

La place de la santé mentale dans la prise en charge des personnes déplacées internes au Burkina Faso

Auteur : Kaboré, Emeline

Promoteur(s) : Poncelet, Marc

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée
Coopération Nord-Sud

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/16931>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Nom : **KABORÉ**

Prénom : **Émeline**

Matricule : S124848

Filière d'étude : **Master en Sciences de la Population et du Développement à finalité 'Coopération Nord/Sud'**

**La place de la santé mentale dans la prise en charge des
personnes déplacées internes au Burkina Faso**

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la population et du développement à finalité « Coopération Nord-Sud »

Promoteur : **PONCELET Marc**

Lecteurs : **SAMBIENI Emmanuel N'Koué**

SORÉ Zakaria

« Il n'y a rien de plus précieux en ce monde, que le sentiment d'exister pour quelqu'un »

Victor Hugo

Nom : **KABORÉ**

Prénom : **Émeline**

Matricule : S124848

Filière d'étude : **Master en Sciences de la Population et du Développement à finalité 'Coopération Nord/Sud'**

**La place de la santé mentale dans la prise en charge des
personnes déplacées internes au Burkina Faso**

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la population et du développement à finalité « Coopération Nord-Sud »

Promoteur : **PONCELET Marc**

Lecteurs : **SAMBIENI Emmanuel N'Koué**

SORÉ Zakaria

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée et ont contribué à la réalisation de ce mémoire ainsi qu'à l'achèvement de mes études.

Un énorme merci ...

À Aicha et Ouambi, ma maître de stage et compagnon d'aventure au sein du RAJS, merci pour votre disponibilité aux pays, pour vos contacts, pour votre bonne humeur qui a égayé mes séjours de recherche. Et surtout vos soutiens ô combien inestimables ;

À Zakaria Soré pour la proposition de cette thématique si intéressante et de la direction de la problématique ;

À Marc Poncelet et Marc et NKoué Emmanuel Sambieni pour l'intérêt accordé à ce travail ;

Au Dr. Hamadé Sawadogo, Dr. Edwige Somboro, Dr. Fosseni, Alasanne Abdou Tchibo pour leur écoute, leurs retours et relecture ainsi leur immense contribution dans ce travail,

À tous les intervenants et toutes les belles rencontres faites dans le cadre de ce travail,

À mon papa, pour ces précieux conseils, contacts, encouragements et sa disponibilité en tout temps ;

À ma maman, qui ne cesse de corriger mes travaux et me motive ;

À ma famille tant en Belgique qu'au Burkina Faso, merci à mon oncle Sam qui m'a toujours accueillie dans les meilleures conditions lors de mes déplacements à Ouaga ;

À mes cousins et cousines pour leur accompagnement lors de mes rencontres avec les personnes déplacées internes ;

Aux acteurs sociaux rencontrés, merci pour l'investissement et les qualités humaines que vous apportez aux plus vulnérables ;

Aux personnes déplacées internes pour l'aboutissement de notre recherche ;

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
ACRONYMES	7
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	9
RESUME	10
INTRODUCTION.....	11
PARTIE 1 : PROBLEMATISATION	13
CHAPITRE 1 : LA SANTE MENTALE	13
1. Définitions	13
1.1. La santé mentale.....	13
1.2. Le stress, anxiété, dépression.....	14
1.3. Traumatisme et stress post-traumatique	15
1.4. La résilience	16
2. L'offre de santé mentale en Afrique.....	17
3. La représentation de la santé mentale en Afrique	18
CHAPITRE 2 : L'INSECURITE ET LE TERRORISME	19
1. Définition du terrorisme.....	21
2. Historique du terrorisme au Burkina Faso.....	21
3. Les causes du terrorisme.....	22
CHAPITRE 3 : LES PERSONNES DEPLACEES INTERNES.....	24
1. Définition et statut	24
2. Cadre Juridique des personnes déplacées.....	24
3. Conséquences des migrations internes.....	25
4. La situation au Burkina Faso.....	25
5. Santé mentale des personnes migrantes	26
PARTIE 2 : ANALYSE.....	30
APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	30
1. Les différentes étapes de la recherche.....	30
1.1. La recherche littéraire.....	30

1.2.	La recherche documentaire	30
1.3.	L'observation	31
2.	Terrain d'étude et l'enquête de terrain.....	31
3.	Population d'étude.....	31
4.	Les entretiens	32
5.	Considérations éthiques.....	33
6.	Limites et biais de l'étude.....	33
CHAPITRE 1 : Conditions de vie des PDI – témoignages		34
CHAPITRE 2 : États de lieux de la logique d'intervention de l'État		37
Chapitre 3 : Les ONG et les acteurs locaux		40
Chapitre 4 : L'intérêt de la santé mentale dans la PEC générale		42
<i>DISCUSSIONS</i>		44
<i>CONCLUSION GENERALE</i>		46
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....		47
<i>ANNEXES</i>.....		54
Annexe 1 carte du Burkina Faso.....		54
Annexe 2 : carte régionale du Burkina Faso		54
Annexe 3 : Guide d'entretien destinés aux professionnels de santé spécialisés dans la santé mentale.....		55
Annexe 4 : Guide d'entretien destinés aux professionnels sociaux.....		55
Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des PDI		55
Annexe 6 : Photos.....		56

ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
ASBC	Agent de santé à base communautaire
BF	Burkina Faso
BM	Banque Mondiale
CBM	Christoffel Blinden mission
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CICR	Comité International de la Croix-Rouge
CMA	Centre Médical avec antenne chirurgicale
CPI	Comité Permanent Inter-agence
CORUS	Centre des Opérations de Réponse aux Urgences Sanitaire
CONASUR	Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation
CNDH	Commission Nationale des Droits Humains
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
ESA	État de stress aigu
ESTP	État de stress post-traumatique voir PTSD
HCR	Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés
HI	Humanité Inclusion (anciennement handicap international)
IDH	Indice de Développement Humain
IDMC	Centre de surveillance des déplacements internes
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSP	l'Institut National de Santé Publique
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSPH	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène hospitalière
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODD	Objectif de Développement Durable
OIM	Organisation Internationale pour la Migration
OMD	Objectif Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé voir WHO
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDI	Personnes Déplacées Internes

PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Pays Moyennement Avancés
PNUD	Programme des Nations unies pour les Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTSD	Post-traumatique stress disorder voir ESTP
PVD	Pays en Voie de Développement
RDC	République Démocratique du Congo
SASM	Société Africaine de la Santé Mentale
SM	Santé Mentale
SMPSGP	Santé Mentale et Pratiques de Soins, Genre et Protection
SOBUSAM	Société Burkinabé de Santé Mentale
SPF	Santé Publique France
UA	Union Africaine
UNHCR	Agence des Nations Unies pour les Réfugiés
WHO	World Health Organization voir OMS

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1	Temporalité du Traumatisme	16
Figure 2	Carte du Burkina Faso et ses pays frontaliers	20
Figure 3	Zones à risque dans la région du Sahel	22
Figure 4	Carte représentant le nombre de PDI par commune	26
Tableau 1	Entretien avec les différents PDI	32
Tableau 2	Entretien avec les différents Acteurs	32

RESUME

Le Burkina Faso fait face à une crise sécuritaire sans précédent engendrant des déplacements de population au sein de son territoire. La prise en charge des personnes déplacées internes (PDI), renvoie à une offre de services variée et complémentaire allant de la satisfaction de leurs besoins sur les plans psychosociale, sanitaire, alimentaire, incluant le soutien scolaire et professionnel aux jeunes enfants et autres adolescents. Dans le contexte du Burkina Faso, elle s'inscrit dans la politique nationale d'action humanitaire et de solidarité nationale telle que définie par le gouvernement. Elle est assurée aussi bien par les agences gouvernementales que par certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales et internationales. Dans la subsidiarité et la complémentarité, les différents intervenants apportent des aides centrées sur les personnes déplacées internes pour l'amélioration de leurs conditions de vie (satisfaction des besoins d'alimentation, d'hygiène, de logement...) et souvent de sécurité dans les centres d'accueil mis en place.

Notre modeste ambition dans le cadre de cette étude est de rendre compte de la place de la santé mentale dans la prise en charge des PDI via une étude sur le terrain. Dans un contexte d'Afrique subsaharienne où la santé mentale a souvent une connotation péjorative ou est encore un tabou dans la population générale, les résultats de la revue documentaire ainsi que l'analyse de terrain font ressortir le fait que la sensibilisation sur la santé mentale est de plus en plus imprégnée dans les axes stratégiques ; on observe une évolution sur l'imputation de la santé mentale dans la prise en charge des PDI. Néanmoins, les moyens tant financiers mais surtout humains restent beaucoup trop faibles pour assurer une prise en charge basique pour les personnes dans le besoin. De plus, le manque de coordination tant entre les ONG et le gouvernement et les ONG entre-elles parasite la mise en place d'un système efficace et efficient. Des dispositifs sont mis en place pour pallier à ce problème.

Mots clés : Santé mentale, Personnes déplacées, migration, Burkina Faso

INTRODUCTION

Le Burkina Faso - comme ses pays frontaliers dans la région du Sahel - fait face à des attaques terroristes depuis 2015. Ses attaques perpétrées - en plus d'engendrer des morts - a pour conséquences d'instaurer un climat d'insécurité forçant les habitants à fuir les zones de conflits. Ces personnes fuyant leur domicile sont appelées des personnes déplacées internes (PDI) tant qu'elles restent sur le territoire national. Les régions les plus touchées du pays sont les régions du Nord, Nord-Est, de l'Est, et le Sahel. Le nombre de PDI ne cesse de croître et la situation sécuritaire ne semble pas être sous le contrôle de l'État, situation qui pourrait s'enliser et perdurer. En date du 31 décembre 2022, le nombre de PDI était estimé à 1 882 39 avec une augmentation de 19% entre octobre 2021 et octobre 2022. (OCHA, 2022). Les régions du Sahel et du Centre-Nord concentrent à elles deux plus de 50% des PDI (respectivement 26,4% et 25,2%). (OCHA, 2022). Le Burkina Faso fait de plus, face à une instabilité politique : en octobre 2014 le président Compaoré démissionne après 27ans au pouvoir, après une période de transition, le président Kaboré entre en fonction en 2015 et sera réélu en 2020. En Janvier 2022, un premier coup d'état le destitue, et l'armée prend le pouvoir avec à sa tête le lieutenant-Colonel Damiba. Il restera moins d'un an en fonction car un second coup d'état militaire commandité par Ibrahim Traoré lui permet de prendre le pouvoir et ainsi des fonctions présidentielles en octobre 2022.

Dépossédées de leurs biens et devant faire face à un avenir incertain, les PDI sont en situation vulnérable. Les crises migratoires mondiales actuelles ont mis en évidence les besoins tant physiques et psychiques des personnes déplacées ainsi que les conséquences à court, moyen et long terme. Plusieurs études vont dans ce sens et concluent que les PDI sont plus vulnérables concernant leur santé mentale du à leurs traumatismes pré-migratoires, les stress post-réinstallation, les conflits familiaux engendrés, la discrimination ainsi que le stress acculturatif. Tous ces facteurs augmenteraient le risque de troubles et de détresse (Bustamante et al., 2018). De plus, ces nouvelles concentrations de population sont sources de tension entre les personnes déplacées internes et les personnes accueillantes.

Le sujet s'inscrivant dans l'actualité nous a particulièrement touchés lors de nos différents voyages au Burkina Faso. Étant notre pays d'origine, nous ne pouvions pas rester insensibles à cette problématique. De par notre parcours professionnel dans la paramédical, nous avons été amenés à être confrontés à des cas de traumatismes et à devoir prendre en charge les patients dans une démarche dite globalisée : comprenant tant la santé physique, la situation sociale que leur santé mentale. Il nous tenait à cœur d'apporter notre modeste contribution afin de mettre en lumière cette thématique et sensibiliser autour du bien-être psychique qui peut causer autant de tort qu'un besoin physique non satisfait et qui pourrait causer des dommages sur des générations.

Le sujet de cette recherche étant la santé mentale des personnes déplacées internes, nous avons voulu en savoir plus sur leur prise en charge que ça soit par les ONG ou par l'État burkinabé. Cette étude tente de mettre en exergue la place accordée à la santé mentale dans la prise en charge des PDI et de quelle manière se traduit-elle dans les dispositifs mis en place tant par l'État que par les acteurs locaux.

Afin de répondre à cette question, notre recherche est divisées en deux parties. La première partie est la problématisation qui nous permet d'installer et d'expliquer les concepts liés à notre question de recherche dans le contexte situationnel du Burkina Faso. Puis, la seconde partie, la phase analytique où après avoir exposé la méthodologie, nous développerons les arguments recueillis et notre analyse de terrain.

PARTIE 1 : PROBLEMATISATION

Le cadre théorique a pour objectif d'expliquer les concepts-clés de notre problématique et de les installer dans la situation actuelle que connaît le Burkina Faso. Les liens étroits entre les sciences humaines et la santé publique sont parcourus. Ainsi, nous développons les concepts de santé mentale des personnes déplacées dans le contexte d'insécurité et de terrorisme au Burkina Faso. Ces éléments à présent définis nous permettent d'élaborer notre question de recherche ainsi que nos objectifs de recherche.

CHAPITRE 1 : LA SANTE MENTALE

Dans ce chapitre, il sera question de définir la santé mentale dans sa définition internationale, d'expliquer les « troubles » les plus fréquents chez les personnes migrantes et de contextualiser la santé mentale au cadre culturel de l'Afrique de l'ouest.

1. Définitions

1.1. La santé mentale

La santé mentale reflète différents aspects, ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme étant un : « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ».

A cette définition, nous rajoutons celle du psychiatre Jean Furtos¹ qui nous indique que la santé mentale est « *la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives.* ».

Ces définitions prennent en considération les événements normaux de la vie tels que la maladie, le décès, les pertes. Nous développerons plus loin la santé mentale dans le contexte de la migration et les conséquences qu'elle engendre sur le vécu des personnes.

