentiment d'être un fardeau, l'inactivité, la peur pour soi et pour ses proches, les manques divers sont autant de facteurs qui peuvent affecter la santé mentale des personnes concernées.

La plupart des Mauritaniens retournés du Mali qui ont été interrogés dans le cadre de cette étude ont signalé avoir gardé des liens forts qu'ils ont retrouvés à leur retour, aussi il a été considéré que ces répondants peuvent avoir des réponses proches de celles des communautés hôtes auxquelles ils s'identifient. Cependant, de manière plus spécifique, les retournés peuvent être confrontés à des difficultés nuisant à leur capacité à se réinstaller de manière positive. Selon le temps qu'a duré leur absence, ce qu'ils ont vécu au Mali et ce qu'ils ont perdu, les traumatismes peuvent être importants.

Bien que cela ne soit pas apparu dans les questionnaires, certains informateurs clés ont signalé les possibles réactions de rejet de la population locale, entraînant parfois un sentiment de n'être nulle part chez soi, et générer une détresse psychique et sociale destructrice.

Pour les populations hôtes, la présence des réfugiés peut aussi faire émerger des problématiques psychosociales. Parfois, un sentiment d'injustice peut apparaître lorsque les membres des communautés hôtes ont l'impression que l'aide est plus accessible pour les réfugiés que pour eux-mêmes qui en ont pourtant aussi souvent besoin. L'arrivée de personnes déplacées peut engendrer des difficultés liées aux ressources déjà limitées et devant être partagées. Ils peuvent parfois développer un sentiment d'injustice lorsqu'ils observent les aides dont bénéficient les réfugiés et auxquelles ils n'ont pas accès. Des tensions peuvent apparaître, parfois accompagnées d'attitudes de rejet envers les réfugiés. Le rejet, les discriminations, l'exclusion peuvent représenter un autre facteur aggravant pour le bien-être psychosocial de ces réfugiés.

Afin de confronter ces données documentées par divers rapports, et de comprendre quels sont les enjeux vécus par les communautés affectées par les mouvements de populations dans le HEC, il est essentiel de questionner les besoins tels qu'ils sont perçus. La première partie de l'étude consiste ainsi à identifier les possibles facteurs de stress, pouvant altérer le bien-être psychosocial et la santé mentale. L'outil HESPER de l'OMS (OMS, 2014) a été utilisé.

Quelques questions relatives aux violences subies ou dont les personnes auraient été témoins, en lien avec le besoin de sécurité et la perception des menaces, ont été ajoutées dans cette section pour identifier la perception des besoins relatifs à ces aspects.

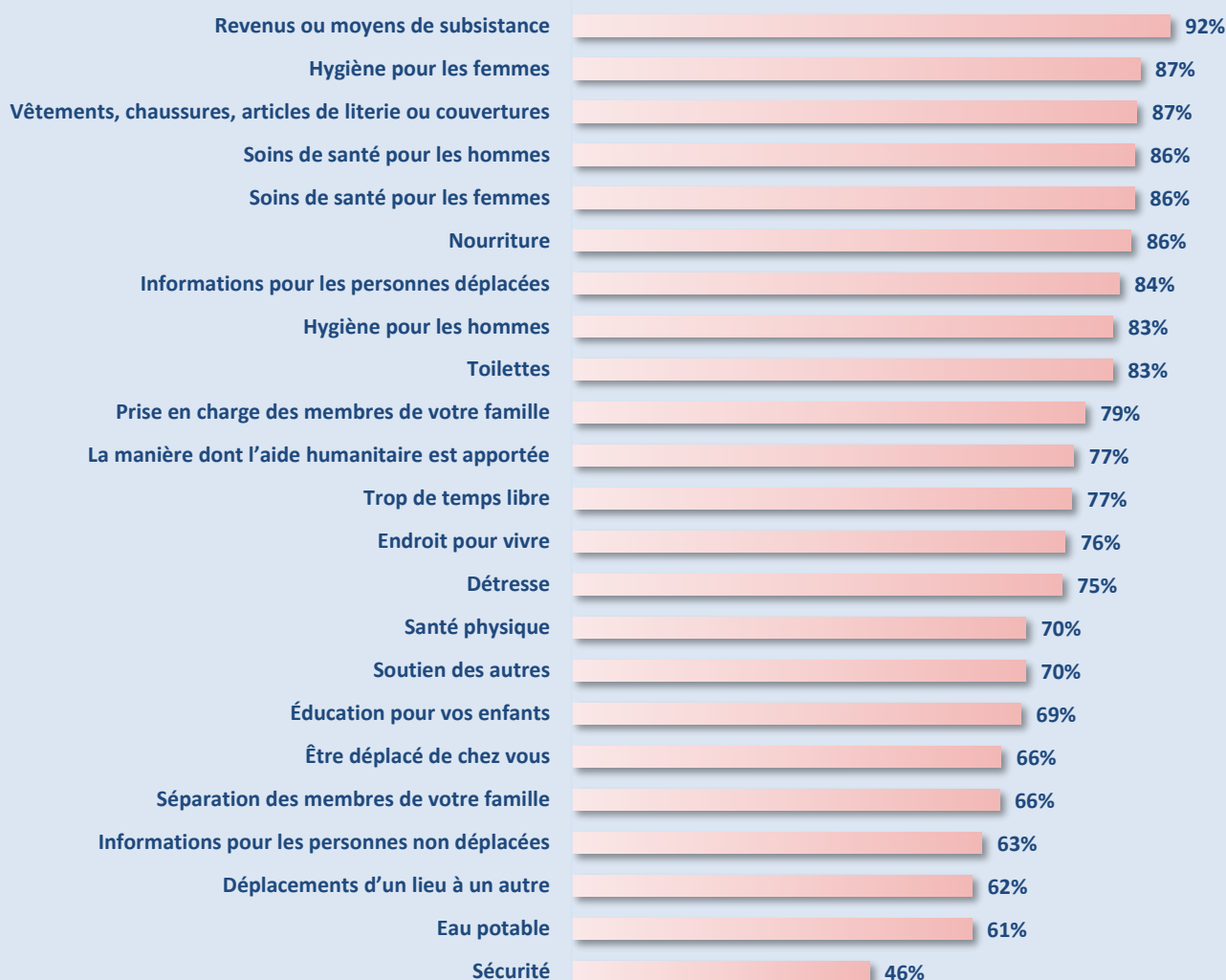
---

<sup>8</sup> Peacebuilding Fund, (2023).

### 4.1.1 Besoins généraux

Les données collectées montrent que presque toutes les difficultés potentielles citées, sont considérées par les répondants comme des problèmes graves :

#### Pourcentage des personnes percevant les besoins comme des problèmes importants

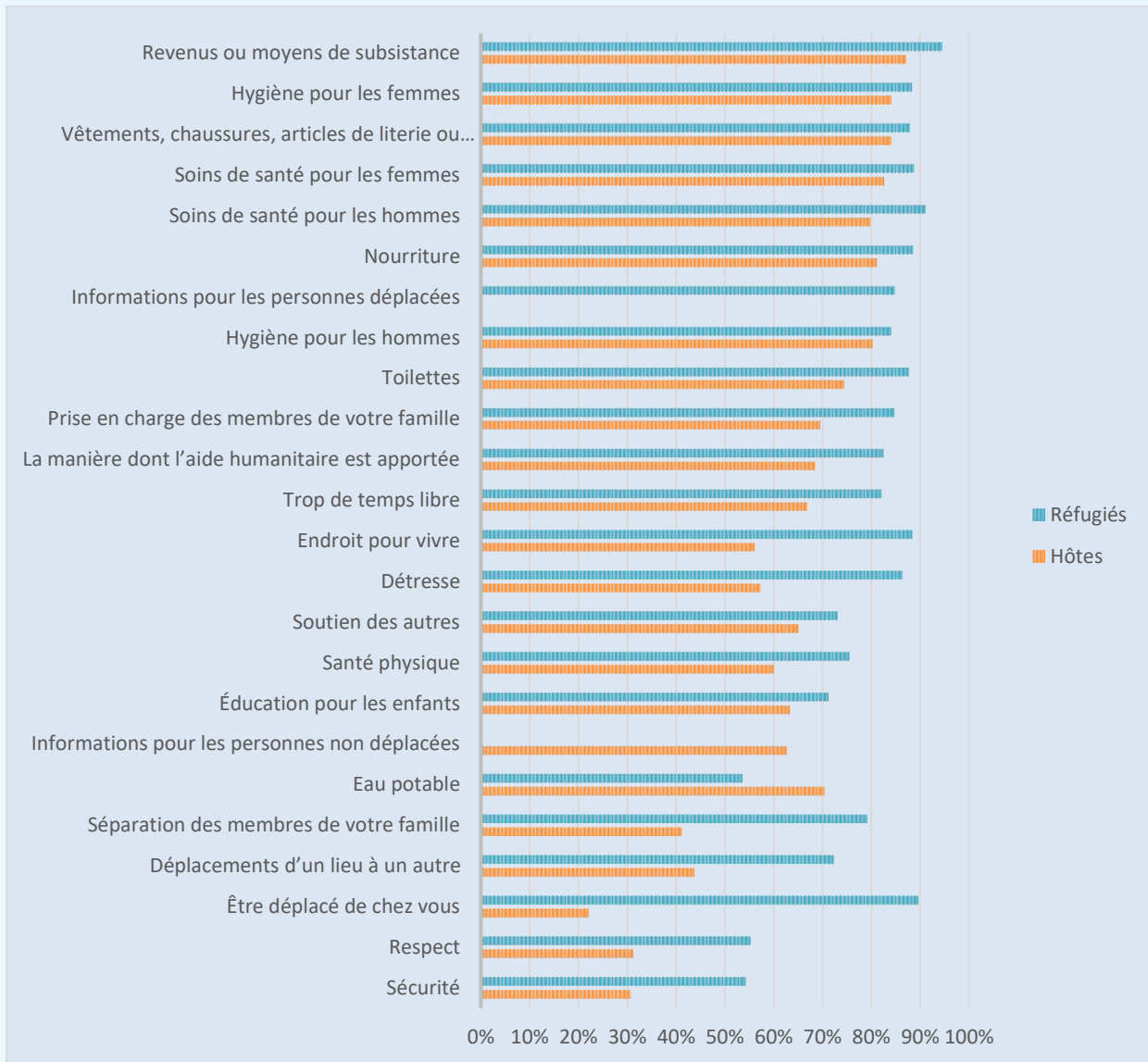


Graphique 2 : Pourcentage des personnes percevant les besoins comme des problèmes importants

Le manque de revenus et de moyens de subsistance est le plus fort, avec 92% des répondants le considérant comme un problème grave. Dans les besoins cités comme graves à plus de 80% se trouvent les aspects relatifs à l'accès aux soins, à l'hygiène, la nourriture, les vêtements ainsi que l'accès aux toilettes. Il est intéressant de noter que la perception de l'accès aux informations est beaucoup plus identifiée comme un problème grave pour les personnes déplacées (84%) que pour les personnes non déplacées (63%).

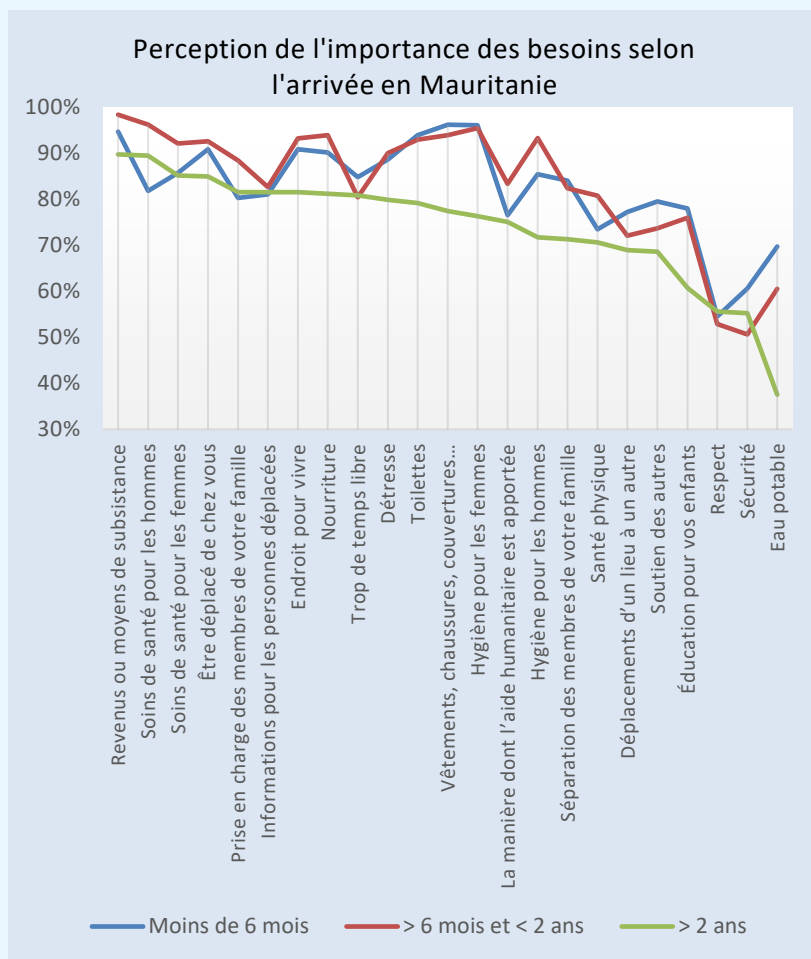
Les différences sont très faibles lorsque l'on compare les réponses des hommes et des femmes, qui identifient les mêmes problématiques que les femmes comme source de stress et de détresse psychologique. Ces données questionnent quelque peu les biais de genre en santé mentale, qui attribuent aux femmes davantage de vulnérabilité à la détresse psychologique. Cette observation peut être interprétée comme un indicateur de vulnérabilité extrême, où les différences de genre deviennent secondaires face à l'adversité générale.

Lorsque l'on compare les perceptions des réfugiés et des communautés hôtes, les besoins observent quasiment la même hiérarchisation. Cependant les communautés hôtes les perçoivent comme un peu moins importants, en dehors de l'eau potable qui est, pour les populations hôtes, un problème très important plus souvent mentionné que les réfugiés :



Graphique 3 : Perception de la gravité des besoins selon le statut

Les réponses des réfugiés selon le temps depuis lequel ils sont arrivés montre que, pour la plupart des besoins pris en considération, l'importance perçue décroît avec le temps.



Graphique 4 : Perception de l'importance des besoins selon l'arrivée en Mauritanie

**Nourriture, vêtements et accessoires de literie, éducation des enfants, toilettes, hygiène pour les femmes** sont également des aspects identifiés comme plus importants pour les personnes arrivées depuis peu.

Il est probable que les personnes installées depuis longtemps aient identifié des ressources permettant de mieux faire face à ces besoins.

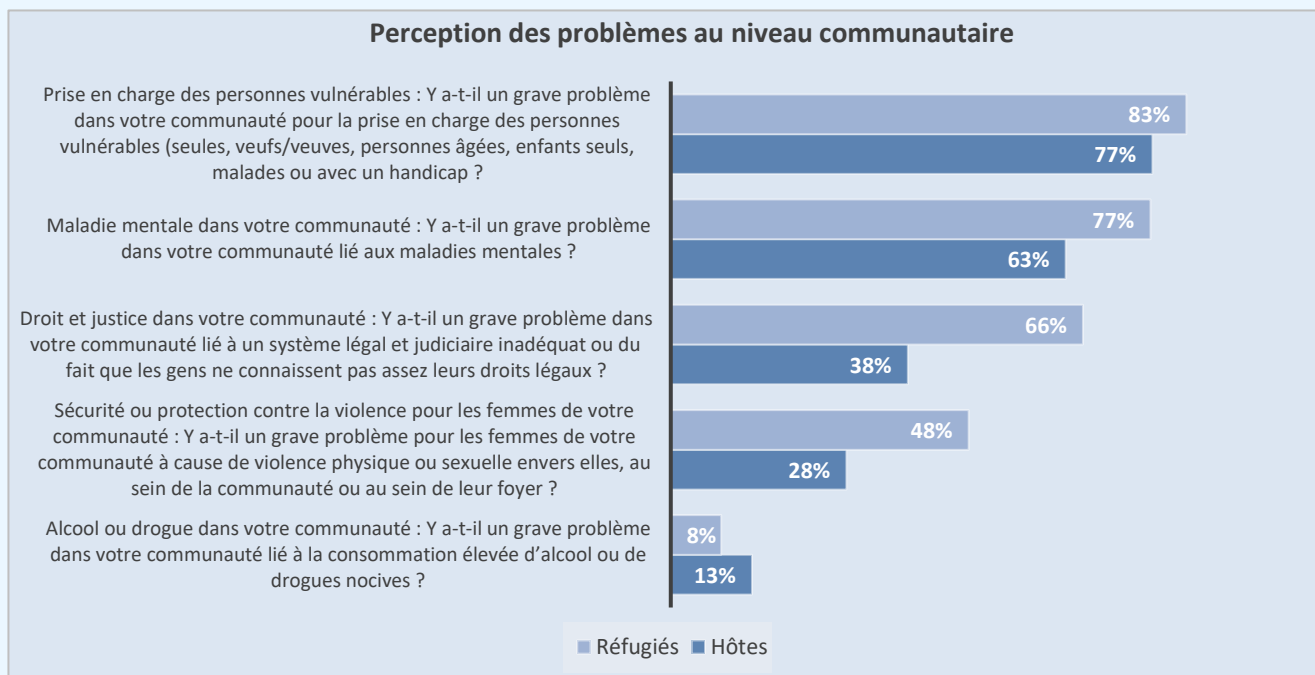
Il est également intéressant de noter que la **détrousse** est identifiée comme plus importante chez les personnes arrivées depuis peu. Elle reste importante pour ceux arrivés depuis plus de 2 ans (le plus souvent dans le camp), mais cet aspect tend à montrer que les personnes arrivant en Mauritanie souffrent des traumatismes liés à leur fuite et à leur arrivée. Cet aspect a également été abordé dans le cadre de plusieurs groupes de parole, notamment avec des jeunes et des enfants arrivés depuis peu et faisant part de cauchemars qu'ils faisaient régulièrement suite à ce dont ils ont été témoins ou au sentiment de solitude pour gérer leurs pensées négatives. De nombreux adultes ont également partagé leurs inquiétudes pour ceux restés au Mali et dont ils n'ont plus de nouvelles, ou encore de leurs troubles du sommeil qu'ils associent aux violences desquelles elles ont été témoin et de leurs angoisses en quittant tout ce qu'ils possédaient.

Il est également important de noter qu'un facteur mentionné comme source importante de détresse concerne les **promesses d'aide non respectées**. Certains participants aux groupes de discussion ont en effet rapporté avoir été approchés par des organisations humanitaires posant de nombreuses questions et promettant de revenir avec l'aide appropriée mais qui ne sont jamais revenues. Cette situation a été pour eux source d'attente puis de frustration et de colère.

« Quand mon village a été attaqué, j'ai cru que j'allais être violée, ou tuée. Ils tuaient les hommes et violaient les femmes. On a vu des hommes se faire couper la tête, et la tête posée sur leur torse. On est partis se cacher puis on a voyagé pendant plusieurs semaines pour arriver ici. Maintenant je me sens plus en sécurité, mais je revois toujours ces scènes horribles et ça m'empêche de dormir. »  
Femme, réfugiée, Mbera

### 4.1.2 Perceptions des problèmes liés à la communauté

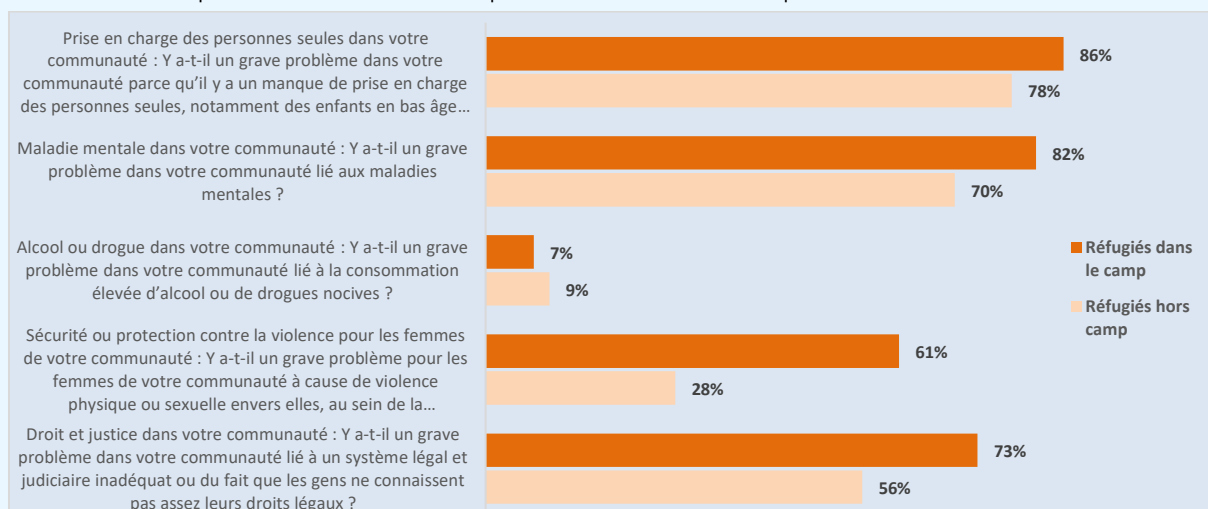
Concernant les problématiques en lien avec la communauté, il s'agissait de déterminer comment est perçu le rôle de la communauté sur les aspects tels que le soutien et la prise en charge des personnes seules ou ayant des troubles de la santé mentale, ceux liés au droit et à la justice ou encore les problèmes de drogues ou d'alcool.



