

Facteurs de mal-être psychosocial et mécanismes communautaires de réponse dans un contexte de vulnérabilité chronique : une étude qualitative exploratoire à Maimoudjia, Niger

Determinants of Psychosocial Distress and Community-Based Response Mechanisms in a Context of Chronic Vulnerability: A Qualitative Exploratory Study in Maimoudjia, Niger

Maidougou Elhadji Moustapha,

Responsable National Santé Mentale et Soutien Psychosocial (SMSPS),
Croix-Rouge Nigérienne.

Olivier Mugwaneza,

Délégué Coordinateur des Programmes et Santé Mentale et Soutien Psychosocial (SMSPS),
Croix-Rouge Danoise au Niger.

Date de soumission : 12/05/2026

Date d'acceptation : 20/07/2026

Pour citer cet article :

MAIDOUGOU ELHADJI M. & MUGWANEZA O. (2026) «Facteurs de mal-être psychosocial et mécanismes communautaires de réponse dans un contexte de vulnérabilité chronique : une étude qualitative exploratoire à Maimoudjia, Niger», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 9 : Numéro 3 » pp : 586 - 607

Résumé

Au Niger, les besoins en santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) s'accroissent dans un contexte marqué par l'insécurité chronique, les crises alimentaires, les chocs climatiques et l'insuffisance structurelle des services spécialisés (OMS, 2008). Face à ce *treatment gap*, les mécanismes communautaires de soutien jouent un rôle central, comme le soulignent les cadres de l'IASC (2007) et de la FICR (2018). Cette étude qualitative exploratoire, menée auprès de 450 participants répartis dans quatre centres communautaires de la localité de Maimoudjia (région de Zinder), vise à analyser les facteurs de mal-être psychosocial perçus et à documenter les mécanismes communautaires de réponse. Les résultats mettent en évidence des facteurs de stress cumulatifs, de pauvreté chronique, insécurité alimentaire, violences basées sur le genre, inondations récurrentes, etc. générant des manifestations émotionnelles (anxiété, tristesse), physiques (troubles du sommeil) et sociales (repli, conflits). En réponse, les communautés mobilisent des ressources endogènes de résilience : solidarité familiale et de voisinage, soutien des leaders communautaires et religieux, groupes de femmes, prière et recours aux guérisseurs traditionnels, conformément aux observations de Miller et Rasmussen (2010) sur le rôle central des *daily stressors* et des mécanismes communautaires dans les contextes de vulnérabilité prolongée. L'étude souligne la pertinence des approches de SMSPS fondées sur la communauté, en complémentarité avec les services formels, pour renforcer la résilience individuelle et collective.

Mots-clés : *Santé mentale, Soutien psychosocial, Mécanismes communautaires, Résilience, Niger.*

Abstract

In Niger, mental health and psychosocial support (MHPSS) needs are increasing in a context marked by chronic insecurity, food crises, climate shocks, and structural shortages of specialized services (WHO, 2008). Faced with this treatment gap, community-based support mechanisms play a central role, as highlighted by IASC (2007) and IFRC (2018) frameworks. This exploratory qualitative study, conducted with 450 participants across four community centers in Maimoudjia (Zinder region), aims to analyze perceived psychosocial distress factors and document community-based response mechanisms. Results reveal cumulative stressors, chronic poverty, food insecurity, gender-based violence, recurrent floods, etc. generating emotional (anxiety, sadness), physical (sleep disorders), and social (withdrawal, conflicts) manifestations. In response, communities mobilize endogenous resilience resources: family and neighborhood solidarity, support from community and religious leaders, women's groups, prayer, and recourse to traditional healers, consistent with Miller and Rasmussen's (2010) findings on the central role of daily stressors and community mechanisms in contexts of protracted vulnerability. The study underscores the relevance of community-based MHPSS approaches, in complementarity with formal services, to strengthen individual and collective resilience.