¹ Jean Furtos est psychiatre, ancien chef de service en psychiatrie au Centre hospitalier de Lyon-Bron et membre permanent de l'Association mondiale de psychiatrie sociale (WASP).

Il existe trois dimensions à la santé mentale : la première est **la santé mentale positive** qui comporte l'épanouissement personnel, le bien-être, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux. La deuxième dimension est **la détresse psychologique réactionnelle** causée par des situations éprouvantes tel que le deuil, l'échec, l'accident, l'environnement qui change, ou encore un événement particulièrement troublant. Les symptômes sont normalement temporaires et s'expriment principalement par la détresse psychologique (ne nécessitant pas de soins spécialisés), l'état anxieux et le stress. Tant que ces symptômes restent temporaires et font suite à l'événement, on considère que c'est une réaction adaptative normale. Lorsqu'ils s'intensifient et perdurent, ils peuvent constituer l'indicateur d'un trouble psychique. La troisième composante sont les troubles psychiatriques de durée variable qui font partie de la maladie mentale. (SPF, 2023).

De ces définitions, nous retenons que la santé mentale renvoie à un état d'équilibre individuel et collectif qui permet aux individus de faire face aux difficultés de la vie. C'est cette définition que nous retiendrons pour ce travail sans rentrer dans la maladie mentale. Toutefois, il nous semble intéressant de définir les *troubles* dont sont plus susceptibles d'être atteints les PDI, à savoir : le psycho traumatisme, le stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression.

1.2. Le stress, anxiété, dépression

Le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées. (OMS, Arck et al., 2001). C'est une réaction adaptative normale réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu en réponse à une agression, une menace ou une situation inopinée. (Crocq, 2014)

L'état de stress post-traumatique est une réaction spécifique se développant suite à un événement traumatique. Il peut s'exprimer sous les formes suivantes: la reviviscence, l'évitement, l'humeur négative ou l'hyperréactivité. Cet état peut survenir des 3 jours à 1 mois après l'événement.

L'OMS définit la **dépression** comme un « *trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration* ». (WHO, 2021). Elle, prend un visage différent selon la personnalité et la structure de l'individu. De façon générale, l'humeur dépressive consiste en une vision pessimiste du monde et de soi-même. Cette douleur morale, parfois indicible par la personne peut s'accompagner du vécu pessimiste qui se caractérise par l'insatisfaction, la dévalorisation, l'autodépréciation et dans les cas graves d'un sentiment de culpabilité. La nostalgie du passé revient fréquemment dans la dépression. Toute la vie de la personne déprimée actuelle et passée est entrevue à travers une grille de lecture cognitivement biaisée de l'échec, de l'impossibilité, de l'incapacité personnelle, de la solitude et de la perte d'espoir.

L'anxiété est un sentiment pénible, subjectif, d'attente d'un danger imminent mais imprécis. Contrairement au stress où l'objet, la cause est connue, ce qui n'est pas le cas dans l'anxiété. Cette anxiété peut se traduire par une agitation motrice qui va dissimuler le ralentissement, il s'agit d'une réaction normale qui devient une maladie lorsqu'elle survient alors qu'aucun événement ne la justifie vraiment. On parle de trouble anxieux ou encore d'anxiété généralisée lorsque l'individu ressent une anxiété forte et durable sans lien avec un danger ou une menace réelle. Cet état perturbe son fonctionnement normal ainsi que ses activités quotidiennes (Inserm, 2021).

1.3. Traumatisme et stress post-traumatique

L'origine de ces affections mentales est l'événement traumatisant (ET). Il y a trois types d'ET : le type 1 est un événement unique et inattendu postant une menace vitale aiguë ponctuelle tels qu'une agression, un incendie ou encore une catastrophe naturelle. Le type 2 correspond à un événement prolongé ou répété dont on ne peut prédire son évolution comme la violence intrafamiliale, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre. Le type 3, lui, regroupe les événements multiples survenant pendant l'enfant et présents durant une longue période, c'est le cas typique des abus. (Josse, 2019,4).

Différents termes sont utilisés pour expliquer l'état d'une personne en souffrance après un événement traumatisant. La différence est la temporalité. On parle de **stress aigu** quand l'exposition à l'événement traumatique est récente : trois jours à un mois, au-delà de ce terme, le diagnostic posé est le **trouble de stress post-traumatique** (PTSD ou ESTP) (Tordjman, 2019). Le DSM 5 définit le PTSD comme étant un « *trouble présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'effroi, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce traumatisme.* » (Segal, 2010). Tisseron définit le **traumatisme psychologique** comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses psychiques par les excitations violentes afférentes à l'exposition à un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu (Tisseron, 2014).

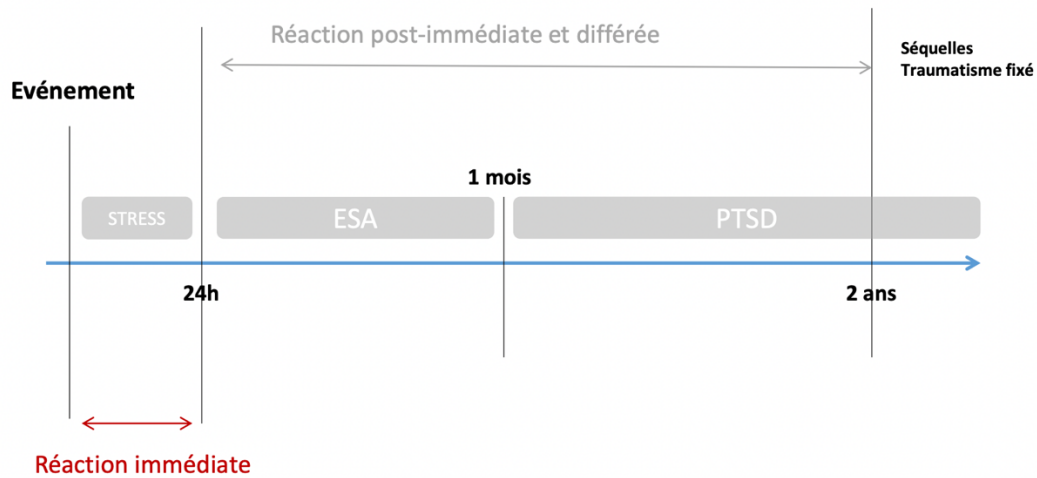


Figure 1 : Temporalité du traumatisme - Centre d'Expertise en Psycho traumatisme et Psychologie-Légale de l'Uliège

L'évolution du PTSD entre le DSM-4 et 5 accorde maintenant que les sujets non-exposé directement à l'événement traumatique puissent être atteints également du fait de la proximité émotionnelle avec la victime directe : la famille, les amis proches, les enfants mais également les personnes qui sont confrontées de manière répétée aux récits et aux détails pénibles de l'événement traumatique : nous ciblons là les professionnels de santé, sociaux ou encore les policiers. Quatre types de symptômes sont identifiés par le DSM-5 : la reviviscence de l'événement traumatique, l'évitement des situations pouvant réactiver le souvenir de cet événement, les altérations cognitives et l'humeur persistantes ainsi qu'un hyperveil neuro-végétatif avec hypervigilance et hyperréactivité. Ces symptômes observés doivent durer plus d'un mois et entraîner une perturbation affective ou socioprofessionnelle.

1.4. La résilience

La résilience est souvent énoncée comme facteur de rémission des troubles suite à un événement traumatique. Plusieurs définitions sont données à la résilience, citons celle de B. Cyrulnik qui la définit comme étant : « *la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement un risque grave d'une issue négative* » (Cyrulnik, 2012). La résilience consiste à pouvoir dépasser les conséquences d'un traumatisme, les capacités humaines développées par le sujet lui-même lui permettant d'affronter des expériences aversives (Anaut, 2003). La résilience est spécifique à chaque individu. Dès lors, quatre facteurs influencent son potentiel : le moment où arrive l'événement, les caractéristiques personnelles : le vécu, la personnalité, le fonctionnement intrapsychique ; la nature ainsi que le contexte de l'événement

traumatique et le soutien socio post-événement. (Rivest, 2011). Faire preuve de résilience améliore le bien-être et permet de continuer ses activités en dépit de l'adversité (Bonanno, 2004). Ceux qui enclenchent un processus de résilience mettent en place des stratégies de survie, trois éléments sont essentiels selon B. Cyrulnik : la force vitale : cette dynamique qui pousse l'humain à s'accrocher au moindre signe pour rebondir ; un tuteur de résilience : un point d'accroche affectif, sécurisant sur lequel s'appuyer pour reprendre vie. Il peut s'agir d'un proche ou d'une personne extérieure, un professeur, une éducatrice, les animaux également peuvent servir de tuteur de référence. Les attitudes spécifiques des tuteurs de résilience sont leur capacité à manifester de l'empathie et de l'affection, capacité d'écoute, le respect du parcours de la victime, facilitent l'estime de soi-même. (Lecomte 2010). Le dernier élément est le remaniement du passé : il permet de survivre à l'abominable. Ce mécanisme de défense a pour but de donner une cohérence au souvenir pour le rendre supportable afin de garder l'espoir et une raison de vivre.

2. L'offre de santé mentale en Afrique

À première vue, la santé mentale ne semble pas être une priorité pour les gouvernements africains. En effet, si on compare les dépenses publiques allouées à la santé mentale sur le continent africain avec le reste du monde, là où l'Afrique dépense 0,1 US par habitant, les Etats-Unis en dépense 11,8 US et l'Europe 21,7 US. La moyenne mondiale étant de 2,5 US. La région africaine compte moins de deux agents de santé mentale pour 100.000 personnes tandis que la moyenne mondiale est de 13 agents. Pour les professions spécialisées, on dénombre un spécialiste (psychiatre, psychologue) par million de personnes. (OMS 2021). De trop nombreuses personnes dans la région d'Afrique n'ont pas accès aux soins de SM. Dans l'ensemble il y a un sous-investissement tellement prononcé dans la santé mentale qu'il est difficile d'en garantir l'accès. 80% des faibles ressources disponibles sont allouées aux grands établissements psychiatriques dans les grandes villes alors qu'il aurait mieux valu que la majeure partie de ces ressources soient affectées aux soins primaires. (OMS, 2021). L'intégration des soins de santé mentale en première ligne de soins renforce la qualité de la relation thérapeutique. (Sow et al. 2019)

Une question légitime serait de savoir pourquoi la santé mentale n'est pas une thématique reconnue par les États : une partie de l'explication peut se justifier par la priorisation des traitements liés aux maladies infectieuses ou la malnutrition qui sévissent beaucoup plus dans les pays en voie de développement (PVD) que dans les pays occidentaux. Ainsi les faibles ressources matérielles et humaines se concentrent sur les maladies dites vitales (OMS, 2021). Pourtant, au niveau mondial, nombreux organismes non gouvernementaux (ONG) affirment leur volonté de faire de la question de la SM dans les PVD un défi prioritaire. L'OMS via son plan « *programme d'action pour Comblent les lacunes en santé mentale de 2008* », visaient à assurer l'accès aux soins à un

plus grand nombre. (Kastler, 2011). L'approche dominante quant à l'intégration de la santé mentale en première ligne est le programme d'action mhGAP (Mental Health Gap) de l'OMS en 2008. Son but est de combler le déficit en ressources humaines en SM dans les pays à faibles revenus en formant des soignants non-spécialisés à la détection, traitement et suivi de troubles mentaux. (OMS, 2018).

Une autre explication concernant ce désintérêt de la santé mentale des gouvernements africains est le reflet de la **représentation** de la santé mentale.

- *L'offre de soins de santé mentale au Burkina Faso*

Le système de santé burkinabè repose sur un système pyramidal composé de trois niveaux. Ces trois niveaux correspondent aux soins de santé primaire, secondaire et tertiaire. Le premier niveau est représenté par le district sanitaire, il comprend deux échelons : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). On dénombrait en 2020, 1896 CSPS et 65 CMA. Le second niveau correspond aux soins de santé secondaire, il comprend 8 centres hospitaliers régionaux, qui servent d'hôpitaux de référence. Le troisième et dernier niveau, est constitué de 6 centres hospitaliers universitaires (CHU). L'offre de santé s'organise également sous trois secteurs : public, privé et traditionnel. Le secteur privé est essentiellement concentré dans la capitale Ouagadougou et la deuxième plus grande ville en population : Bobo-dioulasso qui abritent 90% des structures privées. La médecine traditionnelle est reconnue au Burkina depuis 1994 et s'avère être un des premiers recours pour les populations rurales. Le ratio personnel soignant par habitant est par ailleurs assez faible, ce qui **entrave** inexorablement **l'offre de soins** dans le pays, de plus la mauvaise répartition concentre le principal des professionnels dans les grandes villes. Il y a pour l'heure 11 médecins psychiatres dont 6 à Ouagadougou, 3 à Bobo-dioulasso.

3. La représentation de la santé mentale en Afrique

La culture a un impact non négligeable dans la représentation de la santé et de la maladie, ainsi, « *chaque culture a sa propre façon d'exprimer la souffrance psychique et elle n'a pas la même perception de la psychologie humaine* ». (Kastler, 2011). L'anthropologie médicale « *met l'accent sur la dimension culturelle attachée aux objets santé et maladie* » (Charmillot, 1997). La stigmatisation dont souffrent les personnes ayant des problèmes relevant de la santé mentale est un frein majeur à la qualité des soins. (Sartorius, 2007). Cette stigmatisation est aussi bien étendue dans la population générale que chez les étudiants en médecine ou encore chez les personnels soignants. Une étude menée dans le Nord du Nigeria sur une population rurale montre que 0,9% des répondants ont attribué la maladie mentale à une maladie cérébrale. Les causes invoquées étaient l'attaque spirituelle, la punition pour les actes

répréhensible ou la consommation illicite de substance psychoactives. Cette méconnaissance de la santé mentale engendre des préjugés et stigmatisations négatives sur les patients atteints de troubles mentaux et pousse la population à pratiquer de la discrimination à leurs égards (Audu et al., 2019). Quant à la population de soignants, l'étude de Sow et al. menée en Guinée Conakry portant sur l'analyse des attitudes des soignants face à la santé mentale. Une comparaison entre les soignants des centres qui avaient déjà intégré la santé mentale et ceux qui ne l'avaient pas encore fait sur leurs représentations de la maladie mentale. Les résultats de cette étude montre que les soignants non familiarisés avec la discipline de la santé mentale portent un jugement négatif sur les patients atteints. Ils mentionnent la folie de façon générique sans poser de diagnostic médical, le lien avec la drogue, la sorcellerie, au diable et la santé mentale est évoqué. Le personnel soignant travaillant dans le milieu de la santé mental quant à eux sont « plus connaisseurs » des étiologies ainsi que des traitements. Aucun des deux groupes n'excluent les causes surnaturelles ni la place des remèdes traditionnels dans le traitement des maladies mentales (Sow et al. 2019).