Graphique 5 : Perception des problèmes au niveau communautaire

Les problèmes sont globalement perçus comme plus graves chez les communautés réfugiées que hôtes, notamment en ce qui concerne les droits et la justice ainsi que la sécurité et la protection contre les violences faites aux femmes. La prise en charge et le soutien, au sein de la communauté, des personnes seules ou vulnérables (personnes âgées, veufs/veuves, enfants seuls, etc.) ainsi que la santé mentale sont perçues comme des problèmes particulièrement graves, tant chez les réfugiés que chez les populations hôtes.

Si l'on compare les réponses données par les réfugiés installés au sein du camp de Mbera avec celles fournies par les réfugiés installés en dehors du camp, il apparaît que les besoins sont perçus comme plus importants dans le camp, notamment en ce qui concerne la sécurité et la protection contre la violence pour les femmes :



Graphique 6 : Problèmes communautaires perçus comme graves pour les réfugiés dans et hors du camp de Mbera

### 4.1.3 Violences subies ou perçues

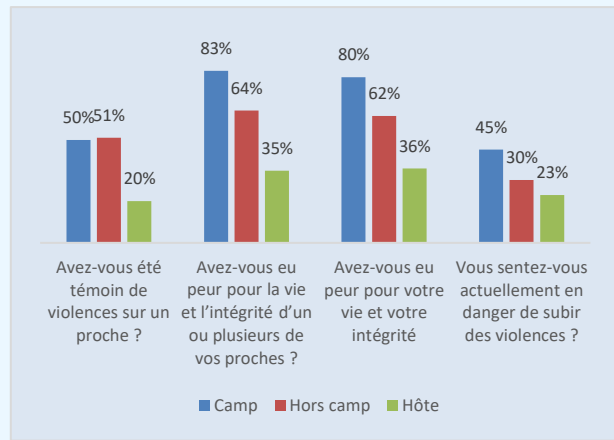
Quelques questions concernant les violences, vécues ou perçues, ont été ajoutées au questionnaire, dans cette section sur les besoins perçus. L'objectif était d'identifier si la sécurité, pourtant mentionnée par beaucoup lors des groupes de discussion comme étant retrouvée en Mauritanie, reste un besoin perçu.

4 questions ont ainsi été posées, à la fois pour mieux identifier si les personnes ont subi ou été témoins de violences, et si elles ont aujourd'hui un sentiment de danger persistant.

Les réponses montrent que les réfugiés, de manière attendue, ont eu plus souvent peur pour leur vie, leur intégrité ou celles de leurs proches que les communautés hôtes, avec des taux plus de 2 fois plus élevés.

Parmi les personnes qui ont affirmé se sentir menacées de subir des violences, il est intéressant de noter que près de la moitié de ces personnes (45%) vivent dans le camp.

Cette donnée peut être rapprochée aux discours collectés selon lesquels les agressions dans le camp sont fréquentes (notamment des vols avec violences).

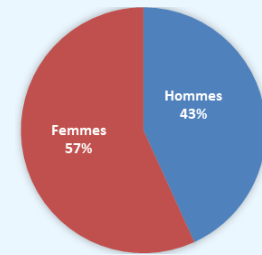


Graphique 7 : Vécu ou crainte des violences selon le statut et la localisation des réfugiés (camp/hors camp)

« La nuit, quand on est seule, on peut facilement être attaquée. C'est facile de rentrer dans les tentes. On n'est pas en sécurité. Parfois je demande au fils de ma voisine, qui est grand, de dormir chez moi pour me protéger et protéger mes enfants. »

Femme, réfugiée, Mbera

A La question de savoir si les personnes rencontrées se sentent en sécurité ou protégées dans leur lieu de vie actuel, plusieurs femmes vivant seules avec leurs enfants ont relevé se sentir en insécurité du fait de l'absence d'hommes et de la fragilité des habitations (certains logements sont juste composés de bâches). Le graphique ci-contre montre que les hommes comme les femmes craignent pour leur sécurité, bien que les femmes semblent un peu plus concernées par ce sentiment.



Graphique 8 : Sentiment d'être actuellement en insécurité selon le sexe

### 4.1.4 La perception des enfants

Lors des discussions de groupes avec les enfants, il leur a été demandé d'indiquer ce que peuvent être, selon eux, les raisons qui rendent tristes ou en colère, ce qui peut causer du stress ou de la détresse. Les réponses sont assez similaires quels que soient le sexe, le statut ou la tranche d'âge. Tous les enfants rencontrés ont mentionné comme facteurs de stress les problèmes ou de conflits familiaux. Certains ont également indiqué les conflits avec des amis et les situations d'injustices. Ce sont principalement les enfants réfugiés qui ont parlé des difficultés à se nourrir et à se vêtir.

La question de la scolarité et de l'éducation a été mentionnée par tous avec des précisions variables. Les enfants de la communauté hôte ont mentionné les difficultés d'apprentissage ou les problèmes pour se vêtir correctement pour aller à l'école. Pour les enfants réfugiés, les témoignages faisaient surtout part de difficultés d'accès à l'éducation et des problèmes liés à l'inactivité du fait de ne pas aller à l'école.

Le groupe de filles de 14 à 18 ans de la communauté hôte a aussi mentionné le manque de reconnaissance au sein de la famille ou de la communauté comme une source de détresse.

Chez les enfants interrogés en dehors du camp, les enfants réfugiés, garçons comme filles, évoquent les souvenirs comme pouvant contribuer au mal-être (« Il arrive souvent d'être triste ou en colère sans savoir pourquoi, cela peut être dû à des souvenirs qui nous ont fait mal »).

Enfin, la mention de mauvais traitements, de maltraitance est abordée par des enfants issus des 2 communautés.

#### 4.1.5 Facteurs de stress spécifiques aux éleveurs

De nombreuses personnes rencontrées dans le cadre des groupes de discussion étaient des éleveurs mauritaniens (hôtes et retournés) et Maliens (réfugiés). Cet aspect a été particulièrement abordé avec plusieurs informateurs clés et lors de divers groupes de discussion.

En effet, le conflit au Mali a des répercussions très négatives et durables chez les éleveurs, affectant particulièrement leur santé mentale. Les éleveurs mauritaniens avaient l'habitude de transhumer avec leurs troupeaux au Mali pendant la période sèche (entre août à octobre). Cependant, depuis l'amplification du conflit dans les zones frontalières, comme précisé précédemment dans cette étude, et notamment avec l'implication du groupe Africa Corps, les éleveurs mauritaniens ne peuvent plus se rendre au Mali et doivent garder leurs troupeaux en Mauritanie malgré le manque de ressources.

L'arrivée des éleveurs maliens, avec leur bétail, pèse donc à la fois sur les éleveurs mauritaniens devant partager des ressources trop faibles, et sur les éleveurs maliens perdant parfois tout ou partie de leur troupeau du fait de ce manque de ressources.

Le changement climatique a également été mentionné comme aggravant cette situation déjà très précaire. Ces impacts climatiques concernent l'aggravation des sécheresses et donc la réduction de pâturages pour les bêtes, mais aussi certains assèchements de points d'eau au Mali, causant le déplacement de pêcheurs vers la Mauritanie, pour trouver du poisson. Les réserves d'eau, déjà insuffisantes pour les agro-pastoraux, doivent aussi être partagées avec des pêcheurs maliens (activité peu pratiquée par les mauritaniens), générant encore plus de tensions.

Ainsi, la situation des communautés agro-pastorales, majoritaires dans cette région tant en Mauritanie qu'au Mali, est particulièrement affectée par le conflit malien et les mouvements de populations qui en découlent, y compris l'impossibilité de se déplacer vers le Mali pour les éleveurs Mauritaniens.

« La région du Hod El Chargui fait face à des défis environnementaux importants, notamment les changements climatiques. Ces derniers ont un impact direct sur les ressources disponibles, exacerbant les tensions entre les réfugiés et les communautés hôtes.

Cheikh Abdallahi Ewah, Coordinateur de la cellule HEC

« En quittant le Mali certains ont tout perdu et n'avaient plus que leurs bêtes. Quand on a perdu ses enfants au Mali et qu'on perd ses animaux en Mauritanie, ça fait trop.

C'est normal de devenir fou.

Homme, réfugié, Tinwaguitine



Figure 8 : Restes de bétails décimés par la rudesse climatique

Les nombreux cadavres d'animaux (vaches, moutons, chèvres, ânes...), à différents stades de décomposition, témoignent de la dureté de la situation qui semble s'installer dans la durée. Les liens avec la santé mentale sont significatifs, avec plusieurs témoignages relatant des pertes de raison face à la découverte du bétail mort.

Ces témoignages complètent ceux des communautés hôtes, qui semblent avoir de plus en plus de difficultés à accepter la perte de leur bétail du fait du partage des ressources limitées.

« Un éleveur a perdu toutes ses bêtes. Mais il continuait à les compter tous les jours, comme si elles étaient vivantes. Au lieu de compter les vaches, il comptait les bouses.

Homme, réfugié, Aghor

Le *Famine Early Warning Systems Network* alerte sur le fait que « les communautés d'accueil qui reçoivent et soutiennent les réfugiés sont confrontées à la détérioration de leur tissu économique local et à la pression sur leurs ressources naturelles. Des déficits de pâturage atypiques ont été enregistrés dans les zones pastorales de Boustia, Oumouavnadeich et Adel Bagrou. » (Fews Net, 2024).

L'organisation complète son alerte d'insécurité alimentaire aiguë en précisant que la région dans le sud-est du Hodh El Chargui est la plus préoccupante, compte tenu de la pression supplémentaire exercée par l'arrivée de milliers de réfugiés maliens au cours des derniers mois. Ces aspects pèsent donc tant sur la santé mentale des individus que sur le bien-être social et communautaire au sein des différents groupes.

## 4.2 État émotionnel et manifestations de détresse

Afin de déterminer l'état émotionnel des personnes interrogées, les échelles HADS<sup>9</sup> et RHS-15<sup>10</sup> ont utilisées dans le cadre de cette évaluation. Comme précisé dans la méthodologie, ces échelles permettent de déterminer les signes de détresse psychologique sur une population générale. L'échelle HADS comporte 14 items cotés de 0-3 et propose trois seuils de scores indicatifs interprétés comme suit : de 0 à 7 c'est l'absence de symptomatologie ; de 8 à 10 c'est une symptomatologie douteuse marquée la présence de symptômes d'anxiété ou de dépression mais pas assez marqués pour traduire une significativité clinique ; et enfin de 11 à 23 c'est une symptomatologie certaine, mais qui ne suffit pas à poser un diagnostic, et qui nécessite de consulter un professionnel. Quant à l'échelle RHS-15, elle comprend 14 questions évaluant la détresse émotionnelle et un thermomètre de détresse noté de 0 à 10. Chaque item est noté de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement), avec un score total maximal de 56. Un score  $\geq 12$  est généralement considéré comme un indicateur de détresse psychologique significative nécessitant une évaluation clinique approfondie.

Les signes de détresses ainsi explorés concernaient les manifestations de la dimension physique (douleurs musculaires ou articulaires, vertiges, affaiblissement, tachycardie ou transpiration excessive en se remémorant des événements douloureux, nervosité, agitation...) ainsi que des manifestations de la dimension émotionnelle, telles que le fait de pleurer facilement ou, au contraire, de ne plus être capable de pleurer ou d'éprouver des émotions, le fait d'avoir des pensées envahissantes, de se sentir abattu ou impuissant, ou avoir le sentiment de revivre constamment les événements difficiles.

### 4.2.1 Symptômes dépressifs et anxieux chez les répondants

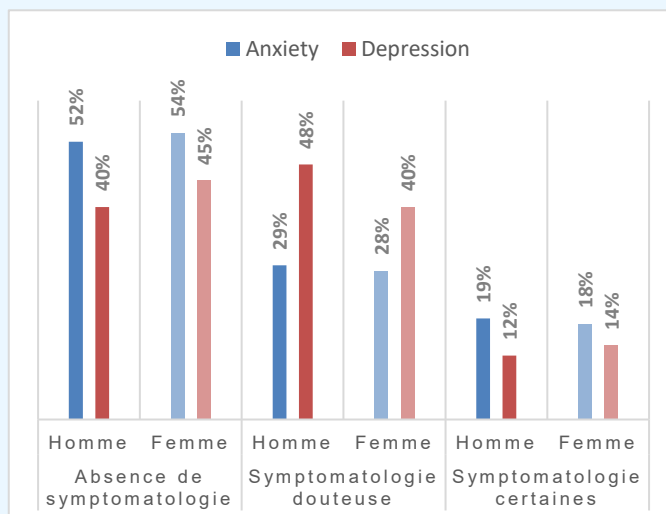
Les réponses fournies sont assez alarmantes, avec près de la moitié des personnes présentant une symptomatologie douteuse ou certaine d'anxiété et de dépression, et des taux importants chez les hommes comme chez les femmes.

Si les symptômes anxieux sont importants, avec 48% des hommes et 46% des femmes qui en présentent (douteux et certains confondus), les symptômes dépressifs culminent à un seuil élevé (60% des hommes et 54% des femmes).

Hommes et femmes ont tous fait part de situations difficiles, et de défis à gérer le quotidien, de la pression permanente pour nourrir les familles et de la peur de perdre encore plus avec la nécessité de partager des ressources faibles.

Ces taux importants sont cohérents avec les échanges qui ont eu lieu avec des personnes hôtes et réfugiées lors des groupes de discussion. Beaucoup d'entre elles ont fait part de leurs angoisses concernant l'avenir immédiat (se nourrir, avoir de l'eau potable) et à plus long terme (trouver des ressources, s'installer, éduquer les enfants). Beaucoup de réfugiés ont également partagé leurs angoisses concernant les proches restés au Mali, dont ils n'ont parfois plus de nouvelles.

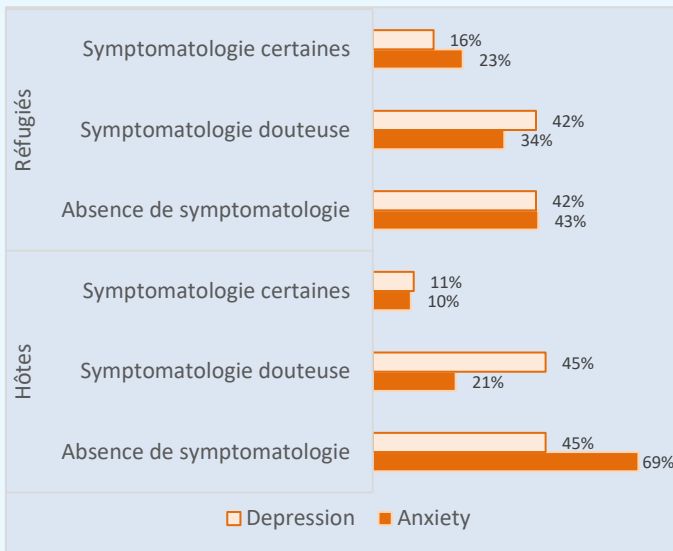
Lorsque l'on analyse plus précisément la symptomatologie selon le statut, on constate de manière assez attendue que les réfugiés ont des taux plus alarmants que les communautés hôtes, mais il est important de noter que les taux de la communauté hôte sont également très inquiétants.



Graphique 9 : Symptomatologie dépressive et anxieuse selon le sexe

<sup>9</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Est un outil de dépistage permettant d'évaluer l'anxiété et la dépression chez les populations non psychiatriques, y compris les réfugiés. Composé de 14 items répartis en deux sous-échelles ; anxiété et dépression, (Zigmond & Snaith, 1983). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf)

<sup>10</sup> Refugee Health Screener-15 (RHS-15) : Est une échelle subjective d'identification des signes de détresse psychologique chez les réfugiés, portant sur les dimensions dépression, anxiété et stress post-traumatique, (Pathways to Wellness, 2012). [https://www.refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15\\_Packet\\_PathwaysToWellness-1.pdf](https://www.refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness-1.pdf)



Graphique 10 : Symptomatologie anxieuse et dépressive selon le statut

La comparaison entre les réfugiés installés dans le camp de Mbera et ceux installés hors camp montrent des résultats relativement similaires, avec des taux de symptomatologies absentes pour la dépression de seulement 45% pour les réfugiés dans le camp et de 38% pour ceux hors camp, et respectivement de 41% et 45% pour l'anxiété.

Cependant, il est à noter que le taux de symptomatologie certaine de dépression est plus que 2 fois plus élevé pour les réfugiés installés en dehors de Mbera (24% contre 10% pour ceux installés dans le camp).

Cette différence significative est importante à prendre en compte dans l'organisation des interventions car elle met en avant l'importance de prévenir et prendre en charge la santé mentale des réfugiés installés hors du camp pour réduire les états dépressifs dont ils semblent être atteints. Cette donnée peut aussi montrer que le soutien disponible au sein du camp pourrait avoir un impact positif sur le risque dépressif des réfugiés qui y sont installés.

Les données collectées montrent aussi que la symptomatologie certaine, que ce soit pour la dépression comme pour l'anxiété, est beaucoup plus importante chez les personnes arrivées depuis moins de 6 mois. Il est important de préciser que, comme nous l'ont signalé plusieurs informateurs clé, les violences se sont accrues et les modalités de conflit ont évolué, notamment avec l'arrivée de l'Africa Corps et l'utilisation de nouvelles armes comme les drones. Cet aspect est important car il pourrait indiquer que les symptômes sont certes liés au temps passé dans un lieu plus sécurisé, mais aussi qu'ils pourraient être significatifs de l'impact émotionnel de l'intensification des violences.

#### 4.2.2 Manifestations de la détresse

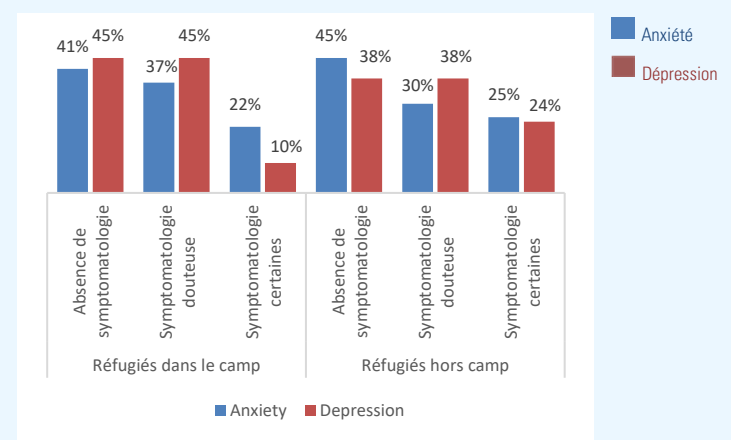
Comme précisé dans la méthodologie, le HRS-15 a été utilisé et adapté aux objectifs de l'enquête, non pas pour dépister les troubles mais pour mieux identifier les signes et manifestations fréquents chez les populations ciblées par l'étude.

Les manifestations et signes de détresses ainsi explorés concernaient les manifestations physiques (douleurs musculaires ou articulaires, vertiges, affaiblissement, tachycardie ou transpiration excessive en se remémorant des événements douloureux, nervosité, agitation, etc.) ainsi que des manifestations plus émotionnelles telles que le fait de pleurer facilement ou, au contraire, de ne plus être capable de pleurer ou d'éprouver des émotions, le fait d'avoir des pensées envahissantes, de se sentir abattu ou impuissant, ou avoir le sentiment de revivre constamment les événements difficiles.

Si l'on prend les données globales (symptomatologie dépressive et anxieuse), on note 44% de la communauté hôte présentant une symptomatologie douteuse ou certaine (10% certaine) et 58% des réfugiés présentant la même symptomatologie, dont 20% certaine (le double).