Keywords: *Mental Health, Psychosocial Support, Community Mechanisms, Resilience, Niger.*

Introduction

Au Niger, les besoins en santé mentale et en soutien psychosocial (SMSPS) ne cessent de croître en raison d'un contexte complexe et multidimensionnel. Depuis plus d'une décennie, le pays fait face à une insécurité persistante, particulièrement marquée dans la région de Diffa, en lien avec l'expansion du conflit terroriste de Boko Haram apparu au Nigéria au début des années 2000. Ses répercussions, telles que, déplacements massifs de populations, exactions, enlèvements, violences diverses, etc. se sont étendues aux zones frontalières du sud-est du Niger.

Au-delà de la région de Diffa, d'autres zones frontalières sont également affectées par des formes distinctes d'insécurité. Le long de la frontière avec le Nigéria, notamment dans la partie sud de la région de Maradi, l'insécurité revêt une dynamique différente mais tout aussi préoccupante. Par ailleurs, dans le sud-ouest du pays, en particulier dans la zone dite « des trois frontières » (Mali, Burkina Faso et Niger), la situation sécuritaire s'est fortement dégradée depuis l'éclatement de la crise en Libye, affectant significativement les régions de Tillabéry et de Tahoua.

A ces défis s'ajoutent des crises structurelles et récurrentes : insécurité alimentaire, pauvreté chronique, persistance de maladies épidémiques et chroniques. Le Niger, historiquement carrefour migratoire, connaît des mouvements internes et transfrontaliers qui contribuent à l'émergence de phénomènes de petite criminalité, à la transformation de la cohésion communautaire et à une pression accrue sur des ressources déjà limitées.

Dans ce contexte déjà fragile, les récents changements politiques ont entraîné le retrait de partenaires traditionnels, la fermeture des frontières ainsi que l'imposition d'un embargo affectant les importations et exportations de denrées de première nécessité. A ces contraintes s'est ajoutée la menace d'une intervention militaire de la CEDEAO, accentuant les tensions socio-économiques et psychosociales au sein des populations.

Par ailleurs, les saisons pluvieuses, traditionnellement porteuses d'espoir pour une population largement dépendante d'une agriculture pluviale, constituent désormais un facteur supplémentaire de stress. Loin de garantir systématiquement la sécurité alimentaire, elles ont été marquées ces dernières années par des inondations récurrentes. L'année 2024 a ainsi enregistré des dégâts considérables : 391 pertes en vies humaines, 25 728 animaux morts, 4 499

greniers endommagés, 151 482 maisons effondrées (MAH, 2024), aggravant la vulnérabilité socioéconomique et psychosociale des ménages.

La région de Zinder, l'une des plus peuplées du pays, fait face à une combinaison de vulnérabilités structurelles qui favorisent le mal-être psychosocial. Elle est particulièrement exposée aux aléas climatiques, ce qui fragilise l'agriculture pluviale, principale source de subsistance, et contribue à l'insécurité alimentaire chronique des populations, notamment rurales. Cette situation est aggravée par une pression démographique et une économie fortement dépendante des activités agropastorales, qui souffrent d'un manque de diversification. Par ailleurs, l'accès aux services sociaux de base, notamment, santé, éducation, eau potable, etc. reste faible (ActuNiger, 2023). Ces contraintes sont étroitement liées aux flux migratoires, la région de Zinder étant à la fois une zone de départ et un point de transit, y compris pour les femmes et les enfants, ce qui peut générer des ruptures familiales, des trajectoires traumatiques et une vulnérabilité psychosociale accrue (ActuNiger, 2023).