Toujours en Guinée, un rapport de l'OMS de 2016 met l'accent sur l'importance des guérisseurs traditionnels qui restent le principal recours pour les personnes présentant un trouble mental, comblant le manque de personnel soignant spécialisés dans le domaine. La situation de la Guinée peut s'étendre à toute l'Afrique de l'Ouest (OMS, 2016). Ainsi la SM est fortement imbriquée par les croyances traditionnelles et le lien au mystique. Les troubles de santé mentale sont souvent interprétés comme une faiblesse de caractère, un châtement causé par des esprits surnaturels, ou encore un mal dangereux et contagieux (Bergot, 2013). Ce sont les guérisseurs et les dirigeants religieux qui sont souvent amenés à traiter les maladies mentales en raison de l'influence de la tradition mais également par le manque de professionnels, d'infrastructures et la vulgarisation de la santé mentale. (Kastler, 2011).

La SM possède une autre définition, perception et une autre acceptation en Afrique qu'en occident. Le système colonial et occidental actuel a tendance à imposer sa perception de la SM via des politiques et stratégies en occultant « la perception » culturelle. À noter que l'offre de soin en milieu psychiatrique existe depuis la période coloniale, les services de psychiatries ont ouvert en 1958 à Bobo-dioulasso et en 1959 dans la capitale.

CHAPITRE 2 : L'INSECURITE ET LE TERRORISME

Notre étude s'inscrit dans le contexte du Burkina Faso : pays subsaharien au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Burkina Faso – anciennement connu sous le nom de Haute-Volta, occupe un territoire aride d'une superficie de 270 764km². Le pays est enclavé et partage ses frontières avec le Mali au Nord, le Nigeria à l'est, le Benin et le Togo au sud-est, le Ghana au sud et enfin, la Côte d'Ivoire au sud-ouest. Sa population est aujourd'hui estimée à plus de 20,3 millions d'habitant (BM, 2019), contre un peu plus

de 15 millions (15,7) il y a à peine dix ans (INSD, 2010), ce qui nous laisse imaginer le profil jeune de la population burkinabè. La population du Burkina Faso est en effet très jeune : près d'une personne sur 2 a moins de 15 ans (48%) (INSD, 2015). Elle est également majoritairement rurale : plus du trois quart (77,3%) de la population burkinabè réside en zone rurale, même si les grandes villes du pays à commencer par Ouagadougou - sa capitale- prennent en importance compte tenu du phénomène notable d'exode rural. Le pays compte par ailleurs plus de soixante ethnies.

Ancienne colonie française, le Burkina Faso a obtenu son indépendance en août 1960. Différents régimes politiques se sont succédés jusqu'à adopter un système démocratique en 1991. Considéré comme faisant partie des Pays Moins Avancés (PMA) par les Nations Unies (UN), le pays a la même année, conclu des accords d'ajustement structurel qui lui ont notamment permis une remise de sa dette dans le cadre de l'initiative « Pays Pauvres Très Endettés » (PPTE). Notons que, le pays continue d'être l'un des plus pauvres au monde et est, à ce titre, classé 144^e sur 157 pays en termes d'indice de développement humain (IDH). 40,1% de sa population vit sous le seuil national de pauvreté². La situation est d'autant plus problématique en milieu rural où la pauvreté et son intensité sont quatre fois plus importants.



Figure 2 : carte du Burkina Faso et ses pays frontaliers – ministère des affaires étrangères 2004

Le terrorisme et l'insécurité n'ont fait que progresser depuis ces dix dernières années dans la sous-région. Nous allons voir quelles sont les causes mais surtout les conséquences sur les populations locales ainsi que sur les politiques.

² Estimé à 153 530 FCFA par an (2016). Revenu national brut 1,560\$ international PPA (OMS, 2013).

1. Définition du terrorisme

La définition du ‘terrorisme’ n’a pas obtenu de consensus de la part de la communauté internationale. Toutefois, la définition qui semble la plus universellement adoptée est la résolution 54/110 de l’Assemblée générale de l’Organisation des Nations Unies (ONU) du 9 décembre 1999 : « *des actes criminels conçus ou calculés pour provoquer, avec des objectifs politiques, un état de terreur dans l’opinion en général ou dans un groupe ou parmi des personnes en particulier.* »

Cilliers J. dans son texte « L’Afrique et le terrorisme » décrit le terrorisme comme étant : « *le recours illégitime à la violence contre des individus ou des biens afin de contraindre et d’intimider des États et des sociétés pour des revendications politiques exprimées la plupart du temps en termes sociaux, économiques ou religieux.* » (Cilliers, 2004) Le but du terrorisme est avant tout de terroriser, les attaques ne sont qu’un moyen d’atteindre cet objectif.

La violence est « *une menace ou une utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mauvais développement ou des privations.* » (Krug et al., 2002). Cette définition met l’accent sur les conséquences de l’utilisation de la violence sur les victimes. Notons les points d’intention de conséquences psychologiques.

2. Historique du terrorisme au Burkina Faso

Les premières attaques terroristes ont touché la capitale en 2016 – soit deux ans après la démission forcée de la présidence Blaise Compaoré au pouvoir depuis 27 ans – le public cible était essentiellement européen, les attaques s’étant déroulées en plein centre-ville, dans l’une des avenues bien fréquentées par les touristes. Depuis, d’autres attaques ont suivi touchant majoritairement la région nord du pays. On peut tristement citer la tuerie du village de Solhan en juin 2021 qui a été l’attaque la plus meurtrière que le Burkina ait connue depuis les premières attaques. En 5 ans, les attentats terroristes ont fait des milliers de morts civils et causé plus d’un million de déplacés internes. (BM, 2021)

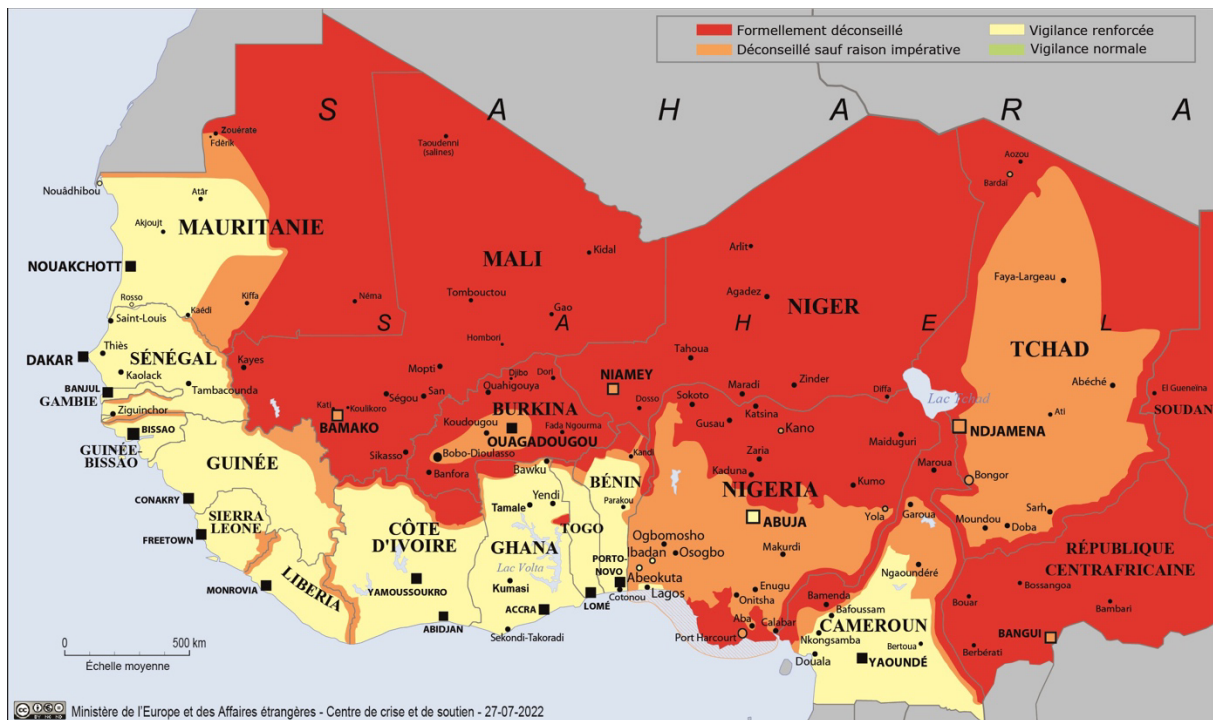


Figure 3 : Zones à risque dans la région du Sahel – ministères des affaires étrangères France 27/07/2022

3. Les causes du terrorisme

- Politique

En octobre 2014, après 27 ans au pouvoir, le président Blaise Compaoré a démissionné de ses fonctions suite à une insurrection populaire réclamant sa destitution. S'en est suivi une période dite de transition où l'armée a pris les commandes du pays le temps que Roch Marc Christian Kaboré (RMCK) soit investi après l'élection présidentielle du 29 novembre 2015. Il sera réélu pour un quinquennat supplémentaire en 2020. En janvier 2022, un coup d'état militaire destitue RCMK de la présidence sous motif de l'inaction de la présidence face au terrorisme grandissant, le lieutenant - colonel Paul-Henri Sandaogo Damiba s'est emparé des fonctions présidentielles. Après, un nouveau coup d'état en octobre 2022 a éclaté sous les ordres d'Ibrahim Traoré qui est jusqu'à nos jours à la tête du pays. A noter que les attentats et la montée du terrorisme au Burkina Faso coïncident avec le départ du président Compaoré, ce dernier était un acteur très influent en Afrique de l'ouest. Les changements et l'instabilité politique sont des facteurs favorisant l'insécurité et l'expansion du terrorisme. (RFI, 2020). Notons également, le départ de l'armée française au Sahel en été dernier.

- Situation géographique

La contagion de la crise sahélienne au Burkina Faso est venue du Nord depuis le Mali et le Niger. Le Burkina Faso occupe une position centrale reliant le Sahel aux pays côtiers : Bénin, Ghana, Togo et la Côte d'Ivoire faisant de lui une porte d'ouverture sur le golfe de Guinée. Cette position centrale permet aux groupes djihadistes de bénéficier d'un appui de réseaux humains, religieux, routiers et commerciaux ainsi que des potentielles ressources financières via les mines d'or artisanales. La majorité des incidents survenus dans les pays côtiers frontaliers du Burkina l'impliquait directement ou indirectement. (Crisis Group international, 2020)

- Situation sociale et économique

Kofi Annan alors secrétaire général des Nations-Unis fait le parallèle entre l'exclusion et le risque terroriste, il déclare alors en 2002 : « *personne dans le monde ne peut se sentir serein ou en sécurité, alors que ceux qui souffrent ou sont laissés pour compte sont si nombreux*³ » mettant en évidence le risque d'être « embrigader » dans des dérives religieuses ou sectaires chez les personnes exclues et précaires : la pauvreté est l'alliée principale du terrorisme déclarait le président du Niger Issoufou Mahamadou en 2014.

Dans son discours du 20 mai 2021 devant l'assemblée générale, l'ancien Premier ministre, Christophe Dabiré prononce : « *A travers la troisième direction de la lutte contre le terrorisme, le Gouvernement encourage les mécanismes traditionnels et endogènes de prévention et de gestion des conflits. Il s'agit notamment de la sensibilisation pour freiner l'enrôlement par les groupes armés terroristes des fils et des filles de notre pays. Il n'est un secret pour personne que parmi leurs combattants, figurent aujourd'hui des jeunes burkinabè qui ont pris les armes contre leur patrie* ». L'enrôlement des jeunes auprès des troupes djihadistes est le résultat d'une fracture sociale, économique et politique dont les principales victimes restent les Peuls. (Thiaw, 2020)

- Environnement

En dehors du terrorisme, les risques de catastrophes environnementales forcent des populations à se déplacer. Le réchauffement climatique entraînent depuis ces cinquante dernières années (1970 – 2010) une augmentation des températures de 0,5°C à 0,8°C (IUCN, 2016). Le dernier rapport du GIEC de 2014 annonce que les températures pourraient continuer d'augmenter de 3°C à 6°C dans la région sahélienne

³ Déclaration du secrétaire général des Nations unies, 19 mars 2002

entraînant des climats de plus en plus variables ainsi que des catastrophes comme les sécheresses et les inondations.

L'instabilité politique du pays, la propension du terrorisme et les changements climatiques qui s'opèrent ne vont qu'aggraver la situation de détresse des populations locales les forçant à s'exiler. La crise humanitaire que connaît le Burkina Faso risque de perdurer dans le temps.

CHAPITRE 3 : LES PERSONNES DEPLACÉES INTERNES

1. Définition et statut

Les personnes déplacées internes (PDI) sont définies comme « *Personnes ou groupes de personnes qui ont été forcées ou contraintes à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État* ». (UNHCR, 2018).

Une PDI est également considérée comme migrante au regard de la définition de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) qui définit le migrant comme toute personne qui migre d'un endroit à un autre qu'importe que ça soit à l'intérieur ou à l'extérieur du pays.