Le tableau ci-contre présente les résultats plus désagrégés. Ils permettent de constater que les réfugiés sont plus affectés par l'anxiété (23% de symptomatologie certaine contre 16% pour la dépression).

S'il était attendu que les réfugiés soient plus à risque de troubles anxieux ou dépressifs du fait de leur vécu au Mali et de leur situation actuelle, ce qui est confirmé, il est important de constater que les communautés hôtes, bien qu'ayant des taux moins élevés, présentent des symptomatologies anxieuses et dépressives élevées.



Graphique 11 : Symptomatologie anxieuse et dépressive selon le lieu d'installation des réfugiés

Avoir des douleurs au niveau des muscles, des os, des articulations	49%	14%	37%
Penser excessivement, avoir trop de pensées	46%	16%	39%
Se sentir impuissant(e), incapable	37%	17%	47%
Se sentir abattu(e) ou triste	35%	15%	50%
Avoir des vertiges, des sensations d'affaiblissement ou je se sentir comme si vous alliez vous évanouir	34%	17%	50%
Avoir des réactions physiques (par exemple : transpiration ou battements de cœur plus rapides) en vous rappelant d'un événement vécu très difficile	30%	14%	56%
Ressentir de la nervosité, de l'instabilité ou des tremblements à l'intérieur	30%	14%	56%
Être soudainement effrayé(e) sans raisons	30%	15%	56%
Se sentir agité(e), ne pas parvenir à rester tranquille	29%	12%	58%
Avoir l'impression de revivre un événement très difficile qui vous est arrivé	28%	14%	58%
Pleurer facilement	23%	10%	68%
Être plus nerveux(se) ou de sursauter plus facilement (par exemple, quand quelqu'un s'approche par derrière)	21%	13%	66%
Ne sentir aucune émotion ou de se sentir émotionnellement insensible (se sentir triste sans pouvoir pleurer, ou incapable de ressentir de l'affection)	18%	12%	70%

■ Beaucoup ou extrêmement ■ Moyennement ■ Peu ou pas du tout

Graphique 12 : Manifestations de détresse selon leur fréquence ou intensité

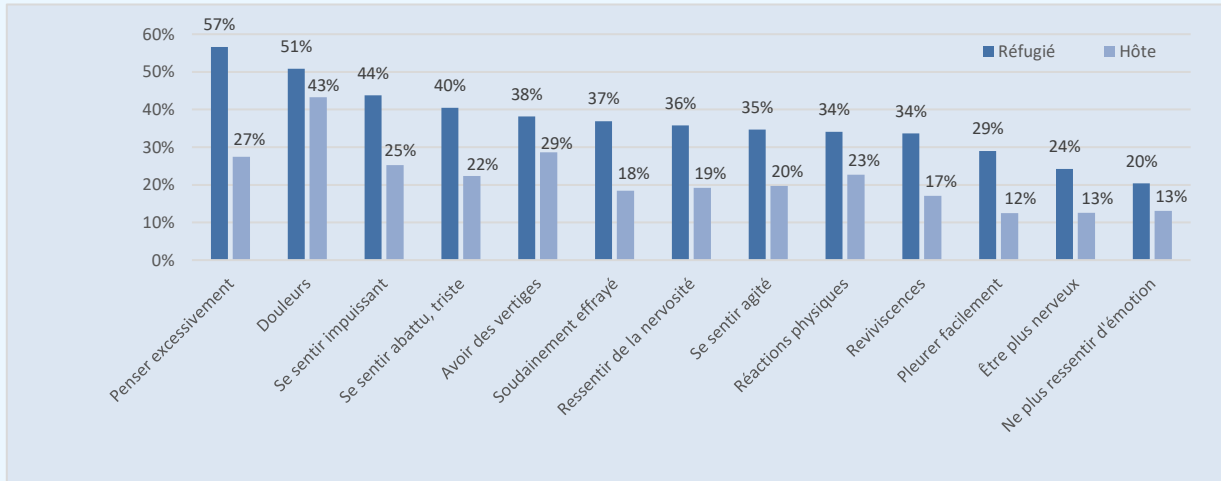
Comme le montre ce schéma, le fait de se sentir envahi par les pensées, impuissant ou abattu apparaît comme étant la seconde manifestation de détresse ressentie (respectivement 46%, 37% et 35%). Ces manifestations, pouvant également correspondre à des signes dépressifs, coïncident avec les données fournies concernant l'état émotionnel, où une grande proportion laissent apparaître des symptômes douteux ou forts de dépression.

De manière globale, ces réponses indiquent une grande variabilité des manifestations, avec une intensité forte à extrême chez un tiers à près de la moitié des répondants.

Lorsque l'on observe plus spécifiquement la répartition de ces signes et manifestations selon le sexe, il apparaît que les mêmes signes se retrouvent chez les hommes et chez les femmes, avec cependant une fréquence ou intensité moindre chez les hommes.

Par exemple, les hommes vont moins fréquemment se sentir impuissants (29%, contre 43% des femmes) et, contrairement aux discours collectés lors des groupes de parole, 26% des hommes admettent pleurer facilement dans les situations de détresse. Pleurer est culturellement accepté pour les femmes, mais il est communément admis que les hommes doivent se montrer forts et résistants. Lors des discussions, ils disaient ne pas pleurer, mais plusieurs ont reconnu pleurer lorsqu'ils sont seuls. De même les sensations de vertige, les réactions physiques, la nervosité ou le fait de se sentir effrayé font partie des manifestations marquées par une prévalence plus importante parmi les femmes.

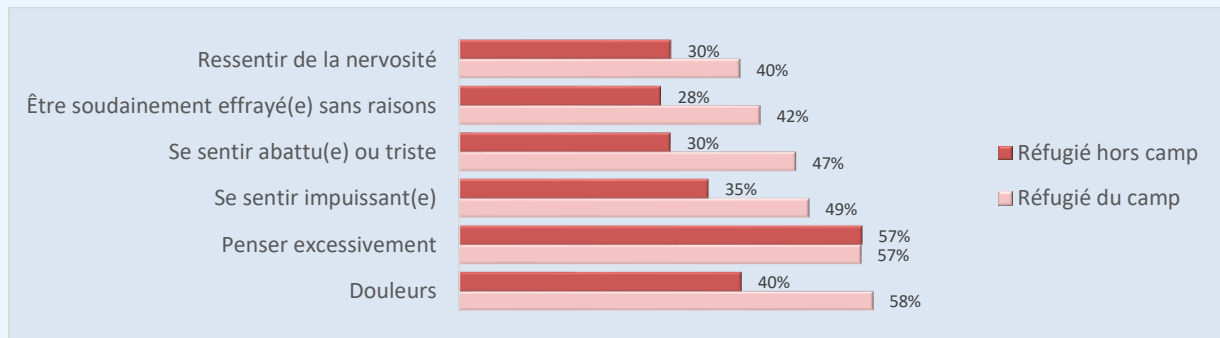
Les différences sont plus marquées lorsque l'on compare les manifestations indiquées par les communautés hôtes et réfugiées :



Graphique 13 : Manifestations de détresse selon le statut

Si les douleurs musculaires et articulaires sont, pour les 2 communautés, une manifestation fréquente en cas de stress ou de détresse, le fait d'avoir des pensées invasives, des reviviscences, de se sentir agité ou nerveux, de se sentir impuissant, triste et de pleurer facilement sont des signes qui ont été près de 2 fois plus mentionnés par les populations réfugiées que par les populations hôtes.

Lorsque l'on se focalise sur les réfugiés, on constate que les réfugiés installés dans le camp indiquent avoir plus de manifestations de détresse que ceux installés hors du camp. Le graphique suivant montre les 6 pourcentages les plus élevés (supérieurs à 40%) de personnes des 2 catégories ayant répondu beaucoup ou extrêmement lorsqu'ils étaient interrogés sur l'intensité des manifestations physique de la détresse.



Graphique 14 : Manifestations de détresse chez les réfugiés selon qu'ils vivent dans ou hors du camp

La perte d'émotions, qui a été peu mise en avant dans le cadre des réponses aux questionnaires, a été mentionnée par les participants au groupe de discussion avec les réfugiés d'Aghor (hommes). Ces derniers ont partagé le fait de se sentir comme "des images vides, des photos sans émotions, sans pensées". Ils ont partagé le fait d'avoir vécu trop d'émotions négatives, d'avoir vu trop d'horreurs, et d'avoir perdu toutes leurs émotions..

« On n'a pas les moyens de payer pour boire, pour manger, ou pour se soigner. On y pense tout le temps mais on ne trouve pas de solutions. On accueille les réfugiés, c'est normal, on est de la même famille. Mais certains prennent notre travail. Y'en a un qui s'est mis à vendre de la viande à côté du boucher du village. Ça c'est pas normal. Homme, hôte, Aghor

Concernant le fait de se sentir nerveux et agité, cela a également été abordé lors de plusieurs groupes de discussion, notamment sur le prisme de la patience. La plupart des participants, hommes et femmes, réfugiés comme hôtes, ont indiqué que lorsque la situation devenait très difficile, ils pouvaient avoir moins de patience avec leurs enfants et qu'il leur arrivait plus souvent de les frapper. La sanction physique semble admise par tous, elle est représentée comme un moyen "efficace" pour éduquer l'enfant. Si les situations de crises se caractérisent aussi par l'exacerbation

de la violence à l'encontre des enfants, les données recueillies dans ce contexte ne montrent pas une évolution significative des sanctions physiques qui pourraient être symptomatiques de la détresse parentale. Concernant les VBG, les répondants ont affirmé que les violences envers les femmes (et les filles) sont plus rares.

Les manifestations identifiées dans le cadre du questionnaire sont plus particulièrement liées à l'état émotionnel qui a été analysé, renforçant la part importante de personnes présentant des symptômes anxieux ou dépressifs.

Les signes de manifestations de troubles de la santé mentale ont surtout été abordés lors des groupes de discussion. Il a été demandé aux participants de décrire comment ils pouvaient identifier qu'une personne souffrait de troubles mentaux. Pour la plupart, les troubles importants de la santé mentale sont soit acquis à la naissance, soit liés à des chocs dans le parcours de vie. Dans ce second cas, le problème pourrait venir soit d'un traumatisme « trop violent à encaisser », ou du maintien durable dans une situation trop difficile, comme le fait de ne pas trouver de quoi boire ou manger, ou de perdre ses proches ou tous ses biens.

« Quand on n'a rien, c'est difficile. Mais quand on avait beaucoup et qu'on a tout perdu, c'est encore plus difficile. On se relève plus difficilement, et beaucoup perdent la raison quand elles réalisent qu'elles n'ont plus rien.

Homme, réfugiée, Aghor

Lors des groupes de discussion, les participants ont partagé l'expérience de personnes « normale » ayant perdu la raison suite à l'exposition aux atrocités.

L'évaluation a voulu déterminer les manifestations locales de la détresse psychologique et des troubles mentaux. Les résultats d'analyse de contenus indiquent une certaine variabilité de manifestations, mais aussi des constantes qui sont revenues dans tous les groupes :

- Ne répond pas quand on lui parle mais parle à des personnes qui ne sont pas présentes (symptômes dissociatifs et hallucinatoires). Une habitante de Tinwaguitine, témoigne ainsi : « un jour, mon voisin s'est mis à parler tout seul, puis il ne répondait pas quand on lui parlait. Il reste chez lui, on lui apporte à manger, il ne sort plus, et parle tout seul. »
- Ne s'habille plus, essaie de sortir nu, ou ne se lave plus. Une femme réfugiée partage le fait que sa fille, adolescente, est devenue ainsi depuis quelques temps, qu'elle refuse de se laver ou de s'habiller. Elle reste donc à la maison, et ne voit plus personne.
- Devient violent (à l'égard de ses enfants, son épouse, les autres adultes) est pour beaucoup de répondants un signe d'altération mentale. De même que le fait de ne pas respecter les anciens qui, selon eux (hôtes comme réfugiés) est un signe fort que la personne a perdu la raison.
- Certains font des choses anormales, comme le cas d'un éleveur qui s'est mis à compter les bouses de ses vaches quand il ne pouvait plus compter ses vaches qui étaient toutes mortes.

Ces troubles sont parfois liés à des traumatismes (avoir été le témoin direct d'exactions commises à l'encontre d'un de leurs proche), à la détresse qui dure, mais pour beaucoup le lien est mystique et la personne présentant ce type de signes est possédée.

Il y a donc une représentation différente des personnes en détresse émotionnelle qui sont affectées par la situation, et les personnes ayant décompensé ou souffrant de trouble mental dont la cause est plutôt attribuée aux esprits maléfiques. Cet aspect, détaillé dans la section concernant les représentations, est important pour orienter les approches dans le domaine de la santé mentale qui nécessite une sensibilisation importante pour déconstruire certaines croyances pouvant nuire aux patients (beaucoup étant enfermés ou entravés).

### 4.2.3 Influence des conditions de vie sur la Santé mentale et le bien être

Au regard des données, la perception des besoins non couverts semble être un marqueur significatif de détresse psychologique. En effet, parmi ceux qui ont considéré les problèmes listés comme très graves (accès limité aux informations, accès limité aux moyens de subsistance), il est observé que 66% d'entre eux présentent également une symptomatologie anxiodépressive douteuse ou certaine. Sans supposer de lien en l'absence de tests d'inférence causale, la co-occurrence de ces observations peut démontrer une certaine corrélation.

En effet, l'accès limité aux informations essentielles (sur l'aide, les droits des réfugiés, les opportunités économiques ou les services disponibles) peut générer ou renforcer le sentiment d'incertitude. Laquelle empêche les personnes de se projeter d'anticiper et de planifier, générant ainsi un sentiment de non-contrôle et d'impuissance acquise. De même, l'expression simultanée des difficultés d'accès aux moyens de subsistance et aux soins de santé peut s'expliquer par le

modèle du stress psychosocial<sup>11</sup>. Suivant ce modèle, les populations vulnérables rencontrées perçoivent l'insécurité économique et les obstacles aux soins comme des menaces majeures pour leur bien-être et leur survie, ce qui génère de la détresse psychologique. Conformément au modèle, les individus évaluent ensuite leurs ressources pour faire face aux adversités perçues. Or pour beaucoup, les ressources (financières, sociales, institutionnelles) étant perçues comme insuffisantes, un sentiment d'impuissance et d'incertitude s'installe, contribuant à des réactions anxieuses et dépressives (désintérêt, retrait, résignation). Cette observation montre que la détresse psychologique augmente la sensibilité aux problèmes environnementaux (biais de négativité) tandis que l'accumulation de problèmes non résolus exacerbe les états de détresse et de rumination, renforçant ainsi les symptômes anxieux et dépressifs.

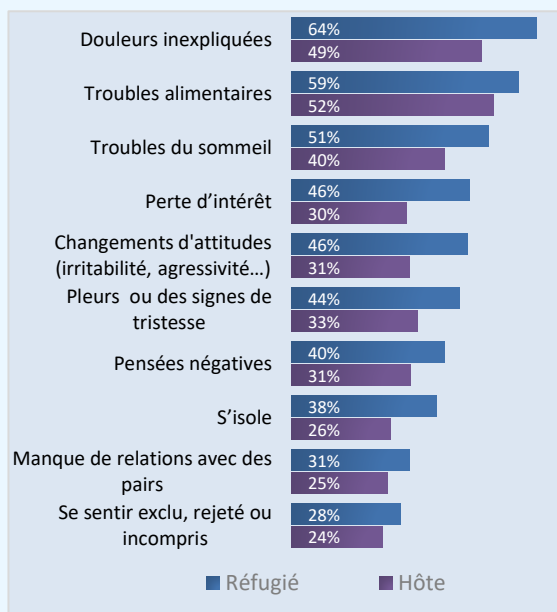
#### 4.2.4 État émotionnel et manifestations chez les enfants

85% des personnes interrogées ont indiqué avoir un ou plusieurs enfants. Des questions ont été posées à ces parents pour déterminer quel est, selon eux, l'état émotionnel des enfants.

Les questions concernaient surtout des manifestations pouvant indiquer un état de mal-être chez les enfants. Les relations aux autres, les troubles de l'alimentation ou du sommeil, les douleurs inexplicables représentent des potentiels signes de problématiques en santé mentale. L'objectif était plus d'identifier si les parents perçoivent ce genre de troubles chez leurs enfants que de confirmer l'existence de ces troubles sur le plan clinique.

Le schéma ci-contre montre que plus d'un tiers des parents ont constaté des signes de mal-être potentiel chez leurs enfants, notamment en ce qui concerne les manifestations physiques (douleurs), en lien avec le sommeil et au niveau des comportements (agressivité, renfermement, irritabilité ou perte d'intérêt).

Il est également intéressant de noter que plus de la moitié (58%) des parents ont constaté des douleurs inexplicables chez leurs enfants, qui se plaindraient plus souvent ou plus qu'avant de maux de tête ou de ventre, 56% indiquent des troubles de l'alimentation (perte d'appétit, sentiment de ne pas être rassasié même après manger) ou encore que 46% indiquent l'apparition de troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, sommeil excessif, cauchemars).



Lorsque sont comparées les réponses fournies par les parents réfugiés ou hôtes, on peut constater que, bien que tous les parents indiquent des troubles fréquents chez les enfants, ceux qui sont réfugiés présentent globalement plus de signes pouvant être associés à des problématiques de santé mentale. Les douleurs inexplicables concerneraient près de deux tiers des enfants, et plus de la moitié aurait des troubles de l'alimentation et du sommeil.

Cet aspect a souvent été mentionné par les parents rencontrés lors des groupes de discussion. En effet, plusieurs parents, mères comme pères, et notamment dans les groupes de réfugiés, ont mentionné le fait que leurs enfants sont perturbés, dorment mal, semblent désobéir davantage.

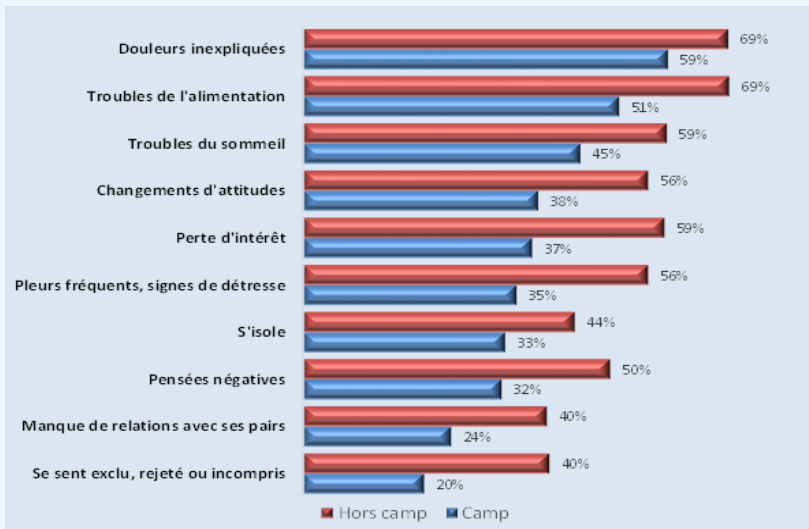
« Mon fils dort très mal depuis qu'on a dû fuir. Il a vu beaucoup de choses horribles et souvent il se réveille la nuit, il fait des cauchemars. Il est souvent fatigué. »  
Femme, réfugiée, Mbera

Graphique 15 : Perceptions parentales des manifestations de détresse chez les enfants

Pour les parents, il est parfois difficile de déterminer si les troubles alimentaires de leurs enfants sont associés au manque de ressources ou au faible appétit observé.

Les signes de tristesse et les pleurs sont indiqués pour 44 % des enfants réfugiés (33 % en comparaison avec les enfants hôtes), et les pensées négatives pour 38 % par rapport à 26 % des enfants hôtes. Il y a globalement un quart à un tiers d'enfants affectés sur le plan psychosocial en plus chez les enfants réfugiés que chez les enfants des communautés hôtes.

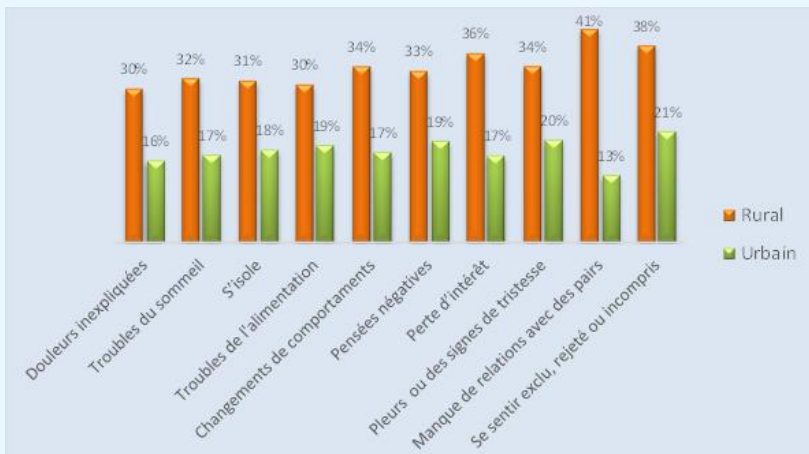
<sup>11</sup> Modèle développé par Lazarus et Folkman (1984), qui explique la manière dont les individus évaluent et réagissent aux situations stressantes, à travers l'évaluation cognitive et la mise en place de stratégies d'adaptation centrées soit sur le problème (résolution active) ou sur l'émotion (gestion du ressenti).