Dans le département de Kantché, plus spécifiquement dans les communes de Matamèye et de Dan Barto, les violences basées sur le genre (VBG) constituent un facteur de vulnérabilité psychosociale significatif, en particulier pour les femmes et les filles. La prévalence des VBG au Niger reste élevée comparée aux autres pays de la région, avec plus de 38 % des femmes déclarant avoir subi une des formes de VBG au cours de leur vie. La région de Zinder figure parmi celles qui présentent un niveau significatif de VBG. Les agressions physiques, les abus conjugaux, le mariage précoce ou forcé, les violences sexuelles sont des manifestations courantes, souvent exacerbées par la pauvreté, la marginalisation et l'accès limité aux services de base. Ces violences engendrent des séquelles psychosociales importantes, telles que, traumatismes, anxiété, troubles émotionnels, sentiments d'impuissance, etc. renforçant le mal-être au sein d'une communauté déjà fragilisée.

Malgré l'ampleur de ces besoins, les services de santé mentale restent limités au Niger, tant en ressources humaines qualifiées qu'en couverture géographique. Cette insuffisance structurelle, combinée aux pesanteurs socioculturelles, à la stigmatisation et à la faible connaissance des besoins psychosociaux, limite l'accès aux soins et à l'accompagnement adaptés. Dans ce contexte, les mécanismes communautaires de soutien jouent un rôle central dans la prévention de l'aggravation de la détresse psychosociale et le renforcement de la résilience individuelle et

collective, comme le proposent l'OMS à travers l'approche mhGAP ou la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR).

La présente étude s'inscrit dans cette perspective. En dépit de l'importance des mécanismes communautaires dans le contexte de vulnérabilité chronique (IASC, 2007 ; Tol et al. 2011), les travaux sur leurs modalités concrètes de fonctionnement, leur opérationnalisation et leur articulation avec les ressources endogènes demeurent limités dans les zones sahéliennes. Et si L'approche communautaire en SMSPS est largement documentée à l'échelle internationale, il n'a été consulté que peu des travaux qui ont décrit leur opération avec les ressources locales au Niger, précisément à Zinder.

Ainsi cette étude vise à combler cette lacune en produisant des données à partir d'un nouveau matériau empirique et original les dynamiques des ressources locales de recours et résilience dans la localité de Maimoudjia (Commune de Dan Barto, Région de Zinder). Ce qui amène aux questions directrices suivantes : ***Quels sont les facteurs de mal-être perçus ? Quelles sont les ressources locales mobilisées pour y faire face ?***

Ce qui découle les objectifs ci-dessous :

i) Objectif général

Analyser les facteurs de mal-être psychosocial et documenter les mécanismes communautaires de réponse existants dans la localité de Maimoudjia.

ii) Objectifs spécifiques

- Identifier les principaux facteurs de stress et de mal-être psychosocial perçus par les communautés ;
- Décrire les manifestations (émotionnelles, physiques, sociales) du mal-être ;
- Documenter les ressources endogènes de résilience mobilisées par les individus et les communautés ;
- Analyser les chemins de recours et mécanismes communautaires de réponse face à la détresse.

Les populations de cette zone d'étude bénéficient d'un programme mis en œuvre par la Croix-Rouge Nigérienne en collaboration avec la Croix-Rouge Danoise et la Croix-Rouge Finlandaise, visant la promotion de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, le renforcement de leur résilience psychosociale et le soutien à leur autonomisation. La

composante SMSPS a été intégrée à ce programme avec l'objectif de renforcer les capacités du personnel, des volontaires, les leaders communautaires, des membres des clubs des mères et des maris sur la SMSPS communautaire et les premiers secours psychologiques, favorisant ainsi l'identification précoce des situations de détresse et le renforcement des mécanismes locaux de protection et de résilience.

Si l'approche communautaire en SMSPS est largement documentée à l'échelle internationale, il n'a été rencontré que peu d'études qui ont décrit son articulation et son opérationnalisation avec les ressources endogènes dans les zones sahéliennes. Ainsi, ce travail vise à combler cette lacune et documentant à partir d'un matériau empirique et plus original, les dynamiques locales de recours et de résilience dans la région de Zinder.