2. Cadre Juridique des personnes déplacées

Il existe plusieurs conventions et déclarations relatives au statut et aux droits des personnes migrantes et PDI mais ce cadre juridique reste insuffisant, inadapté et relevé du droit non contraignant. On peut citer la convention de Genève de 1951 qui fait du réfugié une catégorie juridique à part entière, la Convention de l'OUA relative aux problèmes propres des réfugiés en Afrique (1969) la Déclaration de Carthagène sur les réfugiés (1984), les Principes directeurs de l'ONU relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays (1998), et la Directive 2001/55/CE relative à des normes minimales pour l'octroi d'une protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées (2001). La création de la Convention dite de Kampala relative à la protection et l'assistance des personnes déplacées internes (PDI) en Afrique est entrée en en vigueur en décembre 2012 et ratifiée par le Burkina Faso en juillet 2010. Dans son article 11, « *obligations des États partis relatives au retour à l'intégration locale et ou à la réinstallation durable* » alinéa 2 et 3 mentionne que « *les États partis doivent rechercher des solutions durables au problème de déplacement par la promotion ainsi que la*

création de conditions satisfaisantes pour permettre le retour volontaire, l'intégration locale ou la réinstallation de manière durable dans des conditions de sécurité et de dignité. »

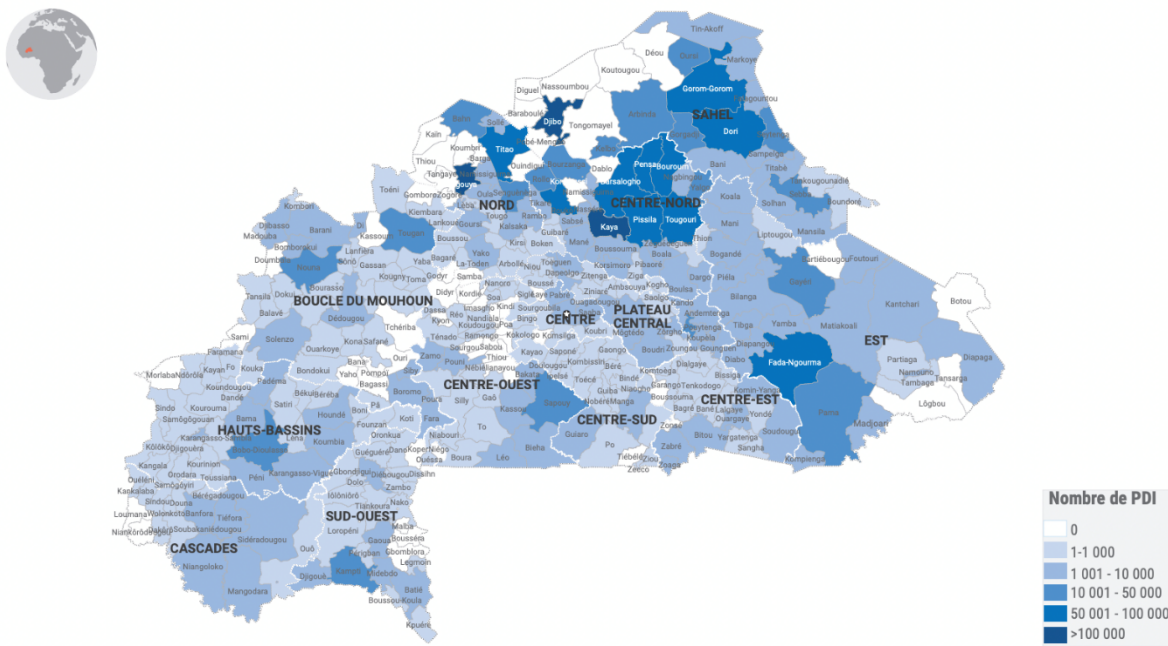
3. Conséquences des migrations internes

Indépendamment des causes de la migration, les migrations internes engendrent des conséquences multidimensionnelles : sanitaire, social, économique, environnemental, urbanistique, éducationnel et démographique. Les déplacements internes affectent la vie des personnes déplacées, de leur communauté d'accueil et de l'ensemble de la société. La sécurité physique, le bien-être ainsi que les droits fondamentaux des personnes déplacées sont menacés. (Cazabat, 2018). La concentration de population grandissante dans un territoire restreint peut causer une exacerbation de la pénurie des ressources, des problèmes d'urbanisme dus au manque de logement ou encore des conflits culturels et/ou ethniques entraînant des tensions ou des conflits (Landry, 2016)

4. La situation au Burkina Faso

Entre janvier 2022 et février 2022, le Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR) a estimé le nombre de PDI à 1 814283, soit une hausse d'environ 4,17%. Ces chiffres ont encore augmenté de 2,8% entre mars et avril 2022.

La région Centre-Nord est la région où le nombre de PDI reste le plus important, la région du Sahel vient en deuxième position. Ces deux régions comptabilisent 67,68% des PDI au niveau national. Elles restent également les plus touchées par l'insécurité. D'un point de vue démographique, les femmes représentent 21% des PDI tandis que les enfants représentent 65,11% des PDI. (OCHA, 2022). En plus des PDI, le Burkina accueille aussi sur son sol des réfugiés originaires à 98% du Mali. (HCR, 2022).



Les désignations et les limites administratives utilisées sur ce produit n'impliquent pas une reconnaissance officielle par l'Organisation des Nations Unies.
 Date de création : 07 juillet 2022 Date de validation des données : 30 avril 2022 Sources : SP/CONASUR Contact : oucha-burkinafaso@un.org www.unocha.org www.reliefweb.int

Figure 4 : carte du Burkina représentant le nombre de PDI par commune

- *Situation dans la capitale : Ouagadougou*

La capitale se trouve dans la région Centre, les Mosse sont l'ethnie majoritaire dans la région, la langue est le mooré. La capitale a connu une croissance démographique impressionnante, la ville voit sa population augmenter de 7,2% par an soit un des taux les plus élevés au monde. La mégapole compte presque 3 millions d'habitants en 2019, ce qui pose des problèmes de transport, de pollution, de sécurité, d'éducation et de santé ; de plus, les infrastructures de la capitale ne sont pas adaptées à cette population grandissante. L'exode rural dû à l'attractivité économique de la capitale, l'insécurité au nord du pays ainsi que les raisons climatiques fait de la capitale un pôle d'attraction.

5. Santé mentale des personnes migrantes

Afin d'évaluer la SM d'une personne déplacée, il est important de considérer quatre facteurs influençant leur santé mentale : le vécu pré-migratoire, le voyage / la traversée, le vécu post-migratoire et ses aspects transculturels (Baubet et al. 2019). L'OMS a mis en avant les problèmes et les facteurs de stress affectant les personnes déplacées à chaque étape de leur parcours. (OMS, 2021)

- **Le vécu migratoire** : on entend par là, la vie que la personne déplacée a eu avant son départ et les raisons forçant cette personne à quitter sa localité. Les facteurs de stress ciblés par l'OMS sont le manque de moyens de subsistance, le manque d'accès à l'éducation, l'exposition aux conflits armés, la violence et la pauvreté.

- **Le voyage, la traversée** : la décision de partir s'impose la plupart du temps, l'insécurité, les menaces sont tellement présentes que les populations sont dans l'obligation de partir afin d'assurer leur survie. Cette fuite dans un climat chaotique empêche toute anticipation et préparation de la part de ces populations. Durant la traversée, ces populations sont vulnérables et peuvent être exposées à différents types de violences ou contraintes liées aux contextes sociaux et politiques (Castañeda et al., 2015)
- **Le vécu post-migratoire** : une fois arrivées en terre d'accueil, le déni de leur vécu traumatique, ne fait qu'accentuer ces souffrances. Ce point concerne l'accueil, l'intégration à la communauté ainsi que la reconnaissance de leur statut et de leur vécu traumatique.
- **L'acculturation** : la souffrance psychique exige des aménagements spécifiques du cadre de vie habituel avec une dimension linguistique et culturelle qu'il faut prendre en compte.

Les recherches scientifiques sociales montrent l'impact des effets physiques, sociaux, politiques et psychologiques des déplacements de populations résultant d'un conflit civil s'avèrent être délétères pour la santé et le bien-être des individus ainsi que de la société dans son ensemble. (Kett, 2005; Pike et al., 2010). L'intérêt pour les impacts psychosociaux : traumatismes dus aux pertes, à la souffrance de proches, aux séparations familiales, déracinement dû aux déplacements massifs de population est grandissant dans le domaine de la santé publique. (Carballo et al. 2004). Les personnes déplacées sont plus sujettes à vivre des événements traumatisants – en plus des causes de leur départ- lors de leur traversée. Ils se sentent constamment en danger et sont en état d'alerte continue. (Cardozo, et al.2000). Ils sont en état de vulnérabilité mentale et ils ont une prévalence très élevée d'avoir de la détresse psychologique (Thapa & Hauff, 2005).

Une étude menée aux USA en 2012 sur les antécédents traumatiques, la psychopathologie et les indicateurs comportementaux et fonctionnels associés chez les enfants réfugiés touchés par la guerre, les évaluations cliniques montrent des taux élevés à 30,4 % de trouble de stress post-traumatique, 26,8% d'anxiété généralisée, une somatisation de 26,8%, d'un deuil traumatique 21,4% et de problèmes comportementaux de 21,4%. Les répercussions du climat violent et d'un événement traumatisant s'opère également sur leur résultat scolaire où les difficultés scolaires sont présentes dans 53,4% des cas.

- *Au niveau régional*

Du côté de l'Afrique subsaharienne, les études effectuées auprès des populations vivant dans des zones de conflits ont montré que le taux de prévalence des ESPT est de 50,1% (Johnson et al. 2010).. En République Démocratique du Congo (RDC), l'étude menée avait pour objectif de déterminer les rapports entre les agressions sexuelles et les troubles de santé mentale montre une prévalence de 50% d'ESPT. Une prévalence de 34,9% d'ESPT a été trouvée dans une étude réalisée auprès des ex-enfants-soldats en

Ouganda et en RDC. En Centrafrique cette fois, une étude portant sur des patients reçus en consultation externe à l'hôpital de Bangui montrait que 33,3% des patients consultant souffraient de ESPT. (Mpembi et al. 2018).

En Ouganda, Vinck et al. ont observé une prévalence de 44,5 % dans une étude menée dans les villages et les camps des réfugiés auprès des populations exposées à des crimes de guerre contre une prévalence de 54 % observée par Roberts et al. dans la même région (Vinck et al.2007)

Le « cadre » familial est également détruit, les hommes, les chefs de famille sont majoritairement victimes des attaques terroristes, laissant derrière eux veuves et orphelins. Cette destruction de la cellule familiale engendre des perturbations pour l'individu mais également pour la communauté. Les femmes se retrouvent alors responsables matériellement et socialement de l'entité familiale. La veuve est d'autant plus vulnérable considérant cette double peine (Yougbaré, 2022), de plus les femmes souffrent davantage de stress post-traumatique sur des périodes plus longues que les hommes. (Kesler et al., 2005).

Une étude a été menée par S. Yougbaré sur la population de veuve à Barsalogo dans le Centre Nord du Burkina Faso. Cette étude de cas tente de comprendre quelles sont les manifestations de trouble de stress post-traumatique et comment peuvent-ils entraver le processus de deuil. Le processus de deuil semble être inhibé chez ces personnes d'autant plus que la mort a été brutale et violente. (Bournival et al., 2011 – cité dans l'article de Yougbaré). Les résultats sont assez alarmants, l'intensité de leur traumatisme dépasse leur capacité cognitive de traitement de l'événement. On peut considérer que l'ET a provoqué un effondrement de leur monde interne et perturbé l'équilibre psychique ainsi que la relation avec l'environnement rendant impossible le traitement de l'information cognitive. L'état émotionnel est dominé par la colère et une humeur négative. Leur processus de deuil est également entravé par les éléments périphériques tels que les circonstances du décès ainsi que le climat de violence et de terreur que connaît leurs environnement. Rappelons que les femmes et les enfants représentent respectivement 22,13% et 61,27% et que les femmes sont deux fois plus touchées par le stress post-traumatique que les hommes. (NCCMH, 2005).

CONCLUSION DE LA PROBLEMATISATION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

La situation du pays se dégrade de mois en mois faisant tous les jours de plus en plus de PDI. Le statut de PDI rend vulnérable cette population, la migration entraîne des facteurs de stress spécifiques principalement liés à l'expérience migratoire ainsi qu'au processus lors de l'adaptation dans le nouveau terrain d'accueil. Ainsi, le déplacement forcé massif des personnes au Nord du Burkina a provoqué une très forte concentration dans les zones d'accueil à Kaya, Paabré, Ouagadougou et dans d'autres localités du pays. Cela fait naître des conflits entre populations déplacées et autochtones. Certaines populations civiles ont souvent vu leurs biens : bétails, maisons détruits ou volés dans leurs milieux d'origine. Les PDI sont extrêmement vulnérables et elles n'ont qu'un accès très limité aux ressources fondamentales tels que l'eau, la nourriture et les soins de santé. (Cernea, 2018). Plusieurs facteurs sont corrélés négativement à la santé mentale des migrants : la pauvreté associée à l'exclusion sociale, la marginalisation et la discrimination (Kluge et al., 2019), l'insécurité alimentaire. (Trudell et al., 2021). La sécurité alimentaire est l'accès pour tout le monde et à tout moment de nourriture en suffisance afin de mener une vie active et saine (BM, 1984). La littérature ayant montré une prévalence plus prononcée pour les personnes migrantes à l'état de stress post-traumatique que la population normale et que les conséquences sur le long terme peuvent affecter le devenir de ces personnes, il serait attendu que l'État prenne en considération ces données et établisse un plan d'action sur ce thème.

Étant des citoyens burkinabé restant sur le territoire national, nous nous demandons comment ***l'État burkinabé prend en considération les besoins psychiques de ces citoyens et quels sont les moyens et dispositifs mis en place à cet égard ?***

L'objectif général de ce mémoire est de rendre compte de la place de la santé mentale dans la prise en charge étatique et locale des personnes déplacées internes. Ce travail établit un état des lieux.