Graphique 16 : Signes de mal-être chez les enfants réfugiés selon qu'ils vivent dans le camp ou en dehors

Lorsque l'on compare les réponses données au sujet des enfants installés dans le camp à ceux installés hors du camp, il apparaît que les parents notent plus de signes de mal-être pour les enfants hors de Mbera. L'un des possibles facteurs pouvant orienter la justification de cet écart est le fait que les personnes installées hors du camp sont souvent arrivées depuis peu de temps. L'augmentation des violences dont les enfants ont pu être témoins avant de quitter le Mali et la perte de repères, peut expliquer qu'ils se sentent moins bien que ceux installés dans le camp, souvent arrivés depuis plus longtemps, voir qui sont nés dans le camp, un cadre qui se veut plus sécurisant, avec une meilleure qualité prise en charge.

Les enfants bénéficient de plus de soutien, ainsi que les parents, au sein du camp. Ils ont accès à plus de services et à plus d'informations et de sensibilisations pour mieux soutenir leurs enfants grâce au travail des différents acteurs qui y sont présents, tels que les ONG, les agences onusiennes et aussi les pairs présents depuis longtemps (par exemple les femmes ressources).



Graphique 17 : Signes de détresse selon le milieu de vie

Enfin, lorsque l'on analyse les troubles signifiés par les parents selon les lieux de vie, on constate que les troubles sont plus souvent indiqués par des parents vivant en zone rurale. Les parents installés en zone urbaine notent moins de comportements différents ou de troubles apparents chez leurs enfants. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que certaines ressources (nutritionnelles, éducationnelles, soins de santé), sont plus accessibles en zone urbaine.



Ces problématiques sont également apparues pendant les discussions avec les groupes de jeunes et d'enfants. Lors des échanges avec ceux de Mbera, tous ont indiqué faire des cauchemars. Ils n'ont pas raconté ce qu'ils ont vécu ou dont ils ont été témoins, mais ont tous fait part de grandes peurs. Ils ont affirmé se sentir maintenant bien et en sécurité dans le camp, mais continuer à avoir des pensées sombres, des inquiétudes ou des souvenirs difficiles, et que cela affecte leurs nuits (ils ont principalement indiqué avoir des troubles du sommeil). Ce sont les réfugiés arrivés depuis peu qui ont le plus partagé avoir des pensées envahissantes ou des idées noires. Ces discours se retrouvaient de manière équivalente chez les filles et les garçons, et parmi les différents groupes ethniques. La principale différence apparaissait entre ceux arrivés récemment dans le camp et ceux présents depuis plusieurs années. Les enfants nés dans le camp, ou qui y sont depuis longtemps, n'ont pas indiqué de telles manifestations. Les jeunes (adolescents) ont également indiqué quelques troubles du sommeil, mais surtout des tendances à l'isolement.

Tous les enfants et jeunes ont affirmé que lorsqu'ils se sentent mal, soit ils s'isolent, soit au contraire, ils vont chercher à jouer davantage avec leurs amis pour oublier leurs soucis. Tous les enfants ont par ailleurs indiqué avoir des amis, des camarades de jeux. Ils ont indiqué connaître un seul enfant qui serait isolé et ne souhaitait pas jouer avec les autres (ils parlaient tous du même enfant).

Les garçons et les filles ont également partagé le fait que le genre joue beaucoup sur la manière de réagir, notamment à partir de l'adolescence. Ainsi il est admis qu'une fille manifeste sa tristesse en pleurant alors que, chez les garçons, pleurer est un signe de faiblesse qui ne leur est pas permis.

Lors les échanges avec ces jeunes, les facilitateurs les ont amenés à aborder le comportement de leurs parents. Il leur était demandé s'ils savaient reconnaître quand leurs parents étaient en détresse, et quels comportements de leurs parents pouvaient indiquer cette détresse. L'ensemble des enfants et jeunes ont affirmé que cela arrivait effectivement souvent que leurs parents soient en difficulté, ce qui se traduit souvent, selon eux, par des changements brutaux de comportements, et notamment plus de colère. Les parents crient plus fort et plus souvent. Plusieurs filles ont mentionné en plus, davantage de comportements colériques, parlé d'une augmentation des réprimandes physiques (« ils tapent plus souvent »). Ces discours, comme ceux avec les adultes, montrent une tendance à normaliser les réprimandes physiques. Le fait de frapper un enfant est vu comme une manière normale d'éduquer un enfant. Il est perçu comme justifié ou normal le fait que les défis des parents se traduisent par une diminution de patience et donc une augmentation des violences physiques. Dans un des groupes de filles (hôtes, 14-18 ans) il a également été question de parents qui s'isolent, ne voient plus leurs amis.

Ces témoignages, collectés auprès des enfants et des jeunes, montrent qu'ils sont susceptibles de faire face à des situations de stress eux-mêmes qu'il leur est difficile de comprendre et de gérer, et aussi qu'ils risquent de subir les mécanismes de défense négatifs de leurs parents lorsque ces derniers sont en détresse.

## 4.3 Perceptions et représentations

### 4.3.1 Perception de la santé mentale chez les publics ciblés

Les échanges concernant les manifestations ont permis de montrer que les personnes interrogées ont une représentation différente des problématiques psychosociales et de celles relevant plus de la santé mentale. Les problématiques psychosociales, notamment les angoisses, le stress et la tristesse sont associées à des facteurs externes, comme la pauvreté, le manque de ressources ou les traumatismes vécus. Les troubles plus graves de la santé mentale sont considérés comme soit liés à l'incapacité de surmonter la situation (traumatismes trop forts, situation trop durable), soit liés à des causes mystiques ou religieuses.

Les données collectées à travers les groupes de discussions montrent que les réponses sont globalement les mêmes quels que soient le sexe, le statut ou le lieu de vie. Les représentations dominantes sur les personnes présentant un trouble de la santé mentale sont les suivantes :

#### → Considérations et représentations positives

- Reconnaissance des troubles mentaux comme des problèmes réels par plusieurs groupes ayant mentionné que les difficultés psychologiques peuvent survenir suite aux problèmes de pauvreté, perte d'un proche, violences. C'est une reconnaissance de la part non mystique des troubles, laissant supposer que la résolution des problèmes causant le trouble entraîne sa résolution.

“ Une personne qui a un problème de santé mentale réagit mal, elle a des comportements très mauvais, elle est toujours à l'écart. Pour savoir qu'une personne a des problèmes de santé mentale, c'est facile à partir de ses gestes, de son comportement, de ses paroles.

Femme, hôte, Kossana

- L'importance du soutien social et professionnel : certains participants évoquent le rôle positif des psychologues et expriment un besoin de services spécialisés pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Mentionnant également que le secret professionnel des psychologues peut être bénéfique.
- Valorisation de l'inclusion sociale : à Kossana, il est mentionné que les personnes « saines d'esprit » doivent aider les personnes atteintes en les intégrant dans la vie communautaire. Cette conception du devoir d'entraide, reflète l'idée que l'assistance aux personnes vivant un trouble de santé mentale est perçue comme une responsabilité collective, voir comme un devoir social. Constituant une opportunité pour les initiatives de santé mentale à base communautaire.
- Rejet de certains préjugés réducteurs au sein de certaines communautés : certains participants dénoncent le fait que les malades mentaux sont souvent isolés à cause des stéréotypes qui leurs sont projetés.

### ➔ Considérations dégradantes

- Réduction de la personne à son trouble : dans tous les groupes (Mbera zone 4, bloc 4,6 et 7, site de réfugiés Kossana, Kossana village & Bassiknou) les témoignages, remontent qu'une personne avec un trouble mental est perçue comme "non apte d'esprit", "ayant des comportements très mauvais", "toujours à l'écart", "réagissant mal".
- Méthodes de gestion inappropriées : l'attachement ou l'isolement des personnes souffrant de troubles mentaux est mentionné comme une pratique courante, ce qui constitue une atteinte à leur dignité.
- Absence d'accès aux soins spécialisés : la prise en charge est principalement assurée par des marabouts, faute de psychologues, ce qui peut limiter l'accès à des soins appropriés.
- L'association entre troubles mentaux et pratiques religieuses : à Kossana, être sain d'esprit est lié à "la peur de son créateur et du châtiment du feu", ce qui laisse penser que les troubles mentaux peuvent être perçus comme une forme de "punition divine".
- Minimisation du rôle des spécialistes : si certains reconnaissent l'importance des psychologues, d'autres insistent davantage sur l'accompagnement par des marabouts, ce qui peut traduire un manque de confiance dans les approches de soins "modernes".
- Les malades sont perçus comme asociaux : certains témoignages insistent sur le fait que les personnes atteintes de troubles mentaux ne veulent "rien partager avec les autres", ce qui pourrait renforcer leur isolement. Leurs conduites asociales ne sont pas perçues comme des signes de souffrance, mais plutôt comme acte de mauvaise volonté.

Les données issues de l'évaluation des perceptions individuelles tendent à corroborer celles recueillies lors des groupes :

- ➔ Une personne ayant un trouble mental peut être dangereuse pour les autres, avec une moyenne de 95% (moyenne des réponses affirmatives de l'ensemble des 3 critères pris en compte) ;
- ➔ Une personne ayant un trouble mental peut être dangereuse pour elle-même, avec une moyenne de 93% ;
- ➔ Les troubles mentaux sont causés par le stress et les difficultés de la vie quotidienne, avec une moyenne de 91% ;
- ➔ Il est acceptable de demander de l'aide en cas de stress ou d'anxiété, avec une moyenne de 86%.
- ➔ Le fait que pour plus de 90% des répondants les personnes souffrant de trouble mental représentent un danger soit pour elles-mêmes, soit pour les autres, a également été souvent mentionné pour justifier la nécessité de maintenir ces personnes enfermées, voire attachées.

« Lorsque le psychiatre de MSF était présent, il prenait en charge les réfugiés souffrant de troubles mentaux et parvenait parfois à les guérir. Certains malades ont été soignés avec succès, et les chaînes qui les retenaient ont été retirées. Cependant, après le départ du psychiatre en 2018, ces personnes n'ont plus accès à des soins psychiatriques, et leur situation est redevenue difficile. Ils sont le plus souvent attachés.

Homme, réfugiée, Mbera

➔ **Note :** Les pratiques d'attachement remontées dans les zones de Kossana (site de réfugié), Bassiknou et Kossana village, sont des mesures de contention locales, utilisées pour maîtriser une personne violente pour elle-même ou pour les autres. Ces pratiques d'attachement sont influencées par le manque de moyens de contention adaptés, conduisant parfois à des mesures coercitives qui peuvent porter atteinte à la dignité des personnes concernées.

Ces réponses montrent la probable stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux, et la gestion souvent inappropriée de ces problématiques, du fait d'un manque d'informations, et aussi de l'absence de solutions adaptées, et aussi de la crainte du regard des autres. Lors des échanges dans les groupes de discussion, plusieurs personnes ont affirmé qu'il est normal qu'une personne qui ne se comporte pas normalement reste enfermée et, s'il le faut, attachée, car elle peut être violente.

Plusieurs participants ont indiqué par ailleurs que les personnes ayant un handicap mental comme physique ne pouvaient pas être intégrées dans la communauté, et ne pouvaient pas travailler. Elles restent à la charge de leur famille, dans lesquelles quelquefois elles sont mises à l'écart, et ne participent à aucune activité

L'autre information particulièrement mentionnée concerne la perception sur le fait de demander de l'aide en cas de détresse. Cette question permettait de voir si le stress et l'anxiété sont sources de stigmatisation ou de honte, ce qui s'avère ne pas être le cas puisque 86% en moyenne des répondants considèrent qu'il est acceptable de solliciter de l'aide en situation de détresse.

“ Souvent dans nos communautés un malade mental qui n'est pas stable, il est attaché ou isolé. Une famille qui a un malade mental doit prendre soin de lui, le soigner et le nourrir.

Femme, hôte, Aghor

### 4.3.2 Perception des causes des troubles mentaux et psychosociaux

Le questionnaire a mis en avant le fait que 81% des répondants pensent que les troubles mentaux ont des causes spirituelles (par exemple, possession, mauvais œil). Ces causes spirituelles sont le plus souvent attribuées aux troubles mentaux avec lesquels une personne serait née, ou qui apparaîtraient alors qu'il n'y a pas de traumatismes ou de justifications apparentes.

Le fait que des personnes puissent avoir des troubles de la santé mentale du fait de leur situation a été abordé par de nombreux participants aux groupes de discussions, tous statuts confondus. Selon ces discours, les difficultés peuvent engendrer des troubles psychosociaux (tristesse, anxiété, retrait, troubles du sommeil ou de l'alimentation) et, lorsque ces difficultés sont trop importantes ou qu'elles durent sans que la personne ne soit aidée, alors ces troubles peuvent se détériorer et amener à "la folie", "la perte de la raison". Ainsi les principales causes indiquées par les personnes interrogées ou rencontrées peuvent être représentées comme dans le schéma proposé ci-dessous.

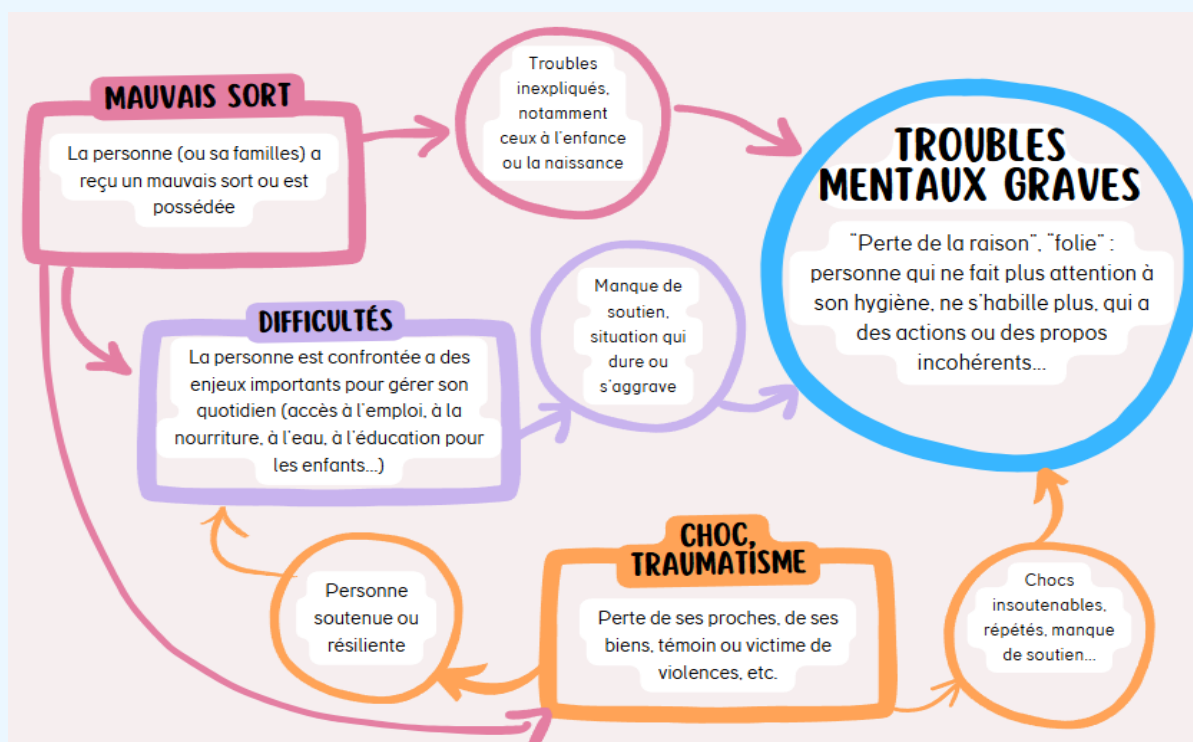


Figure 9 : Causes identifiées par les communautés des troubles de santé mentale

Cette schématisation a été élaborée sur la base des retours des patients lors de discussion de groupes. Il apparaît que :

- Les traumatismes peuvent directement entraîner une perte de la raison, durable ou temporaire selon les témoignages. Certaines personnes réalisant les pertes subies peuvent réagir de manière violente et subite, entraînant leur enclavement selon plusieurs témoignages, le "temps de se calmer".
- Dans certains cas, ces traumatismes sont contenus, gérés parce que la personne est plus résiliente ou mieux soutenue. Alors elle pourrait avoir des manifestations similaires à celles des personnes faisant face à des difficultés importantes de la vie, comme le manque, les problèmes d'accès, etc. Cette dernière catégorie entraînera de la tristesse, des troubles du sommeil, de l'alimentation, mais si les difficultés persistent ou s'aggravent alors ces troubles peuvent devenir aussi des troubles graves de la santé mentale. Les traumatismes et difficultés de la vie quotidienne sont identifiés comme liés aux troubles mentaux pour 92% des répondants.
- Enfin, les causes mystiques (mauvais sort, envoûtement, ensorcellement, etc.) sont identifiées comme pouvant directement altérer la santé mentale, notamment lorsque les troubles apparaissent chez les enfants ou de manière non liée à un événement identifié, bien qu'elles puissent aussi être perçues comme parfois liées voire responsable des difficultés et chocs subis.

Il y a une proportion moins importante de répondant considérant que les troubles mentaux sont liés à des facteurs biologiques (48%), que les parents sont responsables de l'état de la personne (36%), ou encore que la personne serait elle-même responsable de son état (21%).

« Dans le camp, de nombreux réfugiés souffrent de problèmes de santé mentale. Certains réfugiés arrivés récemment sont traumatisés par les événements qu'ils ont vécus avant leur arrivée. Les symptômes de ces traumatismes varient, allant de l'hyperactivité à l'insomnie, en passant par un comportement apathique. Homme, réfugié, Mbera

Ces différentes données sont essentielles pour identifier les approches à prioriser pour orienter les interventions en santé mentale et soutien psychosocial. En effet, il est intéressant de constater que certaines perceptions pouvant entraîner des comportements inappropriés sont largement partagées par toutes les communautés ciblées. Un travail important de sensibilisation et d'information sera donc à envisager pour faire évoluer ces perceptions et contribuer aux traitements adaptés et complémentaires pour les personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que pour favoriser leur inclusion sociale.

Ces représentations sont également à prendre en compte pour mieux identifier les ressources habituelles des communautés ciblées pour faire face aux problématiques en santé mentale et bien-être psychosocial. En effet, le fait de considérer que les troubles mentaux

« Quand la personne en-casse beaucoup, elle peut avoir des troubles mentaux. Homme, réfugié, Kossana

peuvent être liés à des sorts par exemple peut orienter les personnes vers des tradipraticiens plutôt que vers des professionnels de santé ou de santé mentale. Ces aspects seront

abordés plus en détail dans la partie suivante, car les perceptions et représentations peuvent être tant liées aux ressources qu'aux barrières.

#### 4.4 Ressources, barrières et enjeux en SMSP

Les moyens disponibles ou connus par les communautés ciblées pour faire face à la détresse et au stress, et pour surmonter les troubles de la santé mentale, sont divers mais restent limités dans cette zone.

Pour les difficultés psychosociales, le recours aux proches a été identifié comme le plus soutenant par l'ensemble des répondants, avec la mise en avant de l'importance de la socialisation pour les populations mauritaniennes et réfugiées. Concernant les troubles plus graves de la santé mentale, le recours aux guérisseurs traditionnels, notamment les *marabouts*, a été indiqué comme solution la plus fréquente.

L'accès aux soins de santé mentale et de soutien psychosocial professionnels implique des intervenants formés et des spécialistes en capacité de coordonner des activités adaptées et de superviser les équipes. Dans le contexte mauritanien, et plus spécifiquement celui lié aux mouvements de population dans le HEC, tant le soutien psychosocial encadré par des professionnels, que les services de santé mentale gérés par des spécialistes, font défaut malgré leur pertinence pour répondre aux besoins des personnes affectées.

L'une des principales difficultés dans le HEC relève de l'absence de personnels disponibles et formés dans ces domaines, mais d'autres aspects peuvent limiter l'accès aux soins plus spécialisés en SMSP. Il est important d'identifier quelles ressources sont déjà présentes et utiles, lesquelles pourraient s'avérer néfastes et, enfin, quelles sont les barrières qu'il serait important de contourner pour favoriser l'accès et la volonté des membres des différentes communautés vers les services SMSP proposés ou prévus.