1. Cadre théorique et conceptuel

1.1.L'approche communautaire en santé mentale

Depuis quelques années, le développement de la santé mentale globale s'est structuré autour du constat d'un écart important entre l'offre de services, notamment spécialisés, et les besoins des populations, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cet écart, désigné par l'OMS (2008) comme *treatment gap* (fossé thérapeutique), est estimé à près de 90 % dans certains contextes, signifiant qu'une large frange des personnes présentant des besoins en SMSPS n'a pas accès aux services appropriés.

Dès lors, la littérature scientifique s'est interrogée sur les modèles de prise en charge exclusivement biomédicaux et hospitalo-centrés, tout en proposant des approches intégrées, décentralisées et fondées sur la communauté. Comme le souligne The Lancet Commission on Global Mental Health, la promotion du bien-être, la prévention et les interventions psychosociales communautaires contribuent à réduire durablement l'écart de prise en charge, en particulier dans les contextes de vulnérabilité chronique (Patel et al., 2018). Ces approches démontrent le lien étroit entre les déterminants sociaux, économiques et culturels et la santé mentale, et rappellent que certaines formes de souffrance relèvent du mal-être psychosocial plutôt que de troubles mentaux sévères.

1.2.Contribution de Vikram Patel dans cette dynamique

L'une des contributions majeures à ces approches est celle de Vikram Patel, notamment à travers son ouvrage *Where There Is No Psychiatrist* (Patel, 2003). Partant du constat de l'insuffisance chronique de psychiatres dans de nombreux pays, il propose l'idée que l'absence de spécialistes

ne doit pas conduire à l'absence de réponse. Son approche repose sur plusieurs principes : la délégation des tâches (task-shifting), l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires et communautaires, ainsi que la formation d'acteurs non spécialisés issus des communautés. Patel et ses collaborateurs soutiennent que les interventions psychosociales de base, mises en œuvre par des non-spécialistes formés, peuvent avoir un impact significatif sur la réduction de la détresse et l'amélioration du fonctionnement social (Patel et al., 2011).

L'approche de Patel a été privilégiée en raison de sa pertinence opérationnelle dans des contextes de faible densité des spécialistes, permettant une délégation des tâches à des acteurs communautaires formés. Ce qui correspond à la réalité du terrain de Maimoudjia.

1.3.Le programme mh-gap

Dans la continuité de ces travaux, l'OMS a lancé le Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) en vue de renforcer l'accès aux soins de santé mentale dans les contextes à faibles ressources (OMS, 2008). Les évolutions ultérieures du mhGAP, notamment le mhGAP Humanitarian Intervention Guide et la boîte à outils communautaire mhGAP, traduisent une reconnaissance croissante du rôle des acteurs et des mécanismes communautaires dans la promotion du bien-être, la prévention et la prise en charge de la détresse psychosociale, ainsi que l'orientation précoce des personnes en situation de vulnérabilité (OMS et HCR, 2015 ; OMS, 2021). S'inscrivant dans une logique de complémentarité avec les systèmes formels de santé mentale, ces outils offrent un cadre opérationnel pertinent pour les contextes humanitaires et de vulnérabilité chronique où les ressources spécialisées demeurent insuffisantes.

1.4.Santé mentale et soutien psychosocial en contexte humanitaire

La question de la SMSPS s'est structurée à travers les cadres normatifs développés par le Comité Permanent Inter-Agences (CPI), ou Inter-Agency Standing Committee (IASC). Selon l'IASC (2007), la SMSPS désigne tout type de soutien endogène ou exogène visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à traiter les troubles mentaux. Le cadre conceptuel de la pyramide propose une hiérarchisation des réponses en SMSPS, allant du soutien psychosocial de base et communautaire aux soins spécialisés. Ainsi, dans les contextes où l'accès aux services spécialisés est limité, les niveaux inférieurs de la pyramide, notamment, cohésion sociale, soutien communautaire, interventions psychosociales non spécialisées constituent le socle de la réponse (IASC, 2007). Ce cadre soutient l'importance de la participation communautaire, de l'adaptation culturelle et du principe de « ne pas nuire »,

affirmant que les interventions ne peuvent être efficaces que si elles s'appuient sur les ressources locales existantes.