Objectifs spécifiques :

1. Décrire la logique d'intervention de l'État dans la prise en charge des besoins psychiques des PDI
2. Décrire la logique d'intervention des ONG en lien avec l'état dans la prise en charge des besoins psychiques des PDI
3. Identifier les facteurs cités par les différents acteurs sur la faible prise en charge de la SM
4. Décrire le parcours et vécu des PDI dans la capitale

PARTIE 2 : ANALYSE

APPROCHE METHODOLOGIQUE

La présente étude s'appuie sur une méthodologie de type qualitative avec un design d'étude déductif. L'étude qualitative a pour objectif de « *produire des connaissances contextualisées, transversales, visant à rendre compte du « point de vue de l'acteur », des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations* ». (Olivier de Sardan, 2008 : 41). Mays et Pope en 1995 nous disent que : « *Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.* » (Claude, 2019).

1. Les différentes étapes de la recherche

1.1. La recherche littéraire

Nous avons en première intention exploité la littérature disponible sur le sujet. Les articles scientifiques mais également la littérature grise ont été consultés afin de collecter des informations sur notre problématique. Cette phase nous a permis de définir les concepts de notre objet d'étude, d'établir le cadre théorique et nous a permis d'élaborer notre question de recherche. Cette recherche de la littérature s'est opérée dans plusieurs disciplines telles que la sociologie, l'anthropologie, la santé publique, la médecine ainsi que la psychologie.

1.2. La recherche documentaire

La recherche documentaire se différencie de la recherche littéraire par le type des documents qu'elle étudie (Claude, 2019). Dans notre cas, nous avons dû nous rendre sur le terrain pour obtenir des documents supplémentaires car non disponibles sur internet. Par le biais des acteurs locaux que nous avons rencontrés, nous avons pu obtenir des documents officiels et administratifs : programmes et rapports d'activités d'ONG, rapports de réunion.

Nous avons profité de l'organisation du 4^e congrès de la Société Africaine de la Santé Mentale (SASM) et le 6^e congrès de la société Burkinabé de santé mentale (Sobusam) qui s'est étalé sur 4 jours du 8 au 11 mars 2023 à l'université Joseph Ki-zerbo à Ouagadougou pour y participer. Le thème de cette

année était : « *le psycho-traumatisme dans le contexte de crise sécuritaire et sanitaire* ». Ce congrès étant international comptait des représentants de la sous-région : Mali, Sénégal, Bénin, Togo, Niger, mais également du Gabon, Congo, RDC, Bénin, Centrafrique, Togo, Le président du congrès n'était autre que Professeur Arouna Ouedraogo qui est directeur des services médicaux techniques et professeur titulaire de psychiatrie au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Ce congrès nous a permis de récolter beaucoup d'informations et de rencontrer des professionnels du domaine : psychologues, psychiatres, anthropologues qui pour certains ont accepté de répondre à nos questions. De plus, nous avons profité des présentations des différentes études réalisées sur le thème pour accroître notre recherche de la littérature scientifique ainsi que la littérature grise souvent non disponibles en ligne.

1.3. L'observation

L'observation participante a été privilégiée durant notre terrain d'étude puisqu'elle « *permet de récolter des données supplémentaires, comme de se familiariser avec les discours et pratiques des personnes, et de mieux comprendre ce qui se passe dans un contexte donné et pourquoi* » (Ferroni, 2009, p.44). L'avantage de l'observation est qu'elle « *n'exige aucun autre instrument que le chercheur lui-même, ni mise en œuvre de techniques sophistiquées de traitement de données* ». (Arborio, 2007). Via l'observation directe qui nous procure des données brutes, et nous donne un état des lieux du réel, l'observation nous a permis de plonger dans le climat politique et social et de recueillir des informations auprès de la population côtoyant les PDI. Nous avons pu ainsi voir la présence des PDI dans la ville, distinguer leur profil, et avoir une vue sur leurs activités ; ainsi qu'observer l'organisation sur les sites qui accueillent les PDI.

2. Terrain d'étude et l'enquête de terrain

Le terrain d'étude est le Burkina Faso, plus précisément Ouagadougou. Pour des raisons évidentes de sécurité, l'étude n'a pas pu être réalisée dans les régions du Sahel et Centre-Nord bien que la concentration de PDI soit la plus élevée. Les périodes de collectes des données se sont déroulées entre novembre 2021 et le mois de mars 2023 pour la seconde partie.

3. Population d'étude

Nous avons recueilli le témoignage de 21 PDI au sein d'un échantillon non probabiliste.

Concernant les acteurs, notre terrain d'étude a permis la tenue de nombreuses entrevues avec les différents types d'interlocuteurs ressources de manière individuelle ou en groupe de discussion : psychologues, psychiatres, sociologues, personnel d'ONG, éducateurs, chargés de projet, doctorants, représentant du cabinet ministériel de la solidarité nationale et de l'action humanitaire. Nous illustrerons nos différents résultats à l'aide d'extraits de leurs discours.

Tableau 1 Entretiens avec les différents PDI

PDI	Échantillonnage
Hommes	5
Femmes	16
TOTAL	21

Tableau 2 Entretiens avec les différents acteurs

Acteurs	Échantillonnage
Psychologues	4
Psychiatres	3
Sociologue	1
Doctorant	2
Personnel d'ONG	
- Chargé de projet	4
- Éducateurs / ASBC	1
TOTAL	15

4. Les entretiens

L'étude s'est déroulée en deux temps, nous avons d'abord eu des focus group avec les PDI sur base d'un échantillon non probabiliste. Ensuite, nous avons également utilisé les entretiens semi-directif pour collecter les données au sein d'un échantillon non probabiliste de commodité. Les entretiens semi-directifs sont « *Une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire* » Geneviève Imbert, 2010 : 25). Nous illustrerons nos différents résultats à l'aide d'extraits

de leurs discours. Les PDI, principaux sujets de notre thématique, ont répondu à nos questions sous formes de témoignages et récits.

5. Considérations éthiques

La participation à l'étude s'est faite de façon volontaire et le consentement des participants a été requis après information sur l'objectif de l'étude. Les données à caractère personnel n'ont pas été collectées sans l'accord préalable des personnes. Les enregistrements des entretiens se sont faits de manière anonyme afin de préserver la vie privée des interviewés. Certains intervenants ont accepté que leur nom soit mentionné, d'autres ont émis une réserve, nous avons respecté leur souhait.

6. Limites et biais de l'étude

Notre travail de terrain s'est étalé sur quatre périodes : les mois de novembre, mars et mai 2022 et le mois de mars 2023 dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Bien que les PDI soient plus nombreux dans la région Centre-Nord et dans le Sahel, ces deux régions restent toujours en zone rouge dite à risque d'attaques terroristes. Pour des raisons évidentes de sécurité, la ville de Ouagadougou a été privilégiée, les déplacements vers le Nord sont toujours risqués. Ces deux contraintes temporelles et situationnelles induisent des biais. La langue étant un frein pour communiquer avec les PDI, et les lacunes en mooré de l'auteur de ce travail nous ont contraints à être accompagnés d'un interprète avec les limites que cela comporte. L'information n'étant plus directe, ce biais induit une perte d'information.

De plus, la santé mentale en Afrique n'étant pas un sujet de prédilection des chercheurs scientifique, il nous a fallu compter sur nos contacts de terrain pour obtenir plus d'informations ce qui a allongé notre période de problématisation afin d'aiguiller notre question de recherche.

CHAPITRE 1 : Conditions de vie des PDI – témoignages

Ce chapitre a été réalisé en tout premier lieu lors de notre premier voyage en guise de phase d'observation et analyse du terrain. Nous n'avons pas encore eu d'échanges avec des professionnels. Ces témoignages sont ceux de PDI vivant à Ouagadougou. Il n'y a pas de centre d'accueil officiel pour les PDI à Ouaga par volonté du gouvernement de ne pas faire un appel d'air dans la capitale. Ces témoignages ne reflètent que leurs conditions de vie et d'accueil à Ouagadougou, les conditions d'accueil étant différentes dans le reste du pays. De plus, l'échantillon (n=21) étant trop petit, il ne peut être représentatif des PDI recensés à Ouagadougou.

Au regard de la définition de la santé mentale de l'OMS, nous présentons nos données et récits selon ces concepts. Rappelons que l'OMS définit la santé mentale comme « *l'état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.* » Nous combinons cette définition aux 4 facteurs influençant la SM chez les PDI : le vécu migratoire, la traversée, le vécu post-migratoire et aspects transculturels afin d'avoir connaissance de l'ampleur.

Nous avons échangé avec 21 personnes déplacées dont la majorité était des femmes 16 pour 5 hommes, les femmes représentant la majorité des PDI au Burkina. Parmi les PDI que nous avons interrogées, il y a celles qui ont été pris de court et qui sont les survivants d'une attaque, ces personnes ont vu – généralement les hommes – de leur village mourir sous leurs yeux. Les femmes et les enfants étant généralement épargnés, ceux-ci ont dû fuir afin de chercher un refuge ailleurs. D'autres, ont senti venir la menace et ont pris les devants, en choisissant de quitter leur maison, terre, amenant leur famille avec le peu de vivre qu'ils pouvaient prendre vers des zones plus sécurisées. Ces personnes ont en général des proches dans d'autres villages chez qui ils peuvent être hébergés. Dans le **vécu migratoire**, cette distinction a son importance dans le vécu traumatique des personnes. Fatoumata nous explique qu'ils ont dû partir à la hâte suite à l'intrusion des terroristes dans la ville voisine. Elle est partie avec son mari et ses 4 enfants, laissant sa maison, sa terre, ses animaux. Elle remercie le Seigneur car beaucoup n'ont pas eu la chance de partir à temps et beaucoup de femmes ont perdu leur mari. C'est le cas de Aicha et Aminata. Originaires de Dori, elles ont fait la traversée à deux accompagnées de leurs deux enfants en bas-âge. Ces femmes ont dû faire face à la perte de leur mari, de leur vie et se tourner vers un avenir incertain pour espérer survivre. Ces épisodes s'enchaînant trop rapidement, ne laissent pas place à la période nécessaire au deuil.

La traversée, sur la route, la plupart des déplacées internes que nous avons interrogées ont retrouvé d'autres personnes déplacées cherchant un endroit sécurisé, elles ont pu bénéficier de l'escorte militaire pour rejoindre les zones hors de conflits. Elles ont d'abord rejoint les localités voisines, mais très vite

l'augmentation d'une concentration de population dans un territoire restreint amenuise les ressources telles que alimentaire, eau, et cause des problèmes d'assainissement et d'hygiène. Les déplacements internes exercent une pression socio-économique tant au niveau local que dans les localités d'accueil. (Bilak, 2016). La destination finale espérée est généralement une ville, car dans les croyances populaires, elles apportent sécurité du fait que les institutions nationales s'y trouvent, opportunité mais également de la solidarité dû au niveau de vie plus aisé de ses habitants.

La traversée dure plusieurs jours à plusieurs semaines, dans des conditions de précarité. S'ajoute à cela que les PDI sont en majorité des femmes, veuves. Elles subissent dès lors des violences spécifiques à leur genre. C'est le cas Awa, qui nous raconte avoir subi des violences sexuelles par un des acteurs humanitaires locaux en contrepartie de vivres et d'une aide matérielle. Certaines femmes acceptent ce chantage et d'autres le subissent sous la violence.

Le **vécu post-migratoire**, une fois arrivé à Ouagadougou, les plus chanceux sont accueillis par leur famille car il est mal vu de ne pas répondre à l'appel d'aide d'un parent alors que nous sommes dans la ville. Mais même là, cette situation ne peut être durable dû fait que les personnes accueillantes sont généralement elles-mêmes pauvres. Rien que le fait d'être arrivé à Ouagadougou est une chance que relève qu'une PDI interrogée en provenance de Dori. Elle est à Ouagadougou depuis 1 an avec ses deux enfants, elle peine à survivre mais reste positive en nous disant : *« par la grâce de Dieu, nous sommes arrivés dans la ville de Ouagadougou en bonne santé, parce que nombreuses n'ont pas eu cette opportunité. »*

Le gouvernement a mis en place des sites d'hébergement pour les PDI, mais certaines refusent d'y aller à cause de la promiscuité ou ne veulent tout simplement plus cohabiter avec des personnes qui ont connu l'horreur comme elles, réveillant des traumatismes, et d'autres n'ont pas connaissance des sites pour les accueillir. C'est le cas de plusieurs femmes que nous avons rencontrées aux abords des feux tricolores, ne sachant pas à qui se confier, elles ont trouvé « refuge » non loin de la route où elles font la manche chaque jour. Pour celles qui font ce choix ou qui ne peuvent être logés chez un proche, elles sont confrontées à l'augmentation vertigineuse des coûts de location dans les villes. *« Arrivé dans la ville de Ouagadougou, ne sachant pas où habiter, j'ai rencontré beaucoup de difficultés pour m'installer. D'abord, j'ai commencé à dormir dehors puis dans une maison inachevée avec mes enfants et ma femme. »* Cet homme vient de Djibo et est à Ouagadougou depuis 3 semaines. L'intégration dans la ville est également un nouveau choc pour les PDI, passer d'un village à une ville est désorientant et le désenchantement de voir que la ville est plus individualiste. Les PDI ne connaissent plus personne, elles ont perdu leurs points de repère et doivent se réinventer dans une ville qui leur est inconnue et qui est surtout hostile pour des femmes seules avec enfants.

L'occupation, la plupart des PDI que nous avons rencontrées sont essentiellement des mendiants, cette tâche est généralement confiée aux femmes et aux enfants qui passent leur journée à errer dans les rues et à proximité des feux tricolores pour quémander de la monnaie aux automobilistes et cyclistes qui croisent leur chemin. Pour beaucoup c'est une souffrance, ces personnes qui hier avaient une place dans la communauté au village, qui étaient ouvriers agricoles perdent toute reconnaissance et statut social. Les enfants représentent 64% des PDI, ces enfants souvent orphelins de père accompagnent leur mère dans l'activité quotidienne qui leur permet de se nourrir au jour le jour. L'accès à l'école pour les enfants déplacés à travers le pays reste très limité pour diverses raisons, notamment du fait de difficultés économiques, d'un long trajet pour se rendre à l'école, du besoin de rester à la maison pour s'occuper de la famille pendant que les parents travaillent, de l'obligation de travailler pour subvenir aux besoins de la famille, et de l'absence de papiers d'identité. De plus, beaucoup d'écoles dans les communautés d'accueil manquent d'enseignants, de livres et de cahiers et d'équipements scolaires. Dans les régions à forte concentration de familles PDI, les écoles effectuent souvent trois à quatre rotations afin d'accueillir le plus d'enfants possibles. (Unicef, 2019)

Les **perspectives d'avenir**, pour les familles où l'homme est encore en vie, le retour sur leurs terres d'origines au village semble envisageable si les conditions sécuritaires le permettent. Quant aux femmes veuves, elles n'envisagent pas le retour au village car, pour celles qui ont vécu les massacres, l'image de leur village passé reste toujours traumatisante. Le retour est plus probable pour ceux qui ont pu anticiper les départs. Un autre aspect également intéressant à souligner est la méfiance de certains à l'égard de leur anciens voisins, ces derniers étaient parfois de connivence avec les terroristes.