« Les traumatismes subis au Mali par les réfugiés sont exacerbés par les conditions difficiles de leur nouvelle vie en Mauritanie, où ils doivent partager des ressources limitées avec les communautés locales. Ces traumatismes se manifestent de différentes manières : stress chronique, anxiété, troubles du sommeil et, dans certains cas, des comportements violents ou d'agitation. Certains réfugiés souffrent de troubles mentaux graves nécessitant une prise en charge psychiatrique. Cependant, les ressources pour traiter ces troubles sont limitées. Par le passé, Médecins Sans Frontières avait déployé un psychiatre pour soigner les réfugiés, mais depuis le départ de cette organisation, l'accès aux soins psychiatriques est très insuffisant. Cheikh Abdallahi Ewah, Coordinateur de la cellule HEC

#### 4.4.1 Bénéfices et risques des ressources traditionnelles

« En l'absence de soins psychiatriques spécialisés, les réfugiés et leurs familles se tournent souvent vers des solutions traditionnelles, notamment les marabouts.

Ces guérisseurs traditionnels jouent un rôle important dans le traitement des problèmes psychosociaux au sein des camps. Ils utilisent des plantes médicinales et des prières pour soigner les personnes en détresse.

D'après les témoignages recueillis, certains réfugiés trouvent un certain soulagement grâce à ces pratiques, mais cela ne remplace pas les soins médicaux modernes.

Coordinateur de la cellule HEC

Dans le Hodh El Chargui, les ressources communautaires et religieuses jouent un rôle important dans le soutien aux personnes confrontées à la détresse psychosociale. Comme montré par l'UNFPA dans un article de 2019, les imams et les leaders religieux sont des figures centrales dans la communauté. Ils offrent des conseils spirituels et religieux, et organisent des séances de prière collectives qui peuvent aider à apaiser l'anxiété et à renforcer la résilience psychologique. Ils contribuent également à véhiculer des messages de prévention en utilisant divers média, tels que les *Khutbah* (sermons du vendredi) ou encore la radio, pour lutter par exemple contre le mariage des enfants (UNFPA, 2019).

Les questionnaires ont mis en évidence la croyance partagée de liens entre les troubles mentaux et le mystique, où les personnes ayant un comportement « anormal » seraient possédées, envoûtées. 81% des répondants pensent que *les troubles mentaux sont le résultat de causes spirituelles (par exemple, possession, mauvais œil)*. Lors des discussions de groupes, le recours aux *marabouts* a été mentionné de manière unanime. Pour beaucoup, aller voir un *marabout* pour traiter une personne

qui se comporte de manière anormale est un devoir. Une mère se doit d'amener son enfant, ou un mari, son épouse.

Les participants ont expliqué que voir un guérisseur est une obligation, car il y a un lien avec les esprits que lui seul peut traiter, quel qu'en soit le coût. Tous admettent que le montant est parfois démesuré, que certaines familles ont dû donner au *marabout* toutes leurs possessions (bétail le plus souvent) pour que soit pris en charge un membre de la famille, même sans garantie de résultat. Il s'agit autant de guérir la personne que de gérer la pression sociale et le regard des autres. Il est indispensable de montrer que l'on a fait tout ce qu'on pouvait.

« Lorsqu'on a un problème physique on va au centre de santé. Lorsque c'est un problème mental, on peut aller voir le médecin pour vérifier s'il n'y a pas une cause physique, mais sinon seul le marabout peut agir.

Femme, hôte, Aghor

Le fait d'aller voir un *marabout*, ou un guérisseur, a aussi été indiqué comme une solution unique car il n'y a pas d'autres possibilités de prise en charge pour ces personnes. Aller voir un *marabout* pour traiter un problème de santé mentale est donc à la fois motivé par les croyances et les pratiques que par l'absence d'autres solutions identifiées.

Au regard de ce qui précède en lien avec la perception spiritualiste du trouble mental et son influence sur les itinéraires thérapeutiques, Sow (1978) propose que la clinique psychopathologique de « l'africain » doit être envisagée dans une dimension molaire, totalisante et multidimensionnelle. Il considère que l'individu est inséparable du groupe, et porteur de force ancestrales. Cette vision du trouble place les guérisseurs traditionnels à la fois perçus comme des thérapeutes, mais aussi comme des intermédiaires entre le monde visible et invisible, à qui sont attribués des pouvoirs de guérison et de restauration de l'harmonie perturbée. Dans cette logique, du trouble perçu à la foi comme d'origine mystique et affectant le système relationnel la clinique du malade est souvent aussi une clinique du groupe (famille, lignage, communauté). Ainsi, l'idée selon laquelle seul un guérisseur peut traiter ces troubles s'inscrit pleinement dans cette vision qui dépasse le cadre médical pour devenir un impératif social et rituel. La guérison implique une reconnaissance collective du trouble ainsi qu'une intervention rituelle, ce qui justifie que les familles consacrent des ressources importantes à ces traitements, en dépit de leurs propres difficultés financières. Dans le même sillage, la marginalisation des approches biomédicales mentionnée peut être liée à la perception de la médecine moderne, comme inapte à traiter la cause profonde du trouble, au regard de son origine spirituelle ou sociale. Cette perception contribue aussi à renforcer la primauté des pratiques traditionnelles<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Plusieurs autres barrières d'accès aux soins de santé mentale y contribuent, déjà relevées dans le cadre de cette évaluation.

« En l'absence de soins médicaux, les familles se tournent souvent vers des marabouts pour obtenir de l'aide. Ces derniers offrent des traitements à base de plantes et de prières, et, selon moi, certains réfugiés trouvent du soulagement grâce à ces pratiques traditionnelles.

*Il est important de combiner la médecine moderne avec ces pratiques locales pour maximiser les chances de guérison.*

Réfugié, homme, Mbera

Certains représentants traditionnels peuvent également être consultés pour des interventions familiales ou communautaires, ou des pratiques spirituelles ou médicinales qui sont parfois perçues comme une manière de soulager voire de traiter des troubles psychosociaux. Ces pratiques peuvent alors offrir un soutien important, le sentiment d'être aidé, entouré, à des personnes en détresse et qui peuvent avoir du mal à trouver quelqu'un avec qui parler des difficultés émotionnelles. Les guérisseurs, ou *marabouts*, ainsi que la religion, représentent des ressources essentielles de soutien émotionnel des personnes rencontrées. Il est donc important de prendre en considération le potentiel positif de ces ressources dans la mise en place d'interventions en SMSP.

Dans le guide pour une approche sensible aux croyances (The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018), il est indiqué que les agences humanitaires sont de plus en plus conscientes de l'importance de la religion et

des croyances dans la vie des personnes qu'elles cherchent à aider, et de l'impact potentiellement positif d'un engagement plus efficace avec les acteurs religieux locaux dans les contextes humanitaires. Toutefois, il est essentiel d'assurer une approche cohérente avec les principes humanitaires d'impartialité et de neutralité, et qui ne risqueraient pas d'exacerber les tensions religieuses existantes.

Certains informateurs clés ont par ailleurs alerté sur le charlatanisme de plus en plus fréquent. Selon eux, les *marabouts* devraient intervenir sans faire payer, ou en adaptant le paiement aux moyens de la famille, et de manière très raisonnable. Certains charlatans, se qualifiant de *marabouts*, exploiteraient les craintes de ces familles quant à la possibilité d'un esprit malfaisant à éloigner, ou au risque de stigmatisation s'ils ne soignaient pas un membre de leur famille qui serait « possédé ». De plus, certains traitements proposés par ces personnes se disant guérisseurs pourraient être néfastes et contre-productifs. Il est donc important de sensibiliser les communautés sur les bonnes pratiques traditionnelles, de prévenir les abus, et d'offrir des solutions professionnelles complémentaires.

Les pratiques traditionnelles, de manière générale en Mauritanie comme dans de nombreux pays sahéliens, sont essentielles pour contenir les tensions et certaines sources de détresse. Comme l'explique l'organisation Grandmother Project, les aînés de la communauté, souvent respectés pour leur sagesse, jouent un rôle de conseillers informels. Ils interviennent dans la résolution des conflits familiaux et communautaires, et offrent un soutien moral.

De plus en plus d'organisations en Afrique valorisent la communication transgénérationnelle pour promouvoir les bonnes pratiques et soutenir les personnes en détresse, à l'exemple de l'association « grand-mère » au Sénégal (Grandmother project, s. d.).

« L'un des grands défis identifiés est la coordination entre les différentes interventions humanitaires et les systèmes traditionnels de soins. Il est important de trouver un équilibre entre la médecine moderne et les pratiques locales pour offrir une prise en charge complète aux réfugiés souffrant de troubles mentaux.

Coordinateur de la cellule HEC

Des associations locales peuvent ainsi contribuer à soutenir les personnes de manière plus ciblée. Certaines associations de femmes peuvent organiser des rencontres et des discussions autour des problèmes sociaux et familiaux, offrant un soutien émotionnel et un espace d'expression. Des groupes de jeunes se mobilisent aussi parfois pour organiser des activités sociales et éducatives, visant à renforcer la cohésion sociale et à réduire l'isolement.

Ces ressources sont profondément enracinées dans les structures sociales et culturelles du HEC, et elles contribuent à offrir un réseau de soutien aux individus en détresse psychosociale, en complétant les services formels lorsqu'ils sont disponibles.



Les jeunes considèrent aussi le fait d'aller voir un *marabout* comme la normalité, la priorité en cas de comportements anormal. Si une personne arrête de s'habiller correctement, ou de se laver, ou qu'elle n'est plus respectueuse ou parle toute seule par exemple, alors selon ces jeunes il est normal de l'envoyer chez un *marabout*.

Cependant, ils semblent avoir une vision parfois négative des modalités de traitements par ces tradipraticiens, comme en témoigne ce jeune d'une communauté hôte : « La prise en charge d'une personne atteinte d'un problème de santé mentale n'est pas correcte parce qu'elle est traitée de folle, elle est mise à l'écart, elle ne participe à aucune activité. La prise en charge est faite par les *marabouts*. . . ».

Tous les groupes, qu'ils soient avec des enfants hôtes ou réfugiés, de 10 à 18 ans, garçons comme filles, ont mentionné les guérisseurs traditionnels ou marabouts pour aider ceux qui n'arrivent pas à surmonter leur détresse, leur stress. Ils

ont dit n'avoir pas de solutions plus adaptées, de services vers lesquels les enfants pourraient être pris en charge en cas de difficultés avec leurs émotions.

#### 4.4.2 La nécessité d'une approche psychosociale communautaire

Les interventions psychosociales sont cruciales pour les populations touchées par la pauvreté et les mouvements de population, comme c'est le cas de la majorité des personnes vivant dans les zones concernées par cette étude. En effet, ces interventions répondent aux besoins multidimensionnels de ces communautés qui font face à des défis économiques, sociaux et émotionnels importants, notamment :

- ➔ **Renforcement de la résilience individuelle et collective** : les interventions psychosociales aident les individus et les communautés à renforcer leur résilience face aux situations difficiles. En favorisant le développement des stratégies d'adaptation et en renforçant la solidarité communautaire, ces interventions permettent aux personnes de surmonter le stress et de mieux faire face aux pressions liées au contexte et à leur situation.
- ➔ **Réduction du stress et des traumatismes** : les populations affectées par les déplacements forcés et la pauvreté subissent souvent des traumatismes liés aux pertes diverses (de leurs proches, de leurs biens, de leurs repères), aux conditions de vie précaires et à l'insécurité. Le soutien psychosocial peut proposer des espaces d'expression, des activités de groupe et des séances de gestion du stress, permettant aux personnes d'exprimer et de surmonter leurs expériences traumatisantes et ainsi les rendre moins envahissantes.
- ➔ **Renforcement des réseaux sociaux et communautaires** : la migration, notamment dans le cadre des déplacements liés aux conflits, et la pauvreté conduisent souvent à l'isolement social. Les interventions psychosociales encouragent le renforcement des liens communautaires, en aidant les individus à créer ou retrouver un réseau de soutien. Elles peuvent aussi contribuer à réduire certaines discriminations relevées lors de groupes de discussions.
- ➔ **Amélioration des pratiques favorisant la bonne santé mentale** : les interventions psychosociales participent à l'amélioration du bien-être émotionnel, ce qui peut prévenir ou atténuer l'apparition de troubles de santé mentale. Elles contribuent à stabiliser les émotions, à réduire les comportements à risque, et à restaurer un sentiment de dignité et de contrôle de soi.
- ➔ **Accès à des services et à l'autonomisation** : Souvent, les interventions psychosociales incluent un volet d'orientation vers des services de santé, d'éducation, ou de formation professionnelle. En améliorant la connaissance et l'accès à ces ressources, elles favorisent l'autonomie et l'insertion socio-économique.

Les interventions psychosociales sont essentielles pour promouvoir un bien-être global dans les communautés vulnérables, car elles abordent de manière holistique les répercussions psychologiques, sociales et économiques de la pauvreté et de la migration, notamment lorsqu'elle est liée aux conflits dans la zone de départ. Mais elles restent limitées dans le HEC, avec une grande partie des actions menées dans le camp de Mbera.

De 2012 à 2018 l'organisation INTERSOS a assuré la prise en charge psychologique des personnes dans le camp de Mbera. En 2014, le HCR a mené une formation en Santé Mentale et Soutien Psychosocial aux <sup>13</sup> et au psychologue<sup>13</sup> d'INTEROS parmi d'autres partenaires, et au personnel de centres de santé. À partir de 2020, l'organisation allemande RET fournit un soutien psychosocial aux personnes en souffrance et aux victimes des violences basées sur le genre identifiées par l'AMPF (Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille). La CRF a également appuyé le CRM pour la mise en place d'activités de soutien psychosocial au cours des dernières années.

Cependant, ces actions sont le plus souvent très centrées sur le camp de Mbera et rendues difficiles par le manque de ressources humaines qualifiées dans le domaine du soutien psychosocial. Si les activités de sensibilisation ou de soutien à base communautaire peuvent souvent être menées par des



*Le peuple mauritanien est très social. La crise Covid a altéré les liens sociaux, ce qui a entraîné un grand nombre de troubles mentaux : une augmentation des rechutes et l'apparition de nombreux nouveaux cas. Le soutien psychosocial a été développé et reconnu comme indispensable pour soutenir les mauritaniens.*

*Depuis la fin de la crise, il y a moins de services mais on essaie de revaloriser cette thématique pour la relancer et la pérenniser.*

Dr. Cheikh Mohamed Fadel GOHI, Coordinateur du PNSM

<sup>13</sup> Ce psychologue n'exerce plus dans le HEC

personnes moins qualifiées, il est indispensable de les former suffisamment et de les superviser correctement, tant pour assurer la qualité des interventions, éviter les effets indésirables des actions, que pour prévenir la détresse des intervenants. Pourtant, il n'existe aucun cursus en Mauritanie pour former des psychologues.

Parler est identifié par les personnes rencontrées comme faisant du bien, soulageant beaucoup et aidant à surmonter la détresse. La plupart des personnes, réfugiés et hôtes, ont indiqué qu'elles ressentaient le besoin de parler quand la situation était difficile, et qu'elles se tournaient le plus souvent vers des amis, généralement parce qu'elles n'ont personne d'autre vers qui se tourner. Compte-tenu du contexte local, il est important de proposer des interventions accessibles aux personnes résidant en zones urbaines et rurales de la wilaya du HEC.



Pour les jeunes et les enfants (camp et hors camp), parler jouer sont aussi indiqués pour oublier ses soucis. Ils ont aussi souvent mentionné le fait que jouer avec un camarade qui a l'air triste peut l'aider à se sentir mieux.

Ces mêmes jeunes qui ont indiqué avoir parfois des idées noires, des problèmes pour dormir, des peurs, ont aussi dit ne pas savoir à qui en parler. La plupart ont dit qu'il leur est difficile d'en parler avec leurs parents. Ils abordent parfois ces difficultés avec des amis, mais généralement, ils préfèrent « attendre que ça passe ». Lors des groupes de discussions, et surtout avec les garçons, l'importance de parler à un proche, un parent, un enseignant ou à un maître coranique a été mentionné en même temps que la difficulté à trouver une personne vers qui se tourner, comme ce jeune garçon de la communauté hôte qui relève que: « Face à des difficultés, on se confie généralement à nos parents, à nos enseignants ou surtout à nos amis. Mais il y a des moments où on préfère garder ses problèmes pour soi, par peur d'être jugé ou mal compris ».

Les filles rencontrées, semblent plus enclines à se confier en cas de problème, majoritairement à leurs amies, et aussi à leurs parents, notamment leurs mères, ainsi qu'à leurs enseignantes. Ces dernières leur offrent conseils et orientations, ce qui les aide à « oublier leurs soucis ». Elles affirment se sentir soutenues et protégées par leurs parents et leurs enseignants, ce qui leur procure un sentiment de sécurité. Cependant, la plupart d'entre elles ont également dit que lorsque les difficultés sont trop lourdes, elles ont plutôt tendance à s'isoler et « attendre que ça passe ».

Ces témoignages, compilés à ceux des parents constatant des troubles fréquents chez leurs enfants, mettent en avant l'importance de proposer des interventions de soutien psychosocial adaptées aux enfants et jeunes. Si les jeunes réfugiés sont particulièrement vulnérables du fait de leur situation, il est important de prendre aussi en considération les jeunes de la communauté hôte, eux aussi affectés par les difficultés rencontrées par leurs parents et, par compassion souvent, par les difficultés des communautés réfugiées avec lesquelles ils cohabitent.

« Il y a beaucoup de personnes qui sont en détresse, qui ont des problèmes mentaux. C'est difficile mais parfois, si elles trouvent des occupations, une activité qui leur fait oublier ces souvenirs, ça peut les aider à aller mieux. »

Homme réfugié Kossana

Une autre ressource abordée par les personnes interrogées, concerne les occupations et l'inactivité. Plusieurs des personnes rencontrées ont indiqué que les occupations sont essentielles, et que l'inactivité aggrave les problèmes. Travailler, cuisiner, sont des activités mentionnées comme bénéfiques.

« Lorsque je commence à trop penser, que ça va moins bien, je travaille. Je m'occupe. Si je fais quelque chose d'autre, ça me fait du bien. C'est pareil pour les femmes. Il faut qu'elles cuisinent ou qu'elles aient quelque chose à faire. Mais là, on n'a pas les moyens, on ne peut pas acheter de quoi s'occuper... »

Homme, réfugié, Aghor

Plusieurs personnes, notamment des femmes, ont alerté sur la problématique de l'inactivité chez les jeunes et les enfants. Le fait que certains enfants n'aient pas accès à l'école est pour elles, une source de troubles divers (troubles du comportement, risques de délinquance, etc.). Une mère a ainsi témoigné que son enfant, jeune adolescent, a consommé des substances et a depuis perdu l'esprit, sans savoir ce qu'il a consommé. Le risque

est important pour les jeunes qui n'ont pas accès au marché du travail. La situation est d'autant plus frustrante pour certains réfugiés qui ont étudié, ont des diplômes, mais ne trouvent pas de travail depuis qu'ils sont en Mauritanie.

De nombreux jeunes ont mentionné leur souhait d'avoir accès à des activités dans le cadre desquelles ils pourraient s'amuser avec d'autres jeunes et parler avec des adultes, avoir accès à des centres où ces activités seraient bien encadrées et sécurisées.

#### 4.4.3 Importance de la prise en charge de la santé mentale

Sur le plan de l'aide spécialisée et professionnelle, il n'y a que peu d'interventions SMSP en dehors du camp, gérées le plus souvent par des ONG, et aucun spécialiste de la santé mentale n'est présent dans les centres de santé du HEC.

Dans le camp, l'ONG RET assure une prise en charge psychothérapeutique, et un infirmier technicien supérieur en santé mentale a été affecté par le Ministère de la Santé pour travailler dans le camp, mais il n'existe pas de services de prise en charge médicale des cas graves de santé mentale dans la région du HEC (UNHCR, 2022).