Penser à l'avenir sous-entend qu'on voit à plus loin que demain, hors la plupart des PDI vivent au jour le jour.

Conclusions préliminaires :

Nous mettons en parallèle le récit des PDI au regard de la définition de la santé mentale de l'OMS ainsi que la définition de la résilience qui désigne « *la capacité d'un système, une communauté ou une société exposés à des dangers d'y résister et de les absorber, de s'adapter à leurs effets et de s'en relever rapidement et efficacement, notamment en préservant et en rétablissant ses structures et fonctions essentielles* »(UNISDR, 2015 :9). Comme attendu et vérifié dans la littérature, nous concluons que les PDI ne disposent pas des capacités nécessaires pour adopter un comportement de résilience sur le long terme. Les capacités d'adaptation des PDI qui subissent les aléas de la vie s'amenuisent en raison de la persistance de leur situation. Le manque de perspective proposé par le gouvernement combiné aux événements traumatiques qu'elles ont vécus et pour lesquels elles n'ont pas eu le temps nécessaire pour accomplir l'étape du deuil, que cela concerne un proche ou leur vie antérieure - ne leur donne pas l'espoir en des jours meilleurs. Ou ne

santé mentale : la coordination de la PEC est faible, l'absence d'une législation psychiatrique et une faible implication des partenaires : ONG, municipalité et travailleurs sociaux. L'insuffisance des ressources humaines de manière qualitative et quantitative (2) qui induit une prise en charge insuffisante des troubles mentaux (3). A cela se rajoute le manque d'infrastructures, équipements et produits de santé en SM (4) ainsi que le manque d'informations sanitaires en santé qui est peu disponible et parcellaire (5) causée par l'insuffisance de recherche en santé mentale (6). Sans compter sur l'insuffisance du financement pour la santé mentale. Tout cela conduit à une méconnaissance de la santé mentale des populations, une faiblesse lors de la PEC, un abandon des traitements par les ménages conduisant à la marginalisation des patients. Ce plan a eu comme résultat – d'après le plan stratégique national de 2020-2024 - de favoriser le renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité par la formation et le recrutement de professionnels : psychiatres, psychologues et infirmiers spécialistes en SM. Dans ce contexte, il est difficile de penser que l'État burkinabé aurait pu être en capacité de subvenir aux besoins plus importants de la population en cas de crise sécuritaire. Les problèmes identifiés restent toujours les mêmes dans le plan stratégique de 2020-2024. La formation de nouveaux professionnels n'enraillent pas le problème car il y a toujours une mauvaise répartition de ces ressources humaines. Les professionnels en santé mentale sont essentiellement basés dans les grandes villes où les infrastructures de santé mentale existent. Or, les communes et villages sont lésés tant en infrastructure qu'en personnel qualifié favorisant le recours au tradipraticien. Quand on sait que ce sont les régions essentiellement rurales qui accueillent le plus de PDI, les besoins en santé mentale devraient – du moins le temps de la crise - être renforcés dans ces zones. Toutefois, des avancées ont été réalisées entre les deux plans, on peut noter la création d'une direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles ainsi que la mise en place de l'Institut National de Santé Publique (INSP) avec le Centre des Opérations de Réponse aux Urgences Sanitaire (CORUS) qui a été une grande opportunité pour la santé mentale qui y voit inscrit un volet médico-psychologique.

Le dispositif institutionnel et organisationnel

Au Burkina-Faso, la prise en charge des personnes déplacées internes relève du domaine prioritaire de l'action humanitaire et de la solidarité nationale en réponse à l'extrémisme violent et autres attaques terroristes. L'État a fait de sa priorité la lutte contre le terrorisme et la reconquête de ses territoires. La prise en charge des PDI repose sur une approche multisectorielle adoptée au BF depuis 2016. La stratégie de prise en charge résulte d'un long processus participatif et la mise en œuvre des activités va de pair avec la volonté politique du gouvernement de couvrir les groupes cibles sur l'ensemble du territoire national. Les résultats de nos recherches de terrain révèlent que la structuration théorique actuelle semble favorablement adapter pour mener à bien l'approche multisectorielle et décentralisée : la plupart des PDI sont recensées dans chaque ville et la priorisation des besoins élémentaires de base semble toucher leurs cibles et aider les PDI de manière aiguë. L'État a mis en place

des structures pour la prise en charge des PDI, ces centres d'accueil sont des sites initialement transitoires créés pour héberger les PDI. Il y a 135 sites officiels d'hébergements répartis dans les 5 régions. L'idée de rapprocher les acteurs sociaux et les centres est en fait louable et devrait permettre aux groupes cibles d'avoir à proximité un répondant capable de faire face à leurs sollicitations. Mais encore faudrait-il qu'il y ait assez de ressources humaines qualifiées pour répondre aux nombreux besoins des PDI dans la pratique.

Concernant la **gouvernance et le leadership**, les structures décentralisées du ministère en charge de l'action humanitaire et de la solidarité ont pour mission de coordonner l'action des acteurs de prise en charge des PDI dans leur zone d'intervention. Le leadership engagé est donc un facteur important pour une coordination efficace. Les actions mises en place sont insuffisamment organisées et coordonnées pour garantir une prise en charge holistique des besoins physiques, sociaux et psychiques de cette population sur le long terme.

Dans le contexte actuel de fonctionnement des centres d'accueil, la situation présente des insuffisances préjudiciables à la prise en charge intégrée des PDI. De l'analyse documentaire et des entretiens réalisés avec les personnes ressources, il ressort différents discours : d'un côté le ministère en charge de l'action jouerait pleinement son rôle de leadership par le biais du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR). Le leadership gagnerait à être renforcé au niveau décentralisé pour le rapprocher des structures de coordination au niveau décentralisé. D'un autre côté, le discours des structures décentralisées pointe du doigt le manque de gouvernance et de coordination du ministère, n'allouant pas assez de ressources matérielles et humaines pour mener à bien les objectifs fixés.

L'analyse des capacités **techniques et opérationnelles** nous indique que la disponibilité des acteurs surtout techniques est souvent compromise par les multiples sollicitations de leur département d'origine. En effet, la mobilité et la motivation des prestataires de services de prise en charge ne permettent pas de capitaliser les acquis surtout en matière de renforcement des compétences. Cette situation demeure toujours préoccupante.

Au plan opérationnel, les structures décentralisées ne disposent pas suffisamment de ressources pour mener à bien leur mission, surtout de prise en charge psychologique et de suivi sanitaire. Au cours de l'enquête, l'un des responsables d'un centre d'accueil s'exprimait ainsi « *comment voulez-vous que l'on puisse assurer une prise en charge sans moyen ? si nous sommes obligés de faire de façon permanente appel à la charité ?* ». De la revue documentaire et des entretiens réalisés sur le terrain, le financement de la prise en charge des personnes déplacées internes se résume, pour la plupart, aux seules ressources mobilisées par le ministère. Il ressort que pour diverses raisons, les initiatives de mobilisation des ressources par les communautés restent insuffisantes. Même quand ils arrivent à mobiliser des ressources, les services techniques des centres d'accueil ne sont pas systématiquement informés du

montant des financements acquis comme cela est édicté. Cela pose incontestablement le déficit d'appropriation du dispositif stratégique de la prise en charge de sorte que la quasi-totalité des centres d'accueil fonctionnent comme s'ils étaient dépendants du CONASUR. Un renforcement des capacités des acteurs en plaidoyer/mobilisation des ressources peut contribuer à améliorer cette situation.

En outre, il apparaît que les délais de transfert des ressources sont intimement liés à la situation sécuritaire. En l'absence de couloirs de sécurité permanents, la célérité des ravitaillements est très souvent compromise par la menace terroriste.

Chapitre 3 : Les ONG et les acteurs locaux

Des conventions ont été signés entre le ministère de la santé et les ONG et associations souhaitant intervenir dans le domaine de la santé mentale. On recense 13 ONG qui interviennent dans le domaine de la SM via des interventions intégrées dans le secteur de la protection. C'est une nette augmentation depuis 2015 qui en comptait seulement deux. Quelques ONG ont des interventions autonomes ciblées en santé mentale, citons Action Contre la Faim (ACF), Humanité Inclusion – anciennement Handicap International – (HI), Save the children.

Nous avons pu échanger avec des membres de certaines de ces ONG et leur avons demandé quelles étaient les actions qu'ils mettaient en place pour l'axe stratégique de la santé mentale.

Pour pallier aux manques de ressources humaines présentes auprès des PDI, l'ONG Humanité Inclusion (HI) déploie des actions psychosociales au Burkina depuis 2017. L'ONG a mis en place en 2019 un dispositif de réponse psychosociale à distance. Les bénéficiaires de ce dispositif sont à 80% des PDI mais est accessible à tous et est également utile pour les hôtes qui rappelons-le peuvent souffrir de PTSD au titre de sujet non-exposés proches des victimes. Ce dispositif gratuit depuis tous les opérateurs offre une assistance psychologique téléphonique. Les tranches horaires sont du lundi au vendredi de 7h à 20h et le samedi de 8h à 12h. Cela permet à toutes personnes en situation de détresse d'obtenir une écoute quel que soit l'endroit où elles se trouvent. L'intérêt de ce dispositif est de permettre une intervention rapide, d'éviter que la détresse ne se chronicise et contribue à réduire les risques de survenues de troubles mentaux à long terme. Les interlocuteurs au bout du fil sont un psychologue et deux stagiaires qui ont une licence en psychologie. Ils apportent une écoute, une information sur le stress, un soutien psychologique à distance et en cas de détresse ou de risque aiguë, ils réorientent vers les partenaires HI, les centre d'écoute et de jeu ou vers les structures offrant un suivi psychiatrique comme les CMA et les CHR. De leurs chiffres, une donnée intéressante ressort : ce sont majoritairement les hommes qui téléphonent. La littérature nous indique que ce sont les femmes qui sont plus sujettes au stress et au PTSD mais ce dispositif est plus utilisé par les hommes. Après discussion avec un psychologue, il nous

fait remarquer que les femmes ont beaucoup plus d'espace de paroles que les hommes. Elles communiquent entre elles et expriment plus leur émotions car les activités qu'elles font entre elles (couture, ménage, travail agricole) permettent ce type de discussion. Les hommes quant à eux n'ont pas autant d'espace d'expression et l'anonymisation du téléphone favorise le recours à ce dispositif. Ce dispositif est louable car il permet d'atteindre une population plus discrète et pallie à son échelle au manque de personnel qualifié disponible auprès des PDI. Néanmoins, il comporte des points défectueux : les horaires limités, la nécessité d'avoir un téléphone et du réseau, l'incapacité d'intervenir directement auprès de la personne en urgence. Conscients de ces faiblesses, ce dispositif tend à améliorer son offre afin d'étendre sa plage horaire et prévoit de mettre à disposition une équipe mobile en capacité d'intervenir.

Notons une initiative citoyenne, Adama Ouédraogo qui avec son association « Sauvons le Reste – SAULER » œuvre pour l'assistance des personnes handicapées psychosociales. Avec le soutien du ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, dans la région de Ouahigouya⁴, ce psychiatre accompagne les PDI à surmonter leurs traumatismes. Surnommé le « Messie des fous », il indique que les femmes et les enfants qui ont vécu les tueries et ont assisté aux assassinats de leur mari sont souvent sujettes à des stress aigus. Les PDI qu'ils accompagnent sont reconnaissantes de cette initiative et appellent les personnes en capacité d'apporter leur contribution à leur bienfaiteur. Adama Ouédraogo souligne le manque de moyens accordé par l'État à la situation sanitaire mentale des PDI.

Groupe de travail – Comité Permanent Inter-agences

Nous avons eu un entretien avec Alasanne Abdou Tchibo, responsable Santé Mentale et Pratiques de Soins, Genre et Protection (SMPSGP) chez Action Contre la Faim (ACF), il est également membre du Comité Permanent Inter-agence (CPI). Ce groupe de travail a été formé en 2020 à l'initiative des membres d'ONG qui suite à l'évaluation des besoins en 2020 ont mis en évidence un fort besoin d'action en santé mentale dans les régions communautaires. Toutefois, des actions étaient déjà mises en place par différents ONG et organismes étatiques mais le manque de coordination et de communication faisait que plusieurs actions se chevauchaient, apportant les mêmes réponses. La nécessité de mettre un place un groupe coordonné s'est fait sentir pour adapter au mieux la réponse. Deux ans après la mise en œuvre, la coordination s'est améliorée mais il reste toujours un large écart entre les besoins et réponses apportés. Selon la pyramide d'intervention (cfr. Échelon de la santé, p18), les réponses sont majoritairement centrées sur les deux premiers niveaux. Les spécialistes dans le pays sont peu nombreux et sont dans les chefs-lieux des régions laissant les personnes vivant dans les villages sans recours

⁴ Reportage de Joel Soré en août 2022.

possible pour eux. C'est un point important que le CPI tente de résoudre afin de permettre une rencontre entre la faible offre de l'échelon tertiaire et la forte demande des villageois et de leur garantir ainsi afin une réponse ciblée malgré les faibles ressources allouées à ce secteur.