En 2025, l'accès à des services de santé mentale est donc très limité dans la région du HEC. Pourtant, certaines organisations avaient mis en œuvre des actions pour faire face à combler les lacunes et offrir des services de qualité. Par exemple, à partir de 2012, un psychologue clinicien faisait des visites régulières depuis Nouakchott, mais ces tournées ne se font plus. En 2016, 8 médecins avaient été formés par MSF en soins psychiatriques à travers le guide mhGAP et un stock de médicaments psychotropes avait été assuré par MSF, permettant aux médecins formés, de continuer la prescription de médicaments après le départ de MSF en 2018. En 2025, aucun des médecins formés n'exerce plus dans le HEC, et la chaîne d'approvisionnement en psychotropes ne fonctionne plus. Jusqu'en 2020, ALIMA a intégré la santé mentale dans ses activités, mais cette initiative s'est progressivement estompée, pour des raisons que l'évaluation n'a pas pu déterminer. La Croix-Rouge française a contribué à l'orientation et la prise en charge de certains patients vers le Centre Hospitalier des Spécialistes de Nouakchott (CHSN) et a contribué à quelques traitements psychotropes. L'avant dernier médecin formé par MSF a quitté le camp en juin 2020, et il ne reste qu'un médecin formé en prise en charge psychiatrique des troubles mentaux : le médecin chef du centre de santé de Mbera. La CRF a assuré une nouvelle formation au mhGAP en 2021, mais là encore le turnover a entraîné le départ de la plupart de ces personnels de santé formés.

	Nouveaux cas		Suivis	
	M	F	M	F
2021 (3 mois)	13	16	22	19
2022 (12 mois)	40	61	150	165
TOTAL	53	77	172	184

**Tableau 8 : Synthèse des cas pris en charge en santé mentale dans le centre de santé de Mbera**

L'infirmier technicien supérieur en santé mentale, en poste à Mbera depuis 2021, assure la prise en charge de tous les patients le sollicitant, qu'ils soient ou pas réfugiés. À son arrivée, il a coordonné la sensibilisation des personnes vivant dans le camp sur la prise en charge de la santé mentale.

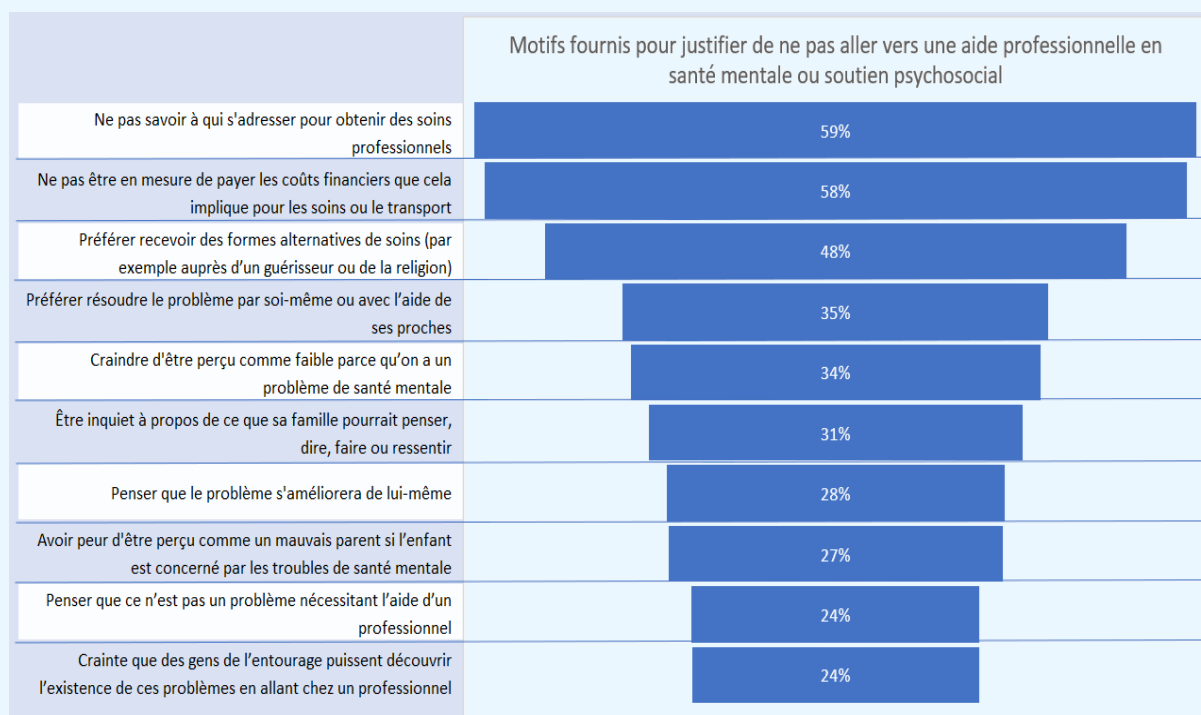
Les données fournies relatives aux patients pris en charge entre sa prise de poste et la fin de l'année 2022 montrent une moyenne de près de 32 patients par mois, avec de nombreux patients en suivi.

Sur cette période, les diagnostics posés ont principalement concerné des épilepsies (41%), puis des psychoses (37%). Quelques personnes ont ensuite été prises en charge pour des dépressions (9%), des troubles de l'anxiété (6%), des déficiences intellectuelles ou mentales (4%) et enfin des problèmes de toxicomanie (1%) et d'autres troubles mentaux (2%). Ces données montrent que les pathologies les plus orientées concernent des troubles plus visibles et sans doute plus complexes à gérer pour les familles.

Il est donc important de prendre en considération le fait que, si l'infirmier technicien supérieur en santé mentale prend en charge plusieurs dizaines de patients présentant des besoins en soins spécialisés chaque mois, la majorité des patients gèrent par d'autres biais leurs problématiques, soit par eux-mêmes, soit en se tournant vers les tradipraticiens. Renforcer l'accès à la santé mentale doit donc inclure plusieurs volets liés les uns aux autres, avec des actions à court, moyen et long terme.

#### 4.4.4 Freins identifiés à l'usage de services spécialisés en SMSP

Comprendre les freins à l'aide spécialisée en SMSP est important pour déterminer comment renforcer la fréquentation. Il a été demandé dans le questionnaire de répondre si les différents facteurs listés représentaient un frein pour se rendre chez un professionnel de SMSP. Les principaux freins relevés sont mis en évidence dans le graphique suivant :



Graphique 18 : Freins identifiés à l'accès aux services professionnels en SMSP

Il apparaît que le motif le plus fréquemment fourni concerne le fait de ne pas savoir où se rendre pour trouver une aide professionnelle. Cet aspect est cohérent avec l'absence de services proposés.

De nombreux informateurs clés rencontrés ont confirmé le fait que peu de services existent pour répondre aux besoins des populations en termes de santé mentale et de soutien psychosocial. Ne pas savoir à qui s'adresser relèverait donc, dans un premier temps, du manque de services plus que du manque d'informations. Lors des activités d'évaluation de besoins ou de toutes autres activités communautaires telles que les sensibilisations, il est important de pas communiquer sur l'intérêt de ces services « inexistant », afin d'éviter de créer des attentes qui ne seraient pas satisfaites et généreraient plus de frustrations que de soulagement.

La problématique financière est le deuxième frein identifié. Les coûts peuvent concerner plusieurs aspects :

- ➔ Le **transport** pour se rendre jusqu'au lieu où peut être proposé le service. Si le camp propose quelques services de santé mentale, le seul centre de prise en charge psychiatrique est à Nouakchott, avec une capacité de seulement de 20 lits, pour accueillir toutes les catégories de patients (enfants, adultes...). L'éloignement de la seule structure étatique offrant des soins psychiatriques entraîne des frais de transport considérables. Certaines organisations ont pu contribuer de manière ponctuelle, comme la CRF, mais cet appui reste très ciblé et limité. Ainsi, permettre un accès à des services de qualité répartis dans l'ensemble de la wilaya serait donc un aspect important.
- ➔ Les **ressources humaines** sont limitées et, s'il ne s'agit pas d'organisations humanitaires ou locales, peuvent être coûteuses. De plus, pour les problématiques de santé mentale, le recours au marabout peut s'avérer très coûteux et représenter la seule option envisageable pour beaucoup de familles.
- ➔ Les **traitements** peuvent être financièrement inaccessibles pour les familles vulnérables, notamment lorsqu'il s'agit de traitements à prendre de manière régulière et durable. Dans un texte de consensus publié en 1996 aux Pays-Bas, il est par exemple recommandé de prescrire un antipsychotique pendant 2 ans après un premier

« Nous n'avons pas les moyens pour les amener chez les spécialistes et même chez les marabouts qui coutent cher. »  
Femme, réfugiée, Kossana

épisode psychotique et pendant 5 ans lorsque plusieurs crises sont survenues. Si certains psychotropes peuvent être prescrits de manière ponctuelle pour apaiser une personne en crise par exemple, ces traitements restent coûteux et, selon les personnels médicaux rencontrés, peu accessibles dans le HEC. Le manque de personnels qualifiés pour les prescrire et les administrer freine aussi leur utilisation, amenant les familles des patients à s'orienter vers les *marabouts*.

Ces aspects impliquent la mobilisation des institutions à tous les niveaux (national, régional et local). Mais la santé mentale reste insuffisamment prise en compte en Mauritanie. Le manque de moyens alloués à cette thématique, dans un contexte où les besoins en santé publique sont de grande ampleurs et multiples amène à une priorisation des ressources pour tenter de couvrir d'autres thématiques.

Pourtant, la crise de la Covid a amené une prise de conscience de l'importance de la santé mentale et de la répercussion du bien-être sur la vie globale des personnes soutenues et, inversement, la détérioration accrue des conditions de vie de personnes non soutenues. Durant cette crise, plusieurs actions ont été mises en œuvre pour soutenir émotionnellement des personnes notamment affectées par la perte des liens sociaux, comme expliqué par Dr Gohi, le coordinateur du Programme National de Santé Mentale. Si la fin de la crise a entraîné la forte diminution voire la cessation de ces services, le PNSM a été relancé avec la volonté, depuis 2023, de faire reconnaître la thématique et de rédiger un cadre stratégique et un plan d'action national pour le déploiement de services SMSM dans tout le pays.

Des actions de sensibilisation ont été menées pour mobiliser les décideurs gouvernementaux, mais les moyens restent limités et les changements seront sans doute à envisager dans un terme assez long. Dans cette attente, les organisations internationales tentent de proposer des appuis, comme dans le camp de Mbera depuis de nombreuses années, et de plus en plus à l'extérieur pour les autres personnes affectées. Cependant, le manque de services et de visibilité concernant cette thématique amène de nombreuses personnes à s'orienter vers des traitements alternatifs.

Préférer une forme de traitement alternative arrive justement en 3<sup>ème</sup> position dans les réponses fournies dans le questionnaire. Cette préférence est liée à la fois au fait que peu de solutions satisfaisantes existent, et aussi au fait des croyances, craintes et pressions sociales imposant aux familles de s'adresser à des marabouts pour « faire partir le mauvais œil ». Les autres motifs fournis, moins représentatifs, concernent notamment la peur de stigmatisation, que ce soit parce que l'on est soi-même concerné par les troubles de santé mentale ou parce qu'un proche le serait, par exemple peur d'être perçu comme un mauvais parent.

Ces freins sont à mettre en lien avec les besoins identifiés des personnes affectées par les mouvements de population. En effet, les constats de cette étude montrent que les personnes, hôtes comme réfugiées, et aussi les retournés, sont affectés par des problématiques psychosociales et de santé mentale multiples, d'intensité variée. Ces problématiques se manifestent différemment selon les personnes, que ce soit du fait de leur profil, de la durée écoulée depuis la fuite du Mali pour les personnes réfugiées, des difficultés et traumatismes subis, et aussi des ressources et des capacités de résilience.

Il apparaît donc de manière évidente que les besoins correspondent à l'ensemble des niveaux d'intervention définis par la pyramide de l'ASC et qu'il est important de proposer des services variés, en soutien psychosocial d'une part et en soins spécialisés en santé mentale d'autre part, pour répondre aux besoins différents de ces personnes et communautés.

#### 4.4.5 Les enjeux pour renforcer l'accès à des services SMSM professionnels

Le problème de **ressources humaines** qualifiées dans le domaine de la santé mentale en particulier, mais aussi dans celui du soutien psychosocial, est identifié comme majeur. Ce problème est lié à plusieurs facteurs :

- ➔ Il n'y a pas de formation initiale en psychiatrie ou en psychologie. Comme précisé par le coordinateur du PNSM, les seuls professionnels exerçant en Mauritanie ont tous été formés à l'étranger. Il y a un besoin évident de créer des filières dans le pays pour avoir des psychiatres et des psychologues cliniciens mais aussi des professionnels spécialisés dans la santé mentale au niveau de l'éducation, comme des psychomotriciens, des éducateurs spécialisés, des psychologues scolaires.
- ➔ Il y a un déséquilibre géographique des ressources, avec l'ensemble des professionnels exerçant à Nouakchott. Il serait donc important de renforcer les compétences locales dans le HEC pour décentraliser les services de santé mentale. Lors des échanges avec le Centre des Spécialités de Nouakchott (CSN), qui existe depuis 2013, il est apparu nécessaire

« Il y a un manque énorme de ressources humaines et de structures sanitaires pour prendre en charge des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et d'addictions.

Il y a un besoin important de renforcer les capacités, de former des prestataires spécialisés, et aussi de développer le système de suivi et évaluation dans ce domaine.

OMS

de créer des centres de prise en charge secondaire. Il serait important de définir les rôles et responsabilités du CSN et de ces centres secondaires, de préciser les modalités de collaboration. Selon les responsables rencontrés, le CSN pourrait avoir un rôle clé dans la confirmation de diagnostics complexes, les centres secondaires pourraient assurer la prise en charge et le suivi localement. Des modalités de collaboration entre les professionnels de Nouakchott et ceux exerçant en région serait à définir pour assurer une efficacité des interventions et un meilleur accompagnement des régions.

- ➔ Pour permettre la mise en place d'un service alternatif dans l'attente que de telles mesures universitaires et institutionnelles soient mises en place, il semble important de poursuivre le renforcement de personnels soignants dans les domaines du diagnostic et du traitement des principales pathologies mentales. Renouveler des formations du type mhGAP pourrait contribuer à combler ce manque dans un délais plus court. La sélection de ces personnels devrait se faire en étroite collaboration avec les autorités de santé (point focal PNSM, DRS, médecin chef...) en incluant des critères orientés sur les compétences et aussi la stabilité au poste. Des modalités de suivi devraient aussi être définies, et idéalement, des modalités de collaboration ou d'échanges entre les professionnels formés pour discuter des cas rencontrés et ainsi renforcer les compétences tout en maintenant une bonne dynamique.

Ces différentes approches doivent être accompagnées du renforcement de **l'accès et de la gestion des médicaments**. Il est en effet nécessaire, pour être efficace, d'assurer l'accès aux traitements recommandés pour la prise en charge des patients. Cet aspect, abordé notamment avec le PNSM et l'OMS, est identifié, et des discussions sont en cours pour déterminer les modalités de soutien à la CAMEC (Centre d'Achat des Médicaments Essentiels Matériels et Consommables Médicaux) et la définition de procédures claires.

La provision de tels traitements ne peut être efficace qu'à condition que des personnels soient en mesure de les prescrire de manière adaptée et correctement suivie.

Une fois que les dispositifs de prise en charge seront opérationnels, il sera important de prévoir des **campagnes d'information et de sensibilisation** pour informer les communautés de la possibilité de prendre en charge diverses pathologies mentales et les inciter à se rendre dans les centres de soins proposant de tels services plutôt que d'avoir recours à des pratiques néfastes.

Enfin, concernant les **problématiques financières pour les plus vulnérables**, il a été discuté avec la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (DASSN) le fait que des dispositifs de soutien sont possibles en Mauritanie, accessibles aux mauritaniens et aux réfugiés. Ces dispositifs incluent le soutien financier pour le diagnostic et le traitement de diverses maladies chroniques, y compris les maladies mentales reconnues comme étant des maladies chroniques par la DASSN. Ainsi plusieurs personnes sont soutenues financièrement pour les examens, consultations et traitements au niveau du CHSN. Jusqu'à ce jour, seuls les mauritaniens en sont les bénéficiaires effectifs.

Les modalités de soutien seraient sans doute à préciser et l'information au niveau du HEC de l'existence de tels dispositifs à diffuser pour permettre à ceux qui pourraient en avoir besoin d'en bénéficier pour assurer la prise en charge de certaines problématiques de santé mentale.

Les discussions avec plusieurs interlocuteurs ont laissé transparaître une dissociation entre les services spécialisés en santé mentale (approche plutôt médicale), et l'approche plus communautaire concernant plutôt le soutien psychosocial non professionnelle. Il est essentiel de rappeler **l'importance de maintenir l'ensemble des niveaux de la pyramide liés et de tous les prendre en compte pour une approche globale et adaptée aux besoins** des personnes.

« La Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (DASSN) joue un rôle central en Mauritanie, en assurant la prise en charge des personnes vulnérables, qu'il s'agisse de malades chroniques, de personnes âgées, de personnes handicapées ou de familles en difficulté. Les prises en charge s'étendent principalement à des cas individuels soumis sous forme de dossiers par les personnes concernées.

Les travailleurs sociaux, notamment les assistants sociaux et les animateurs, sont chargés de traiter ces dossiers, d'enquêter sur les conditions des individus, et d'assurer une réponse adaptée. Les travailleurs sociaux, répartis entre assistants sociaux et animateurs, ont des rôles complémentaires dans la gestion des cas.

Les assistants sociaux, hommes et femmes, sont chargés de l'accompagnement des personnes en difficulté. Leur mission consiste à analyser les situations et à proposer des solutions individualisées en fonction des besoins des demandeurs. Les animateurs sociaux, quant à eux, se concentrent sur la sensibilisation et l'animation communautaire.

DASSN

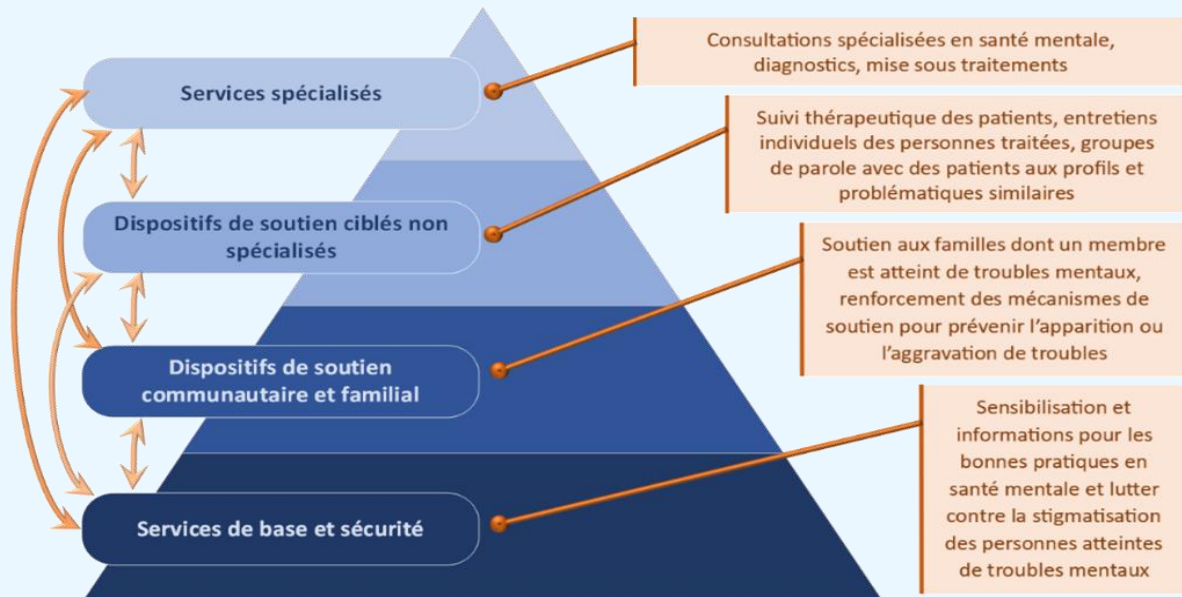


Figure 10 : Passerelles entre les niveaux de la pyramide du IASC

Le schéma ci-dessus présente la pyramide d'intervention du IASC en mettant en avant la prise en compte de tous les niveaux dans la prévention et la gestion des troubles mentaux. Il s'agit de rappeler le fait que même dans le cas de prise en charge de pathologies lourdes, les approches communautaires et psychosociales ont un rôle essentiel.

Les passerelles doivent être facilitées d'un niveau à l'autre au travers des référencement, dans les deux sens, et les familles de patients doivent aussi être ciblées par certaines interventions, notamment de soutien aux aidants.

Même si une organisation ou un service a une approche portant plus spécifiquement sur l'un ou l'autre des niveaux de la pyramide, un point d'attention est donc à apporter sur la nécessité que cette intervention s'intègre dans un dispositif plus global et de s'assurer des modalités de collaboration avec les acteurs et intervenants des autres niveaux.

#### 4.5 Les risques psychosociaux des intervenants

Dans le cadre des interventions en santé mentale et soutien psychosocial, il est essentiel de prendre en considération le bien-être des équipes. En effet, les intervenants, confrontés à des situations de détresse intense, à des témoignages difficilement entendables, ont souvent des ressources limitées pour se protéger. Ils sont parfois issus de contextes similaires à ceux des personnes qu'ils aident, ils manquent le plus souvent de connaissances et de compétences appropriées et aussi de supervision et d'encadrement adaptés.

Les risques psychosociaux pour les intervenants sont donc très importants dans la région du HEC, où le manque de ressources humaines, en termes de quantité et d'expertise, peut affecter les capacités des équipes à mettre en œuvre des actions de qualité tout en limitant les impacts sur leur propre bien-être.

Plusieurs intervenants clés ont alerté sur ce risque. Qu'il s'agisse des ONG qui ont des difficultés pour recruter des professionnels suffisamment formés pour coordonner et mettre en place les activités, ou certaines institutions parfois dépassées par le turnover et le manque de personnel, les risques sont multiples et importants. Le schéma suivant synthétise ces principaux risques identifiés selon les acteurs et intervenants :

“ La santé mentale est une thématique délaissée, pourtant elle est essentielle, y compris pour les soignants. La surcharge de travail et le manque de connaissances sur ce sujet sont des facteurs de risques pour leur propre santé mentale. Chef de santé, Bassiknou

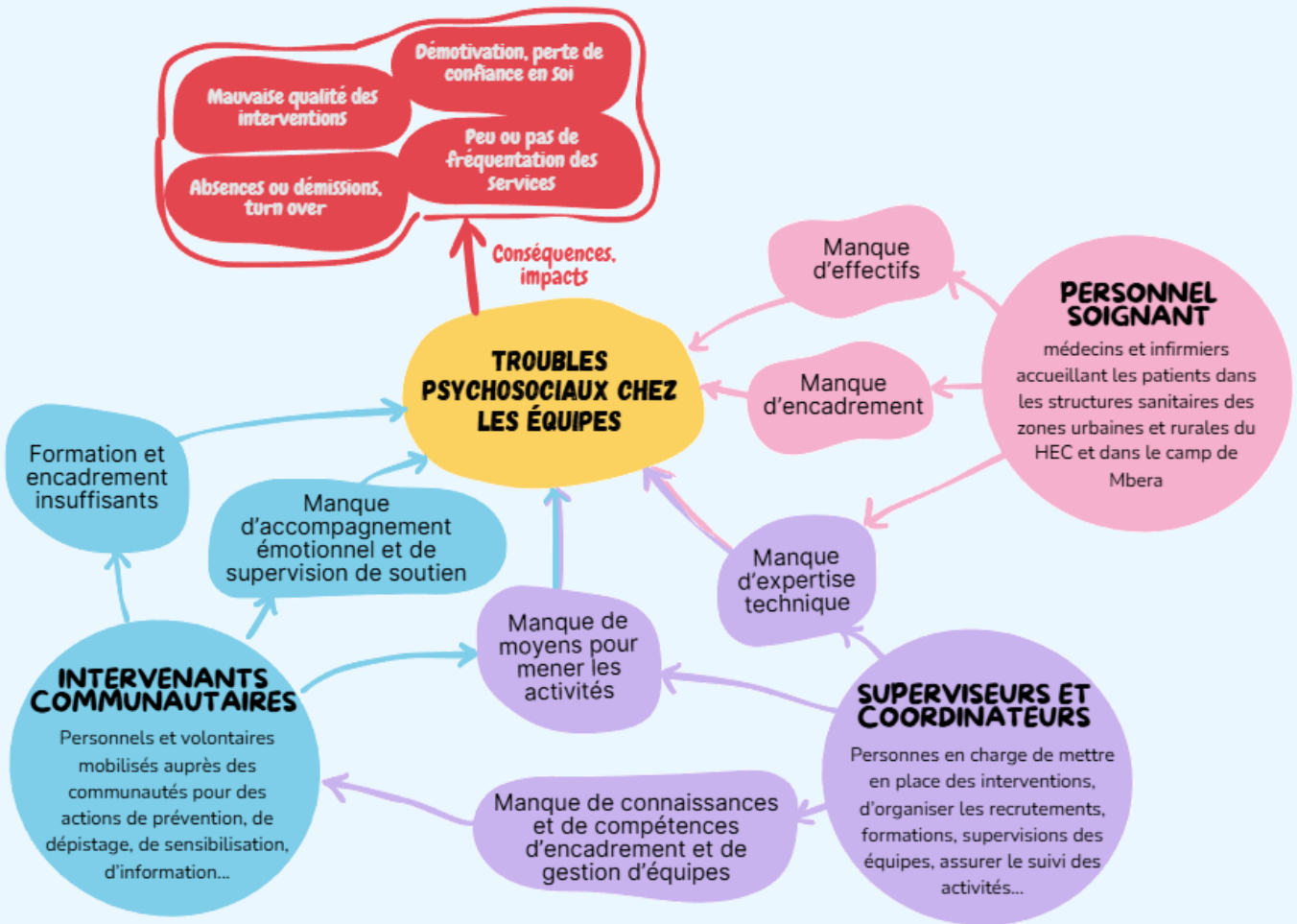


Figure 11 : Risques psychosociaux au travail

➔ **Personnels de santé** : pour les personnels de santé, le manque de personnel qualifié en santé mentale fait peser une pression importante du fait de leur responsabilité pour gérer des pathologies pour lesquelles ils manquent de connaissances et de supervision. Les formations telles le mhGAP, accompagnées de supervisions par les formateurs ou les équipes du CHSN pourraient donc être pertinentes. Le développement de téléconsultations et l'implication des spécialistes du CHSN pourraient aussi contribuer à mieux orienter et soutenir les soignants dans le diagnostic et le suivi des patients.

La meilleure considération de cette thématique par le gouvernement pourrait aussi être positive dans la durée, à la fois pour mieux reconnaître le travail en lien avec la SMSPS, effectué par les soignants et ainsi les valoriser, et aussi pour augmenter les financements afin de renforcer la présence et les compétences de personnels qualifiés pour prendre en charge de manière plus spécifique les problématiques de SMSP (augmentation du ratio de professionnels, formations continues, supervisions, etc.).

➔ **Encadrants, coordinateurs, responsables** : concernant les encadrants (superviseurs, chefs de projets), les risques sont souvent liés aux difficultés à identifier des ressources humaines qualifiées pour former les équipes et encadrer les activités de soutien psychosocial. Le manque de moyens est aussi une potentielle source de stress, avec le sentiment d'impuissance parfois généré par l'ampleur des besoins ne pouvant pas être couverts et la nécessité de cibler des zones et des bénéficiaires, et donc d'exclure des personnes pouvant être en détresse.

Les mécanismes de coordination favorisant la collaboration, la mutualisation, les échanges et le soutien entre pairs peuvent représenter un moyen pertinent pour limiter les risques psychosociaux de ces responsables, tout en favorisant la qualité des interventions du fait du partage de connaissances, de méthodologies, d'outils, etc.

→ **Intervenants communautaires** : au plus près des personnes et communautés affectées, souvent eux-mêmes membres de ces communautés, les intervenants communautaires sont particulièrement vulnérables aux risques psychosociaux. Ils sont en effet plus susceptibles d'être submergés par la charge émotionnelle du fait des situations rencontrées, des témoignages entendus, de la détresse observée. Ils sont d'autant plus fragilisés par le fait que les ressources qualifiées pour assurer leur supervision tant technique qu'émotionnelle sont peu nombreuses. Là encore, l'absence de cursus en psychologie impose de recruter des personnels internationaux, représentant des coûts financiers plus importants et des difficultés dans la pérennisation des actions (les ressources internationales restent souvent sur des périodes relativement courtes).

La frustration et le sentiment d'impuissance, exacerbés dans le HEC, résultent du cumul d'un manque de formation et de moyens chez les intervenants communautaires, les privant ainsi des outils techniques nécessaires pour se sentir efficaces et les empêchant de répondre aux nombreuses demandes faute de ressources adaptées.

Valoriser la thématique à tous les niveaux (national, régional, local) est essentiel pour reconnaître le rôle des intervenants communautaires (travailleurs sociaux, leaders traditionnels et religieux, volontaires). Assurer des formations initiales et continues, à la fois sur les techniques et sur les connaissances des besoins spécifiques (enfants, VBG, populations en mouvement, protection, etc.), et aussi développer des mécanismes de référencement et des cartographies actualisées sont diverses actions qui permettraient de renforcer leur sentiment d'être en capacité d'apporter une aide efficace.

Renforcer les compétences de leurs encadrants sur la prévention des risques psychosociaux des équipes et la gestion en cas de problématique émotionnelle serait aussi un moyen important pour soutenir ces intervenants.

## 5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

### 5.1 Principales constatations

#### 5.1.1 *Besoins multiples et conséquents*

L'étude a montré que l'ensemble des personnes ciblées ont fait part de besoins perçus très **variés et importants**. Le contexte mauritanien, et particulièrement dans le HEC, représentent de nombreux défis pour les personnes qui y vivent. La pauvreté, le manque d'accès aux services, notamment les services de soins de santé et d'hygiène ainsi que l'éducation primaire, sont autant de facteurs causant des situations de stress et de détresse pour la plupart des communautés installées dans le HEC. Chacun de ces besoins peut représenter un facteur de risque d'altération de la santé mentale ou du bien-être psychosocial.

À ces facteurs s'ajoutent ceux liés au **conflit malien**. Les violences empêchent les éleveurs d'amener leurs troupeaux au Mali, devant se contenter de ressources réduites qui doivent, de plus, être partagées avec les réfugiés ayant fui avec leur bétail, ces conflits qui se sont intensifiés au cours des derniers mois. Pour ces réfugiés, les violences vécues ou observées, la peur pour leur propre sécurité et celle de leurs proches, la perte de biens ou de proches, ainsi que les conditions de vie précaires à leur arrivée en Mauritanie et l'absence de perspectives d'avenir constituent des facteurs majeurs de vulnérabilité affectant leur santé mentale.

Le **sentiment d'insécurité** peut, chez certaines personnes, renforcer l'anxiété. Si la plupart des réfugiés rencontrés ont fait part d'un sentiment de sécurité retrouvé depuis qu'ils sont arrivés en Mauritanie, certains, surtout des femmes seules installées dans le camp, ont partagé leur crainte d'être agressées (logements trop peu sécurisé, promiscuité, surpopulation sont des facteurs cités pour justifier ce sentiment accentué lorsqu'il n'y a pas d'hommes pour assurer la protection des plus vulnérables). Il est donc important d'identifier des mesures supplémentaires pour renforcer la protection, notamment des plus vulnérables, et plus particulièrement dans le camp où ce problème a été le plus souvent mentionné.

Chacun de ces besoins peut représenter un **facteur de risque d'altération de la santé mentale ou du bien-être psychosocial, et être lié à l'apparition ou à l'aggravation de troubles psychiques plus graves et durables**.

#### 5.1.2 *Santé mentale et bien-être psychosocial altérés*

L'analyse des données collectées montre un taux important de personnes présentant une symptomatologie douteuse voire certaine d'anxiété et encore plus importante de dépression. Les taux les plus forts tant pour l'anxiété que pour la dépression concernent les réfugiés et plus particulièrement ceux arrivés depuis moins de 6 mois :

Il est toutefois important de noter que **les taux de symptomatologie anxieuse et dépressive sont très importants, quel que soit le statut**. S'il est plus faible pour les populations hôtes, il reste de 44% pour l'anxiété, et 63% pour la dépression (cumul des symptomatologies douteuses et certaines). Il est donc important de rappeler que ces populations, qui accueillent et partagent des ressources déjà très limitées, sont aussi en détresse.

Un autre aspect important concerne la **santé mentale et le bien être des plus jeunes**. Le manque d'activités ou de perspectives, ajouté aux violences dont certains ont été témoins, voire qu'ils ont subies, sont source de troubles fréquents et parfois importants, notamment chez les jeunes réfugiés arrivés depuis peu. Là encore, l'intensification des violences au Mali a été citée à plusieurs reprises comme ayant beaucoup affecté les plus jeunes.

La **situation des éleveurs**, majoritaires dans cette zone, est particulièrement difficile. Pour les communautés hôtes, plusieurs ont partagé des sentiments mitigés entre la volonté de soutenir les réfugiés maliens qu'ils considèrent comme faisant partie de la même famille (la plupart sont de mêmes ethnies), et la frustration de devoir partager des ressources trop limitées et en subir de lourdes conséquence (perte de bêtes).

Ces données, rapportées lors des échanges ou par le biais des questionnaires, montrent que la **détresse est importante et tend à se généraliser, touchant l'ensemble des communautés, quels que soient leur âge, leur sexe ou leur statut**.

#### 5.1.3 *Professionnels insuffisants en nombre et en expertise*

Comme montré tout au long de cette étude, les besoins en santé mentale et soutien psychosocial sont très importants et touchent l'ensemble des communautés installées dans le HEC. Pourtant l'offre est très limitée, voire inexistante sur certains volets de la prise en charge.

Les difficultés à gérer des émotions négatives, voire comprendre ces émotions pour les plus jeunes, est identifié comme une possible étape vers des troubles plus graves. Parler de ses problèmes, être écouté a été souvent mentionné comme

quelque chose qui aide beaucoup, mais **les personnes à qui parler sont parfois difficiles à trouver** : manque de disponibilités, autant en détresse, ne sais pas comment en parler, peur d'être jugé sont autant de raisons pouvant entraîner la décision de garder pour soi ces pensées invasives.

Les **services tant psychosociaux qu'en santé mentale** sont plus développés dans le camp, et les **ressources restent insuffisantes pour répondre à l'ampleur des besoins**. Cependant, plusieurs organisations envisagent de développer ou renforcer l'offre psychosociale en dehors du camp (CIAUD, ALIMA, Tdh-L...).

Ce manque de services contribue à limiter le développement de **connaissances au niveau communautaires** sur ce qu'est la santé mentale et quelles sont les possibles modalités de prise en charge efficace. S'appuyant sur leurs références et représentations culturelles, et sans ressources professionnelles accessibles, les communautés se tournent vers des pratiques alternatives pour gérer les personnes en détresse ou présentant des troubles mentaux plus graves. Pourtant, certaines de ces pratiques s'avèrent nuisibles. D'autres pourraient s'avérer bénéfiques mais nécessiteraient parfois d'être complétées par des services de prise en charge plus spécialisées.

Assurer la présence de professionnels formés et encadrés de manière adéquate (tant pour la qualité des services proposés que pour leur propre bien-être) est donc essentiel pour **prévenir le développement de troubles graves et pour proposer une prise en charge adaptée aux personnes qui en présentent le besoin**.

## 5.2 Suggestion d'actions et d'interventions

### 5.2.1 Approche globale et dans des temporalités variables

Les constats mettent en évidence le fait que, pour répondre à l'ampleur des besoins en SMPS, une **intervention coordonnée et globale** semble nécessaire. Il est également important que les réponses proposées s'intègrent dans une **vision globale de la pyramide d'intervention du IASC** et que les approches spécialisées ne soient pas dissociées de l'approche communautaire. Santé mentale et soutien psychosocial doivent être liés par des mécanismes permettant le passage d'un niveau à l'autre (système de **référencement**), ou la prise en compte simultanée du niveau spécialisé pour les traitements et communautaires pour le soutien aux familles et la lutte contre les stigmatisations.

Si les différentes organisations ou institutions fourniront des services plus en lien avec l'un ou l'autre des niveaux, il est essentiel que ces services soient identifiés comme faisant partie d'un ensemble. Les **mécanismes de coordination et de référencement et une cartographie des acteurs et services** sont essentiels à la qualité des interventions proposées, à leur adaptation aux besoins de chacun et à une couverture optimale.

Concernant le **ciblage des personnes**, il a été constaté des besoins chez tous les publics : hommes, femmes, jeunes ou pas, réfugiés ou hôtes... Il est donc important de proposer des interventions qui soient accessibles à tous. Ainsi, si les actions proposées ciblent un groupe particulier (par exemple les enfants, les femmes en âge de procréer, les personnes vivant avec le VIH, etc.), il est important de se coordonner entre acteurs pour assurer le référencement et donc la prise en charge du plus grand nombre, quel que soit le profil et le lieu de vie.

Compte tenu de l'ampleur et de l'urgence des besoins en SMSP et de l'importance des gaps concernant les services dans ces thématiques, il serait donc pertinent d'assurer en parallèle une **approche immédiate** pour apporter autant que possible un soutien de qualité à ceux qui en ont besoin dans le court terme, tout en développant **des stratégies à long termes** pour que les problématiques SMSP soient renforcées durablement et de manière efficace.

Enfin, il est essentiel que l'approche psychosociale et de santé mentale s'intègre dans un **système large et multisectoriel**. Il est primordial de travailler de manière collaborative entre acteurs pour réduire autant que possible les diverses sources de détresse. Les mécanismes de coordination et d'orientation dans et hors du camp devraient donc être renforcés pour optimiser la couverture des services et la réponse globale aux besoins.

### 5.2.2 Activités suggérées

Afin de **limiter la dégradation de troubles de la santé mentale ou du bien-être psychosocial** (individuel et collectif), il serait pertinent de proposer des services d'écoute. Que ce soit dans le cadre de visites à domicile ou accueillis dans des espaces d'écoute, ces services pourraient contribuer à réduire la détresse de nombreuses personnes. Certaines activités collectives, comme des discussions entre groupes différents, pourraient aussi contribuer à libérer la parole et réduire des tensions éventuelles, contribuant au mieux vivre ensemble (qui se répercute sur le bien-être individuel).

Toujours de manière globale, des sessions de sensibilisations et d'informations sur des thématiques identifiées pourraient contribuer à **améliorer les bonnes pratiques en matière de santé mentale et favoriser les comportements positifs**.

Par exemple, ces sensibilisations pourraient concerner la gestion du stress, l'éducation bienveillante, et aussi la prévention des violences basées sur le genre, la masculinité positive, etc.

Bien que les interventions devraient garantir un accès à tous aux services SMSP, un accent particulier devrait être apporté aux **enfants**, notamment réfugiés, pour les aider à traiter les informations et gérer les émotions liées aux événements traumatisants qu'ils peuvent avoir vécus. Il s'agit de les aider à mieux faire face pour se développer positivement, et aussi de déconstruire des représentations négatives que certains pourraient avoir intégré sur l'utilisation de la violence pour gérer des difficultés ou des conflits. La scolarisation systématique et le soutien dans le cadre d'activités de socialisation sont particulièrement importants pour l'ensemble des enfants, et surtout les réfugiés arrivés depuis peu.

Pour les **adolescents** et les jeunes adultes, renforcer leur sentiment d'efficacité et les aider à identifier des opportunités positives pour leur futur, à travers le travail, des activités valorisantes auprès de leur communauté, ou encore des formations, semble essentiel pour limiter les risques d'altération de leur santé mentale et de dérives comportementales (délinquance, addictions, etc.). Tous les jeunes de la région sont concernés par ce manque de perspectives positives, situation particulièrement anxiogène et déprimante.

Enfin, il y a aussi d'importants besoins en **santé mentale plus spécialisés**. La quasi-totalité des personnes rencontrées ont affirmé connaître des personnes qui ont des troubles graves de la santé mentale. La dangerosité perçue de ces personnes, pour elles-mêmes ou pour les autres, entraînent le plus souvent leurs proches à les isoler, voire les attacher. Les représentations sociales des personnes souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient apparus à l'enfance ou plus tard, entraînent le plus souvent leur exclusion de toute vie sociale. Ces personnes ne peuvent pas travailler ou avoir des activités avec les autres. Elles sont totalement à la charge de leur famille, qui s'orientent souvent vers des solutions alternatives coûteuses et décrites par les communautés comme parfois non efficaces. . Cette problématique implique plusieurs niveaux d'interventions :

- ➔ Dans un premier temps, renforcer l'offre de soins spécialisés (centre de soins avec un service dédié, ressources humaines qualifiées, traitements adaptés disponibles) ;
- ➔ Dans un second temps, impliquer les praticiens traditionnels tels que *marabouts*, guérisseurs pour renforcer la collaboration, la complémentarité, et mieux identifier et limiter les dérives ;
- ➔ Enfin, sensibiliser les communautés pour qu'elles aient une meilleure connaissance de ce que sont les troubles de la santé mentale et des diverses modalités de prise en charge.

### 5.2.3 *Considérations pour la mise en œuvre*

Il y a de nombreux éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre des interventions en SMSP, dont beaucoup ont été mises en évidence tout au long de cette étude. Il s'agit, dans le court terme, de mettre en place des **services communautaires** d'écoute de soutien. Pour assurer la qualité de ces services tout en préservant le bien être des intervenants, il est indispensable que ces derniers soient correctement **formés et supervisés**. Compte tenu du nombre insuffisant de ressources humaines qualifiées actuellement en Mauritanie dans le domaine psychosocial, il sera sans doute essentiel de **mutualiser certaines de ces ressources** pour former et proposer un soutien émotionnel aux équipes, en plus de renforcer les compétences des managers (chefs de projet, superviseurs) sur la prévention des risques psychosociaux des équipes.