Le groupe de travail a deux réunions par mois : une entre les coordinateurs de groupe qui compte un représentant du ministère de la santé et celui de l'action sociale et la seconde réunion qui rassemble les coordinateurs de groupe et les membres d'ONG. Il se base sur le manuel sphère qui facilite la coordination de la réponse humanitaire.

Chapitre 4 : L'intérêt de la santé mentale dans la PEC générale

Ce chapitre répond à l'objectif spécifique relatif aux raisons du manque d'implication de la santé mentale des PDI dans leur prise en charge globale.

Nous avons pu échanger avec une psychologue travaillant dans un des sites pour les déplacés à Kaya, nous avons obtenu un entretien par vidéo sur Whatsapp, étant une professionnelle de la santé mentale, nous avons adapté nos questions autour des éléments qu'elle cible pour prendre soin de la santé mentale la SM des PDI. Elle m'indique qu'ils ne sont que deux psychologues pour l'ensemble du site qui comptabilise plus de 1500 PDI. Voici le résumé de son propos : l'aspect psychologique et la prise en considération du vécu traumatique des personnes n'est pas la priorité quand ils arrivent. Les ONG priorisent les besoins physiques : alimentation, logement de fortune, habillement. Les actions entreprises assurent avant tout un cadre sécuritaire aux PDI.

Concernant la représentation de la SM, elle influence sur le manque d'investissement et prise en considération. Dans les mentalités, si les besoins physiques sont remplis, la santé mentale suivra. Il est vrai que les conditions de vie influencent sur le bien-être, mais on ne fournit pas d'outils à ces personnes vulnérables pour faire face aux traumatismes et surtout au deuil qu'elles ont subis : deuil d'un proche, mais également de leur vie d'avant ainsi que de leur terre. Il y aura de lourdes conséquences sur le long terme et sur l'équilibre familial de ces familles.

Elle nous précise que prendre en considération la SM se fait par des actions simples : de l'écoute, la reconnaissance de leur vécu et de leur nouvelle vulnérabilité, ça demande plus de moyens humains que de moyens financiers. La parole permet aux PDI de sortir de leur traumatisme. Leur laisser la possibilité d'exprimer leur ressenti les aide à évacuer leurs émotions, les aide à déposer en quelque sorte le poids psychologique qu'ils contiennent en eux.

Nous avons profité de l'organisation d'un atelier sur le ciblage des personnes vulnérables par le ministère de la solidarité nationale et de l'action humanitaire (MSNAH) le 6 juin 2022 à Ouagadougou pour poser des questions. Nous avons pu échanger brièvement avec un représentant du cabinet MSNAH concernant la prise en charge des PDI de façon générale mais également la prise en charge de leur santé mentale, voici un extrait de son discours.

« Il est vrai que la santé mentale n'est pas le premier axe stratégique sur lequel nous nous appuyons dans la prise en charge des PDI mais nous la considérons. Nous tentons du mieux que nous pouvons de respecter leur dignité et d'organiser au mieux leur accueil afin qu'ils soient dans des conditions décentes à la dignité humaine dans un premier temps. Alors nous pourrions vraiment nous investir dans le bien-être intrinsèque de ces personnes devenues vulnérables voire traumatisées par leur vécu. Mais nous nous devons d'abord de mettre toutes les conditions en place leur assurer avant tout la sécurité et la subsistance. »

Étaient également présents à cet atelier, des membres d'ONG – une chargée de projet et des éducateur – avec lesquels nous avons pu échanger. Le résumé de leurs dires fait écho au discours précédent. Ils évoquent le manque de moyen tant financier qu'humain pour pouvoir considérer la prise en charge des PDI de façon globalisée et y inclure la santé mentale comme grand axe. Certaines ONG s'appuient sur « les bonnes volontés » bien que le bénévolat ne soit pas une activité valorisée au Burkina. Même si les ressources humaines peuvent être trouvées, encore faudrait-il qu'elles soient qualifiées pour une prise en charge de personne ayant connu de graves traumatismes comme les PDI. La solidarité est certes nécessaire pour soulager, écouter et soutenir ces personnes mais ce n'est qu'un travail préliminaire. Dans un pays où tout est prioritaire, la santé mentale ne peut trouver une place au premier niveau.

Toutefois, l'avenir semble être plus rassurant concernant l'imputation de la santé mentale dans la prise en charge des PDI. En effet, de par l'organisation du congrès international sur la santé mentale des PDI organisé en mars 2023, les organisateurs soulèvent un tabou et tentent de mettre au-devant de la scène l'importance de soigner l'être mental tout autant que l'être physique. Cette sensibilisation autant dans le milieu social quemédical touche également les ministères et ainsi l'État. Étaient présents le ministre de la santé - Robert Kargougou - et la ministre de l'action sociale de la solidarité Nandy Somé née Diallo, tous deux exprimaient le souhait d'investir d'avantage dans la prise en charge de la santé mentale via les axes stratégiques prioritaires.

DISCUSSIONS

Penser que la santé mentale serait un non-sujet au Burkina Faso est erroné. La sensibilisation initiée par les acteurs de terrain sur cette thématique a certes mis plus de temps que pour d'autres thématiques déjà connues et reconnues comme les maladies transmissibles ou la sécurité mais force est de constater qu'une impulsion a été faite à cet égard. Les récents engagements tant au niveau étatique qu'au niveau des acteurs locaux témoignent de cet intérêt. Toutefois ne nous leurrions pas par cet enthousiasme récent. Bien qu'un intérêt pour la santé mentale fut remarqué avant le début de la crise sécuritaire, la réponse apportée dans les premiers temps était quasiment inexistante. On pouvait lire dans une des stratégies de prise en charge des PDI au Burkina Faso en 2017 'affirmer la cohésion sociale' ou 'apporter un appui psychosocial' ces deux actions étaient dans le secteur de réponse 'protection' et étaient les seuls points se rapprochant au plus de la santé mentale. Il aura fallu attendre que les acteurs locaux de terrain et des professionnels revendiquent cette thématique pour qu'elle prenne plus de place dans les stratégies mises en place dans la prise en charge des PDI.

Les besoins qu'ils soient physiques ou psychiques sont colossaux chez les PDI. L'État tente déjà tant bien que mal d'apporter une réponse de base : sécurité physique, alimentaire, logement, pourtant beaucoup de PDI restent sans aucune ressource de l'État. Les stratégies actuelles sont trop basées sur l'urgence et uniquement sur le court terme. Tandis que la crise sécuritaire du Burkina ainsi que la sous-région ne semblent pas aller en s'améliorant. Il serait temps d'entreprendre des actions plus pérennes au vu de ce conflit qui perdure dans le temps. Les enfants représentent 65% des personnes déplacées internes au Burkina Faso, outre l'apport alimentaire et la volonté de l'État d'assurer une scolarisation dans cette situation d'urgence, constat est fait que les enfants sont déscolarisés. Rajoutons la non prise en charge de leur bagage émotionnel, l'avenir de ces enfants n'annonce rien de radieux. Pourtant le Burkina a une démographie très jeune, laisser autant d'enfants dans cette situation est prendre le risque de faire évoluer une nouvelle génération adulte déscolarisée mais surtout instable psychologiquement.

La santé mentale est imbriquée dans plusieurs ministères : celui de la santé et celui de l'action sociale. Cela pose trois problèmes : le premier est le manque de leadership et de gouvernance qui est un élément qui incombe tant aux membres du gouvernement, que des acteurs locaux ou les membres d'ONG. Pour pallier à ce premier problème trois dispositifs ont été mis en place : l'organigramme du ministère de la santé a été revu et a créé la Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCMN) et le CORUS pour la prise en charge des urgences sanitaires avec le volet médico-psychologiques. Le second problème, est le manque de coordination, qui trouve une partie de sa solution dans les deux dispositifs précédents. De plus, la création du comité permanent inter-agence permet la communication entre ONG et avec les membres des ministères, ils relaient les informations

de terrain et ajustent les stratégies si besoin. Le troisième problème est l'allocation du financement, une fois que les problématiques dites prioritaires de ces ministères ont été financées, le reste est donné à la santé mentale qui est le parent pauvre de ces ministères.

Reprenons les problèmes identifiés par les plans stratégiques 2014-2018 et 2020-2024, le manque d'infrastructures combiné avec le manque de professionnels et le manque de répartition territoriale restent un élément central à la base de tous les manquements en santé mentale. Le manque de personnel qualifié dans le domaine pour cette crise n'est que le reflet du manque de personnel en santé mentale dans la population générale en temps de paix.

Comme nous l'a rappelé une psychologue sur le site de Kaya, la mise en place de mesures afin de considérer un tant soit peu la prise en charge psychique des personnes déplacées pourrait commencer par des activités simples telles que la formation de groupes de paroles des PDI, pour leur permettre de mettre des mots sur leurs maux, de se libérer du poids lié à cette souffrance mentale et de partager ensemble l'expérience traumatisante qui les unit. Dans cette démarche, l'ONG Christoffel Blinden mission (CBM) par son projet « santé mentale pour tous » a formé des infirmiers à dispenser des soins essentiels en santé mentale dans 683 CPSP sur les 1896 qui composent le pays. Il reste toutefois la prise en charge spécifique qui reste quasi-inexistante pour la population dite rurale.

Concernant l'insuffisance de recherche en santé mentale, l'idée proposée par la Professeure Sylla Aida lors du congrès de la société africaine de santé mentale en mars 2023 est de rassembler toutes les études passées réalisées dans le domaine de la santé mais également les études en cours afin que les chercheurs travaillant sur les mêmes sujets puissent collaborer ensemble. Le recensement de toutes les études et doctorants a été fait à la fin du congrès.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre recherche, un ensemble d'observations se dégage : la volonté de l'approche multisectorielle et décentralisée est réelle. Il aura fallu du temps pour qu'émerge la santé mentale en dehors du secteur de la protection et des besoins psychosociaux. Il reste encore bon nombre de dispositifs à mettre en place mais la coordination entre les niveaux centralisés et décentralisés ainsi qu'entre les ONG s'améliore et permet d'axer les actions de façon plus ciblées. La sensibilisation tant envers l'Etat que sur la population normale permet de lever le tabou sur la santé mentale et de banaliser sa prise en charge au même titre que tout autre besoin. Cependant, des problèmes importants demeurent et méritent de trouver une solution. Il faut citer plus particulièrement le manque de ressources humaines, financières et matérielle ainsi que l'écart entre les actions espérées du niveau centralisé et les réalités de terrain au niveau décentralisé compliqués par l'environnement, la logistique et l'organisation.

La prise en charge des personnes déplacées internes, comme cela vient d'être expliqué, est multidimensionnelle. Constituant une population en situation particulièrement difficile, la majorité des PDI est susceptible d'être affectée de traumatismes liés aux chocs des attaques terroristes. Si on ignore leurs préoccupations psychiques, leurs besoins y afférents dans les réponses à apporter à leur prise en charge intégrée, cela pourrait menacer la consolidation des acquis pour la réinsertion sociale et le retour des PDI dans leur communauté de vie. Reportant à une génération plus tard un problème plus important qui aurait pu être anticipé à l'heure actuelle. Il est donc primordial que des interventions soient développées et /ou renforcées dans l'offre actuelle de services aux PDI.

Pour cette raison, notre recherche ne doit pas être considérée comme un exercice figé, mais plutôt une réflexion itérative, amenée à être complétée au fur et à mesure de l'évolution des contextes et des défis sécuritaires au Burkina Faso. Dans cette perspective, nous recommandons la portée à l'échelle des interventions en cours avec l'exigence pour l'État et ses partenaires le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des prestataires de services.

Notre travail en toute modestie, sur le plan pratique permettra de penser à un suivi de santé multidimensionnel pendant les longues périodes d'adaptation post-conflit que nous souhaitons voir aboutir dans un avenir proche.

Nous avons été aussi émerveillée par la capacité de résilience de ces PDI qui malgré leur état de précarité gardent le sourire et l'espoir de jours meilleurs, c'est tout le mal que nous pouvons leur souhaiter. C'est pour nous, une leçon de vie. De plus, l'implication des acteurs locaux, leurs investissements à leur échelle est louable et doit être reconnu comme un service citoyen rendus pour les générations futures.

BIBLIOGRAPHIE

Anaut, M. (2003). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan

Audu IA, Idris SH, Olisah VO, Sheikh TL. Stigmatization of people with mental illness among inhabitants of a rural community in northern Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(1):55-60. doi:10.1177/0020764011423180

Arborio, Anne-Marie. 2007. « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier ». *Recherche en soins infirmiers* 90 (3): 26-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>.

Baubet T, Saglio-Yatzimirsky MC. (2019). *Santé mentale des migrants : des blessures invisibles*. La revue du praticien. 69(6) ; 672-5. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/sante-mentale-des-migrants-des-blessures-invisibles>

BCH matters. *Santé mentale en Afrique : Aperçu de la situation et des besoins – Be-cause health matters 14*. (2021.). Consulté 18 novembre 2021, à l'adresse <https://bchmatters14.be-causehealth.be/sante-mentale-en-afrique.html>

Beiser, M., & Hou, F. (2017). Predictors of positive mental health among refugees: Results from Canada's General Social Survey. *Transcultural Psychiatry*, 54(5–6), 675– 695. <https://doi.org/10.1177/1363461517724985>

Bergot, C. 2013. « État Des Lieux de La Santé Mentale En Afrique de l'Ouest ». *European Psychiatry* 28 (S2): 72-72. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.192>.

Bonanno G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *The American psychologist*, 59(1), 20–28.

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurevclinpsy-032210-104526>

Bournival, C., Séguin, M. and Drouin, M.-S. 2011. Étude des facteurs d'ajustement au deuil après un suicide et après un décès soudain non intentionnel. *Frontières*, 24 (1-2), 55-62.

Burkina 24 (2021). *Burkina Faso: L'intégralité du discours sur la situation de la nation* (20 mai 2021). <https://burkina24.com/2021/05/20/burkina-faso-lintegralite-du-discours-sur-la-situation-de-la-nation-2021/>

Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2018). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants : A comprehensive review. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 40(2), 220-225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>

Carballo, M., Smajkic, A., Zeric, D., Dzidowska, M., Gebre-Medhin, J., & Van Halem, J. (2004). Mental health and coping in a war situation: the case of Bosnia and Herzegovina. *J Biosoc Sci*, 36(4), 463-477.

Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., et al. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, 292(5), 575-584.

Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375-392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>

Cazabat, C. (2018). *L'importance du suivi du déplacement interne*. 2. Migrations forcées revues. <https://www.fmreview.org/fr/Principesdirecteurs20/cazabat>

CDN. (2021). *La santé mentale : Un sujet tabou en Afrique*. (2021, août 5). Susu. <https://cdn.susu.fr/la-sante-mentale-un-sujet-tabou-en-afrique/>

CICR. (2019). *Burkina Faso : Les personnes déplacées en situation vulnérable* (Afrique/Burkina Faso).. [Communiqué de presse]. Comité international de la Croix-Rouge. <https://www.icrc.org/fr/document/burkina-faso-les-personnes-deplacees-en-situation-vulnerable>

Cilliers, J. (2004). L'Afrique et le terrorisme. *Afrique contemporaine*, 209(1), 81-100. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/afco.209.0081>

Claude, G. 2019a. « Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse ». Scribbr. 22 octobre 2019. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>.

Claude G., 2019b. « Recherche documentaire : définition, types, méthodologie et exemple ». Scribbr. 26 décembre 2019. <https://www.scribbr.fr/methodologie/la-recherche-documentaire/>.

Cresam. Références et définitions: la santé mentale . *CRéSaM*. Consulté 30 mai 2022, à l'adresse <https://www.cresam.be/sante-mentale/reperes/>

Crisis group. (2020). *Burkina Faso : Sortir de la spirale des violences.*. Crisis Group. <https://www.crisisgroup.org/fr/africa/sahel/burkina-faso/287-burkina-faso-sortir-de-la-spirale-des-violences>

Crocq L. Stress et Trauma. [En ligne]. 2014 [Consulté le 15 Janvier 2020]. 10 pages. Page 4-8. Disponible sur : <https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/T/R/VEGK-9782294713811.pdf>

Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience: Connaissances de base*. Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.cyrul.2012.01>

Cyrulnik, Boris. 2012. « Pourquoi la résilience ? » In *Résilience*, 7-17. Hors collection. Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.cyrul.2012.01.0007>.

Hakizimana G. (2010) Les déterminants de la santé des personnes exposées à des crises majeures. Le cas des déplacés internes au Burundi. Thèse. Université de Montréal.

Hanus M. (2001). Deuils. *Études*, 395, 475-491. <https://doi.org/10.3917/etu.955.0475>

HCR. (2022). *Protection des PDI : Le HCR au Burkina forme des membres de la CNDH et des OSCs pour une synergie d'actions*. <https://cndhburkina.bf/protection-des-pdi-le-hcr-au-burkina-forme-des-membres-de-la-cndh-et-des-oscs-pour-une-synergie-dactions/>

Hofnung T. (2014). "La pauvreté est l'alliée principale du terrorisme". (28 mai 2014). Libération. https://www.liberation.fr/planete/2014/05/28/la-pauvrete-est-l-alliee-principale-du-terrorisme_1029314/

Imbert G., 2010, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en Soins Infirmiers*, vol. 102, n°3, pp. 23-34.

Inserm (2021), *Troubles anxieux, quand l'anxiété devient pathologique*. 2/03/2021. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>

Johnson K. , Scott J. , Bigy R., Kisielewski M., Asher J., Ong R, et Lawry L. 2010. « Association of Sexual Violence and Human Rights Violations with Physical and Mental Health in Territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo ». *JAMA* 304 (5): 553-62. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1086>.

Josse, E. 2019. « Chapitre 4. Les types de traumatisme ». In *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, 2e

éd.:53-66. Ouvertures Psy - LMD. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390-p-53.htm>.

Kastler, F. (2011). 10. La santé mentale en Afrique : Un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée? In *Santé internationale* (p. 169-177). Presses de Sciences Po; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/scpo.kerou.2011.01.169>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. 2005b. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders. In the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*; 62 (6), 617–627.

Kett, M. (2005a). Internally displaced peoples in Bosnia- Herzegovina: impacts of long-term displacement on health and well-being. *Med Confl Surviv*, 21(3), 199-215.

Kett, M. (2005b). Displaced populations and long term humanitarian assistance. *BMJ*, 331(7508), 98-100.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088.

Kluge, U., Rapp, M. A., Mehran, N., Jumaa, J., & Aichberger, M. C. (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1103-1108. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00790-2>

Landry, J. (2016). Les conséquences du déplacement de populations sur la stabilité régionale. *États de fragilité*, 2.

Le Bart, C. (1998). Les effets sociaux du discours politique. Dans : Christian Le Bart éd., *Le discours politique* (pp. 97-121). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Lecomte, J. 2010. « Conférence ». In *La résilience*, 5-33. La Rue ? Parlons-en ! Paris: Éditions Rue d'Ulm. <https://www.cairn.info/la-resilience--9782728804344-p-5.htm>.

Mpembu, Nkosi M, Lukeba T, Mayemba D, Kubuta Massamba V, Matonda ma Nzuzi T, Gokara S, Vermeiren E, Mananga Lelo G, et Mampunza ma Miezi S. 2018. « États de stress en consultation externe à l'hôpital général de Bangui dans un contexte de conflit armé: étude transversale descriptive ». *The Pan African Medical Journal* 29 (26). <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.26.7107>.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). 2005. *Post-Traumatic Stress Disorder: The*

Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK): Gaskell. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56494/>.

OCHA (2022). *Burkina Faso : Rapport de situation (16 juin 2022) - Burkina Faso* | ReliefWeb. Consulté 12 juillet 2022, à l'adresse <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/burkina-faso-rapport-de-situation-16-juin-2022>

Olivier De Sardan J-P., 2008, La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique, Bruylant-Academia (Anthropologie prospective, 3), Louvain-laNeuve.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2021. *Journée mondiale de la santé mentale 2021*. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. Consulté 18 novembre 2021, à l'adresse <https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/journee-mondiale-de-la-sante-mentale-2021>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2018 : Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées – Version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2016 Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée. Conakry : OMS-Guinée. 2016. 37 p

Pike, I. L., Straight, B., Oesterle, M., Hilton, C., & Lanyasunya, A. (2010). Documenting the health consequences of endemic warfare in three pastoralist communities of northern Kenya: a conceptual framework. *Soc Sci Med*, 70(1), 45-52.

RFI. (2021). *Burkina Faso : Chronologie des violences jihadistes depuis 2015*. RFI. <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20210610-burkina-faso-chronologie-des-violences-jihadistes-depuis-2015>

Santé Publique France, *Maladies et traumatismes*. 20 janvier 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>.

Sartorius, Norman. 2007. « Stigma and Mental Health ». *The Lancet* 370 (9590): 810-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8).

Segal, Daniel L. 2010. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) ». In *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-3. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0271>.

Shawyer F, Enticott JC, Doherty AR, Block AA, Cheng IH, Wahidi S, Meadows GN. A cross-sectional survey of the mental health needs of refugees and asylum seekers attending a refugee health clinic: a study protocol for using research to inform local service delivery. *BMC Psychiatry*. 2014 Dec 24;14:356. doi: 10.1186/s12888-014-0356-y. PMID: 25539842; PMCID: PMC4296526.

Soré J. (2022). Burkina - Santé mentale : l'autre calvaire des PDI. reportage disponible <https://www.omegamedias.info/blog/2022/08/01/burkina-sante-mentale-lautre-calvaire-des-pdi/>

Sow A., Van Dormael M., Criel B., de Spiegelaere M. (2019). « Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry ». *Santé Publique* 31 (2): 305-13. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0305>.

Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Soc Psychiatry Epidemiology*, 40(8), 672-679.

Thiaw P. (2020) *Terrorisme au Sahel : Le mirage du djihadisme peul - ACRESA*. SeventhQueen. <https://acresa.org/terrorisme-au-sahel-le-mirage-du-djihadisme-peul>

Tisseron S. Après l'inondation risque de stress post traumatique, mémoires et résilience. [En ligne]. 2014. [Consulté le 15 Août 2020]. 37 pages. Page 3. Disponible sur : https://www.cnfpt.fr/sites/default/files/10_tisseron_apres_linondation_2018.pdf

Tordjman, S. (2019). « Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique ». *Perspectives Ppsy* 58 (4): 287-92. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201954287>.

Trudell, J. P., Burnet, M. L., Ziegler, B. R., & Luginaah, I. (2021). The impact of food insecurity on mental health in Africa : A systematic review. *Social Science & Medicine*, 278, 113953. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113953>

UA, 2009, Convention de l'Union Africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique (Convention de Kampala), Kampala, Ouganda.

UNCHR. (2019) Recueil de directives sur l'engagement du HCR dans les situations de déplacement interne. Version 1

UNHCR. (2017). *Personnes déplacées internes*. Consulté 18 novembre 2021, à l'adresse <https://www.unhcr.org/fr/personnes-deplacees-internes.html>

Van Campenhoudt L., Quivy R. 2011, *Manuel de recherche en Sciences Sociales*, 4^e édition, Dunod, Paris, France.

Vinck, Patrick, Phuong N. Pham, Eric Stover, et Harvey M. Weinstein. 2007. « Exposure to War Crimes and Implications for Peace Building in Northern Uganda ». *JAMA* 298 (5): 543-54. <https://doi.org/10.1001/jama.298.5.543>.

WHO, 2021. *Santé mentale et déplacement forcés*. 31 août 2021. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>.

WHO, 2023. Principaux repères sur la dépression. 31 mars 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Younbaré S. (2022). *Psychological mechanisms hindering the mourning process among widow of spouses who were victims of terroris attacks and intercommunity conflicts in Burkina Faso*.

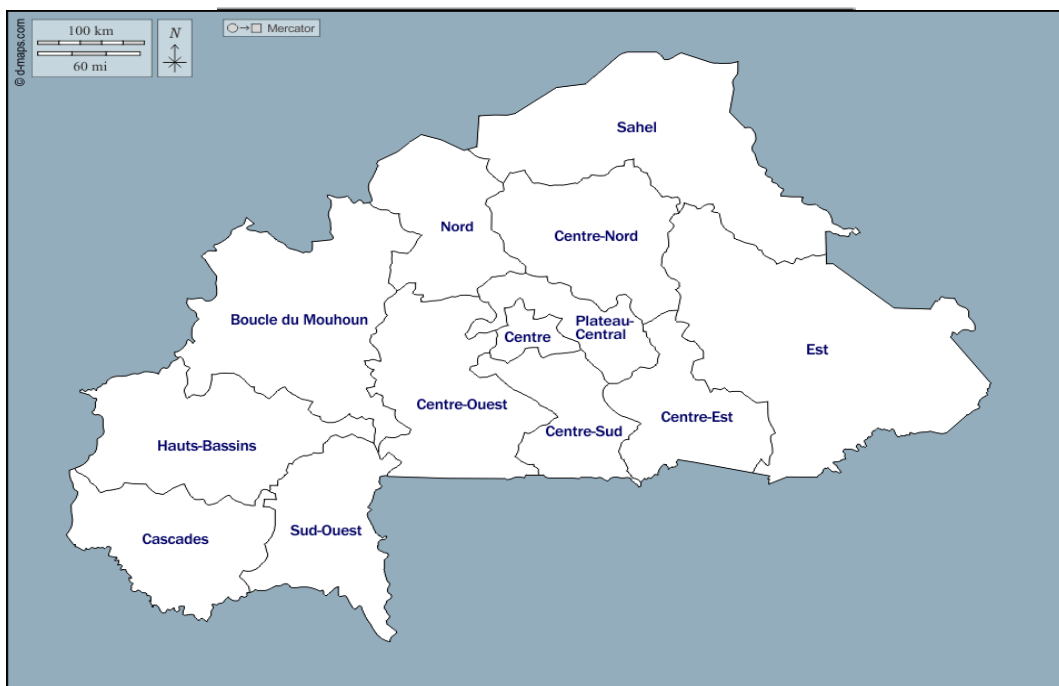
International Journal of Science Academic Research Vol. 03, Issue 03, pp.3615-3619, March, 2022

ANNEXES

Annexe 1 carte du Burkina Faso



Annexe 2 : carte régionale du Burkina Faso



Annexe 3 : Guide d'entretien destinés aux professionnels de santé spécialisés dans la santé mentale

Liste de item

1. Quels sont les problèmes que vous relevez le plus chez les PDI ?
2. Quels sont les défis auxquels vous-êtes le plus confronté dans votre pratique ?
3. Quelles sont les actions que vous mettez en place avec les PDI ?
4. Quel serait selon vous la prise en charge optimale psychique des PDI ?
5. Que constatez-vous comme manquement dans la prise en charge générale des PDI ?
6. Quelles sont selon-vous les raisons de ce manque d'investissement dans la SM des PDI ?
7. Quels sont ou seront les conséquences à moyen et long terme ?

Annexe 4 : Guide d'entretien destinés aux professionnels sociaux

1. Quels sont les axes principaux que vous ciblez auprès des PDI ?
2. Quels sont les défis auxquels vous-êtes confronté dans votre pratique ?
3. En matière de santé mentale, quelles sont les actions que vous mettez en place ?
4. Quels sont les besoins qu'expriment les PDI auprès de vous ?
5. Pensez-vous qu'ils ont un besoin en santé mentale auquel il faudrait répondre ?

Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des PDI

1. Leur provenance
2. Expliquer les raisons de leur départ
3. Comment ils sont venus jusqu'ici, histoire de la traversée, les obstacles qu'ils ont rencontré
4. Pourquoi avoir « choisi » de venir à Ouagadougou
5. Comment s'est passé leur arrivé à Ouagadougou, explication de leur vécu, ressenti
6. Ce qu'ils font au quotidien et leurs perspectives d'avenir

Annexe 6 : Photos



Photo prise le 14 février 2022 à Ouagadougou



Photo prise le 22 février 2022 à Ouagadougou



Photo prise le 14 février 2022 à Ouagadougou



Photo prise le 14 mars 2023 en périphérie de Ouagadougou sur un site non officiel de PDI.