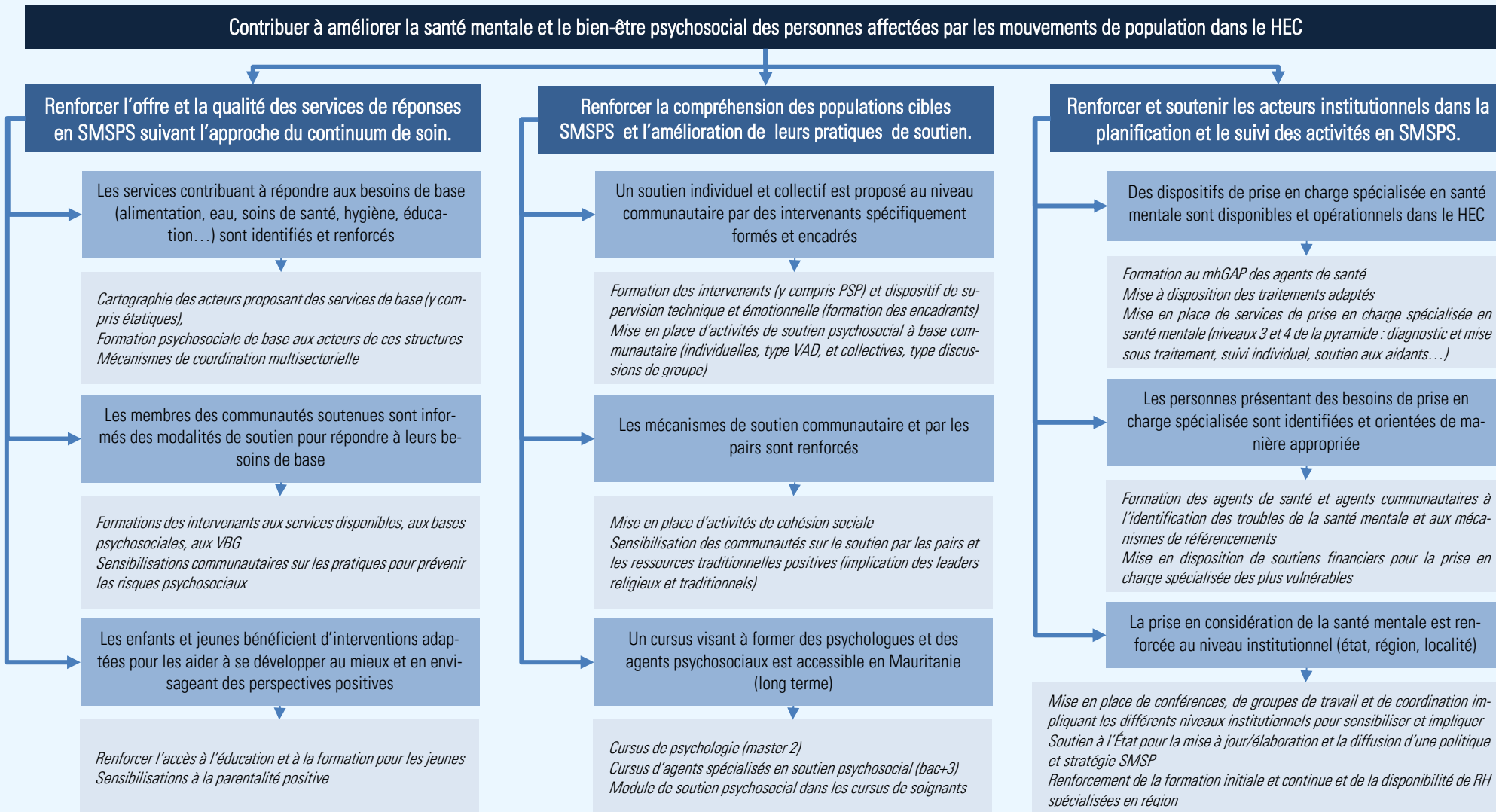
Pour le volet santé mentale spécialisée, les services sont unanimement insuffisants sur tous les aspects. Manque de ressources humaines spécialisées, manque de formation pour les personnels soignants prenant en charge certains patients, traitements souvent indisponibles, coûts importants et durée de prise en charge pouvant causer des ruptures, etc. Tous ces volets devraient être renforcés par la mobilisation des institutions étatiques, soutenues le cas échéant par les acteurs humanitaires, à diverses échéances :

- ➔ Dans le court terme, **renforcer les compétences des soignants** par des formations type mhGAP et développer l'accès aux traitements adaptés aux diagnostics qu'ils auront été formés à établir.
- ➔ Dans le plus long terme, les interventions du gouvernement, au niveau central, régional et local sont indispensables à **renforcer et à structurer**, pour développer des cursus spécialisés en santé mentale, poster suffisamment de ressources humaines qualifiées dans les régions, élaborer des mécanismes de soutien avec le CSN et améliorer la gestion des molécules adaptés.

Tous ces objectifs impliquent une **sensibilisation forte de ces institutions** pour, une **amélioration de leurs connaissances** sur ces thématiques et une **meilleure implication** sur ces questions. Pour les appuyer, il pourrait être pertinent que les organisations et les institutions collaborent plus à l'organisation d'événements spécifiques comme celui de la journée mondiale de la santé mentale, ou à la mise en place de colloques, et que la participation de tous à des groupes de travail portant sur ces thématiques et sur les actions en cours et à venir soient favorisées.

### 5.3 Présentation globale des suggestions d'interventions

Le schéma suivant propose une synthèse des suggestions et recommandations sous forme de cadre logique simplifié.



## 6 CONCLUSION

L'évaluation menée dans la région du Hodh el Chargui a permis de mieux comprendre les impacts du conflit malien et sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des individus et communautés, tant les réfugiés maliens ayant fui leur pays que les mauritaniens qui les accueillent.

Les données analysées révèlent que toutes les personnes vivant ou installées dans le HEC sont affectées directement ou indirectement par ce contexte. Les populations déplacées font face à des défis majeurs, sur le plan psychologique, économique et social, exacerbant les vulnérabilités et les risques de détresse mentale. La stigmatisation, la précarité, le manque de soutien social et d'accès aux services de santé mentale, figurent parmi les facteurs aggravants. Les communautés hôtes, fragilisées par un contexte socio-économique difficile, et confrontées aux enjeux climatiques difficiles pour les éleveurs, sont aussi en grande détresse psychique et émotionnelle.

Ainsi, l'évaluation a mis en évidence une prévalence accrue des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression, ainsi qu'un besoin criant de services de soutien psychologique adaptés. La multitude des défis auxquels tous sont confrontés, et la durée de ce stress qui s'accumule, peut causer des troubles graves de la santé mentale.

Par ailleurs, il a été démontré que les hommes sont tout autant en détresse que les femmes, mais qu'ils tendent à être moins démonstratifs sur leurs difficultés, le plus souvent pour des raisons culturelles. La détresse est également présente chez les adultes tout comme chez les plus jeunes. Une attention particulière devrait être apportée aux enfants et adolescents, et plus particulièrement ceux arrivant du Mali et ayant été témoins de situations traumatisantes. Il est important de les aider à comprendre leurs émotions.

Les liens entre réfugiés et hôtes hors camp sont perçus comme amicaux et les réfugiés ont souvent manifesté un sentiment de reconnaissance et de sécurité aux côtés de ces mauritaniens. Les adultes échangent entre eux, les enfants jouent les uns avec les autres, ce qui contribue à renforcer le bien-être individuel et collectif. Cependant, tout cela reste fragile et la grande précarité peut engendrer des frustrations, des tensions pouvant dégénérer en rejet, voire en violence.

L'étude menée souligne également la résilience et la capacité d'adaptation de ces populations face aux difficultés, grâce à la solidarité communautaire et aux stratégies de survie collective. Ces ressources tendent cependant à s'épuiser avec la durée de la crise et l'accumulation des difficultés rencontrées. Si les ressources traditionnelles et culturelles, notamment le recours aux *marabouts*, a été identifié comme importantes et pouvant s'avérer positive pour la personne prise en charge et pour sa famille, le rapport alerte sur certaines pratiques néfastes et sur l'importance de se coordonner avec les leaders traditionnels pour une approche complémentaire plus efficace.

Afin d'améliorer le bien-être psychosocial de ces populations, plusieurs recommandations émergent de cette étude. Il est impératif de renforcer les services de santé mentale dans la région, en favorisant l'implantation de centres de soutien de proximité et de programmes de formation pour les acteurs de santé locaux. Une approche communautaire, impliquant les leaders locaux et les membres influents de la communauté, est essentielle pour réduire la stigmatisation et encourager les personnes à demander de l'aide.

La collaboration entre les autorités locales, les ONG, et les organisations internationales est également primordiale pour assurer un soutien durable et intégré. De plus, des initiatives de sensibilisation et des programmes de formation en premiers secours psychologiques devraient être mis en place pour accompagner ces populations dans la gestion de leur bien-être mental et psychosocial.

Le manque de ressources humaines qualifiées a été identifié comme l'un des principaux freins au développement de la thématique SMSPS dans le HEC. Cette problématique pourrait être abordée sur plusieurs temporalités : renforcement des compétences des intervenants communautaires, mise en place de dispositifs de supervision technique et émotionnelle, formations des agents de santé à la santé mentale, mobilisation des professionnels installés à Nouakchott auprès des structures de santé en région (déploiements réguliers, soutien à distance...) et enfin, dans le plus long terme, création de cursus en psychologie et en psychiatrie.

Ces ressources humaines sont essentielles pour la mise en place d'activités individuelles et collectives, communautaires et spécialisées. Le soutien aux institutions pour une meilleure compréhension et implication dans ces thématiques peut contribuer à l'atteinte des objectifs liés à la santé mentale et au bien-être des populations affectées par le conflit malien.

Ce rapport souligne les défis psychosociaux auxquels font face les personnes touchées par les déplacements dans le Hodh el Chargui. Les recommandations proposées visent à orienter les acteurs vers des actions favorisant la résilience, la cohésion sociale et l'amélioration de la santé mentale, afin d'accompagner ces communautés vers une plus grande stabilité et un avenir plus apaisé.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACLEDD. (2022, août 30). Les opérations du groupe Wagner en Afrique : Les tendances du ciblage de populations civiles en République centrafricaine et au Mali. <https://acleddata.com/2022/08/30/les-operations-du-groupe-wagner-en-afrique-les-tendances-du-ciblage-de-populations-civiles-en-republique-centrafricaine-et-au-mali/>
- Alliance Sahel. (2021, novembre). Stratégie Régionale de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée de la Wilaya du Hodh Ech Charghi—2021-2025 (résumé). <https://www.alliance-sahel.org/wp-content/uploads/2021/11/01.-R%C3%A9sum%C3%A9-de-la-SCRAPP-VF.pdf>
- Banque Mondiale. (2019). World Bank Open Data. World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org>
- Baqué, P. (1993). Camps de réfugiés touaregs en Mauritanie. Les rapports nord-sud et l'aide au développement. In H. Claudot-Hawad (Éd.), *Le politique dans l'histoire touarègue* (p. 111-120). Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans. <https://doi.org/10.4000/books.iremam.2797>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings : A systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England), 394(10194), 240-248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- Claudot-Hawad, H. (1993). Le politique dans l'histoire touarègue. In *Le politique dans l'histoire touarègue*. Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans. <https://books.openedition.org/iremam/2777>
- Fews Net. (2024, juin). Des résultats de Crise attendus face à l'afflux massif des réfugiés | FEWS NET. <https://fews.net/fr/west-africa/mauritanie/mise-jour-du-suivi-distance/juin-2024>
- FICR. (2024). Mauritanie : Mouvement des Population dans la région du Hodh El Chargui en 2024. <https://reliefweb.int/report/mauritania/mauritanie-mouvement-des-population-dans-la-region-du-hodh-el-chargui-en-2024-2024-04-26#:~:text=La%20majorit%C3%A9%20des%20d%C3%A9plac%C3%A9s%20hors,l'eau%20et%20les%20p%C3%A2turages.>
- Grandmother project. (s. d.). Programmes – Grandmotherproject. Consulté 29 octobre 2024, à l'adresse <https://grandmotherproject.org/fr/nos-programmes>
- Groupe Sénatorial. (1997). Compte rendu de la visite au Mali d'une délégation du Groupe sénatorial France—Afrique de l'Ouest. <https://www.senat.fr/ga/ga-17/GA-171.pdf>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., Jong, J. T. V. M. D., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2009). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention : Empirical Evidence. *FOCUS*, 7(2), 221-242. <https://doi.org/10.1176/foc.7.2.foc221>
- IASC. (2007). Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Inter-Agency Standing Committee.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- OIM. (2024, août). Suivi des populations mobiles en Mauritanie [Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)]. <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd1461/files/reports/EVALUATION%20RETOUR-NEES%20JUN%202024%20FINAL.pdf>
- OMS. (s. d.). Santé mentale [Organisation Mondiale de la Santé (OMS)]. OMS - Thèmes de santé. <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
- OMS. (2014). Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (Échelle HESPER). OMS. [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/French\\_5.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/French_5.pdf)
- OMS. (2022a). Rapport mondial sur la santé mentale—Vue d'ensemble. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356117/9789240051928-fre.pdf?sequence=1>
- OMS. (2022b). Santé mentale dans les situations d'urgence. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- OMS. (2022c, juin). Santé mentale : Renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Peacebuilding Fund. (2023). Renforcement de la paix et de la résilience socio-économique à travers la création d'emplois décents verts pour les jeunes en zones rurales et péri-urbains du Hodh Chargui, de Trarza et de Nouakchott. <https://mptf.undp.org/project/00140517>
- Schinina, G. (2019). Santé mentale et migration. Définitions et complexités. OIM. [https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/mhpss/annex-fr/2sante\\_mentale\\_et\\_migration.\\_definitions\\_et\\_complexites.pdf](https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/mhpss/annex-fr/2sante_mentale_et_migration._definitions_et_complexites.pdf)
- Sow, I. (1978). Structures anthropologiques de la folie en Afrique noire. Paris, France : Payot.
- Tdh-L. (2021, novembre 12). Guide opérationnel : Vers la résilience psychosociale et le bien-être | Terre des hommes. Terre des hommes - Lausanne. <https://www.Tdh.org/fr/mediatheque/documents/guide-operationnel-vers-la-resilience-psychosociale-et-le-bien-etre>
- The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide. (2018). A faith-sensitive approach in humanitarian response—Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide. [https://pscentre.org/wp-content/uploads/2021/08/faith-sensitive\\_humanitarian\\_response\\_2018.pdf](https://pscentre.org/wp-content/uploads/2021/08/faith-sensitive_humanitarian_response_2018.pdf)
- UNDP. (2023). Construire des communautés et des systèmes résilients. Programme des Nations Unies pour le Développement (UNDP). <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-02/Rapport%20des%20Nations%20Unies%20en%20Mauritanie%20-%20Construire%20des%20Communautes%20et%20des%20Syst%20emes%20Resilients%20-.pdf>
- UNFPA. (2019). In Mauritania, imams take to radio waves to say child marriage is against Islam. <https://www.unfpa.org/news/mauritania-imams-take-radio-waves-say-child-marriage-against-islam>
- UNHCR. (2012). La crise des réfugiés maliens : L'une des urgences humanitaires les plus négligées au monde. UNHCR France. <https://www.unhcr.org/fr-fr/actualites/articles-et-reportages/la-crise-des-refugies-maliens-lune-des-urgences-humanitaires-les>
- UNHCR. (2013). Santé mentale & Soutien psychosocial Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés. <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/2024-04/1.%20UNHCR%202013%20Operational%20Guidance%20MHPSS%20FRENCH.pdf>
- UNHCR. (2019, avril 11). Santé mentale et soutien psychosocial. UNHCR - Emergency Handbook. <https://emergency.unhcr.org/fr/emergency-assistance/sant%C3%A9-et-nutrition/sant%C3%A9-mentale-et-soutien-psychosocial>
- UNHCR. (2022, janvier). Santé mentale et appui psychosocial dans le contexte du camp des réfugiés de M'bera, Mauritanie. UNHCR. <https://data.unhcr.org/fr/documents/details/91320>
- UNHCR. (2023). Rapport du Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (Supplément N°12). <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g23/169/25/pdf/g2316925.pdf>
- UNHCR. (2024a, janvier 16). Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS). UNHCR. <https://emergency.unhcr.org/fr/emergency-assistance/sant%C3%A9-et-nutrition/sant%C3%A9-mentale-et-soutien-psychosocial-smsps>
- UNHCR. (2024b, août). UNHCR Mauritanie—Refugee Emergency Response Update (As of 31 August 2024). UNHCR Operational Data Portal (ODP). <https://data.unhcr.org/fr/documents/details/111342>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Pathways to Wellness. (2012). Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and use of the RHS-15. Lutheran Community Services Northwest & Washington State Department of Health. Retrieved from [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## Liste des figures

Figure 1 : Chronologie des événements dans le nord Mali .....	8
Figure 2 : Découpage administratif du HEC .....	10
Figure 3 : Interconnexion des dimensions psychologiques et sociales .....	11
Figure 4 : Pyramide des interventions psychosociales du IASC .....	12
Figure 5 : Étapes phares de l'évaluation .....	14
Figure 6 : Répartition de la population des communes de Bassikounou, Fassala et Megve .....	15
Figure 7 : Zones de l'étude .....	16
Figure 8 : Restes de bétails décimés par la rudesse climatique .....	32
Figure 9 : Causes identifiées par les communautés des troubles de santé mentale .....	43
Figure 10 : Passerelles entre les niveaux de la pyramide du IASC .....	53
Figure 11 : Risques psychosociaux au travail .....	54

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Questions posées aux informateurs clés .....	16
Tableau 2 : Présentation des outils de l'évaluation .....	18
Tableau 3 : Exemples de questions posées .....	19
Tableau 4 : Répartition des participants adultes aux groupes de discussion .....	23
Tableau 5 : Répartition des participants mineurs aux groupes de discussion .....	23
Tableau 6 : Profils des informateurs clés .....	24
Tableau 7 : Répartition des personnes interrogées selon leur statut et lieu de vie .....	24
Tableau 8 : Synthèse des cas pris en charge en santé mentale dans le centre de santé de Mbera .....	49

## Liste des graphiques

Graphique 1 : Événements de violence politique ciblant des civils .....	9
Graphique 2 : Pourcentage des personnes percevant les besoins comme des problèmes importants .....	27
Graphique 3 : Perception de la gravité des besoins selon le statut .....	28
Graphique 4 : Perception de l'importance des besoins selon l'arrivée en Mauritanie .....	29
Graphique 5 : Perception des problèmes au niveau communautaire .....	30
Graphique 6 : Problèmes communautaires perçus comme graves pour les réfugiés dans et hors du camp de Mbera .....	30
Graphique 7 : Vécu ou crainte des violences selon le statut et la localisation des réfugiés (camp/hors camp) .....	31
Graphique 8 : Sentiment d'être actuellement en insécurité selon le sexe .....	31
Graphique 9 : Symptomatologie dépressive et anxieuse selon le sexe .....	33
Graphique 10 : Symptomatologie anxieuse et dépressive selon le statut .....	34
Graphique 11 : Symptomatologie anxieuse et dépressive selon le lieu d'installation des réfugiés .....	34
Graphique 12 : Manifestations de détresse selon leur fréquence ou intensité .....	35
Graphique 13 : Manifestations de détresse selon le statut .....	36
Graphique 14 : Manifestations de détresse chez les réfugiés selon qu'ils vivent dans ou hors du camp .....	36
Graphique 15 : Perceptions parentales des manifestations de détresse chez les enfants .....	38
Graphique 16 : Signes de mal-être chez les enfants réfugiés selon qu'ils vivent dans le camp ou en dehors .....	39
Graphique 17 : Signes de détresse selon le milieu de vie .....	39
Graphique 18 : Freins identifiés à l'accès aux services professionnels en SMSP .....	50

Cette étude a été commanditée et coordonnée par Terre des hommes-Lausanne et l'UNHCR, avec le financement de l'Agence Française de Développement (AFD), de l'Union Européenne et de l'UNHCR.

Pour toute question ou complément d'informations concernant cette étude, vous pouvez contacter Tdh-L en Mauritanie.

Version : Juillet 2025

Autrice : Cecile ALLESANDRI

Révision : Justin DJOTAH, Ahmadou Gning, Lubineau DOMITILLE, Marike GLEICHMANN, Lamine DOUCOURE.

Photos et infographies créées pour cette étude : Cecile ALESSANDRI

© 2025, Terre des hommes Lausanne