1.5. Approche communautaire de la Fédération CRCR en SMSPS

Dans sa réponse aux besoins humanitaires, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) a développé une approche spécifique de la SMSPS fondée sur la communauté (FICR, 2018). Cette approche repose sur trois axes complémentaires : la promotion du bien-être psychosocial, la prévention de la détresse et la réponse aux besoins psychosociaux et en santé mentale. Elle privilégie l'action de proximité à travers des volontaires communautaires, l'intégration de la SMSPS dans les programmes sectoriels et l'utilisation d'outils pratiques tels que les premiers secours psychologiques et le soutien psychosocial de base, en complémentarité avec les services formels de santé mentale.

1.6. Mécanismes communautaires de réponse, résilience et chemins de recours

La littérature scientifique montre que, dans de nombreux contextes humanitaires, les mécanismes communautaires constituent le premier point de recours en cas de détresse psychosociale (Tol et al., 2011). Ces mécanismes incluent les réseaux familiaux, les leaders communautaires et religieux, les groupes de femmes et de jeunes, ainsi que les pratiques culturelles et spirituelles de soutien. Miller et Rasmussen (2010) soutiennent que les facteurs de stress quotidiens (*daily stressors*), tels que la pauvreté, l'insécurité alimentaire, les conflits sociaux jouent un rôle central dans la détresse psychosociale, justifiant des réponses ancrées dans la communauté plutôt que centrées exclusivement sur le traumatisme.

Le choix des *Daily Stressors* se justifie, dans le cadre de ce travail, par la nature des difficultés exprimées par les participants, lesquelles renvoient à des conditions de vie cumulatives et persistantes qu'à des événements traumatiques isolés.

La résilience communautaire est ainsi comprise comme un processus dynamique d'adaptation collective face à des stress prolongés, et non comme une absence de souffrance (Betancourt et al., 2016).

1.7. Positionnement de l'étude

S'appuyant sur ces cadres théoriques et conceptuels, la présente étude adopte une approche qualitative exploratoire visant à documenter, dans la localité de Maimoudjia, les facteurs de mal-être psychosocial perçus, les ressources de résilience mobilisées et les mécanismes communautaires de réponse existants. Une revue récente souligne que les approches

communautaires en santé mentale, bien que largement documentée, gagnent à être contextualiser et évaluées dans des environnements culturels spécifiques comme le Sahel (Ventevogel et al., 2023). En mettant l'accent sur les perceptions et les pratiques locales, elle cherche à contribuer à une meilleure compréhension des réponses psychosociales endogènes et à soutenir leur intégration dans les stratégies de santé mentale et de soutien psychosocial en contexte de vulnérabilité chronique.

2. Méthodologie

2.1.Type et design de l'étude

Le présent travail adopte une approche qualitative descriptive et exploratoire, visant à documenter les perceptions communautaires relatives aux facteurs de mal-être psychosocial, aux facteurs de résilience et aux mécanismes de réponse existants dans la localité de Maimoudjia. Ce choix méthodologique est justifié par la nécessité de comprendre en profondeur les expériences vécues, les représentations sociales et les stratégies locales de coping dans un contexte de vulnérabilité chronique (Green et Thorogood, 2018 ; Miller et Rasmussen, 2010 ; Patel et al., 2018).

2.2.Cadre de l'étude

L'étude a été menée en Septembre 2024 dans la localité de Maimoudjia, située dans la commune de Dan Barto, département de Kantché, région de Zinder/Niger. La zone d'étude couvre 17 villages relevant de l'aire de santé de Maimoudjia. Ces villages ont été regroupés en quatre centres communautaires pour la collecte des données : Halbaou, Maimajé, Tattafawa et Sabouardounia. Cette zone se caractérise par une forte dépendance aux activités agropastorales, une exposition récurrente aux aléas climatiques, une insécurité alimentaire chronique ainsi qu'un accès limité aux services sociaux de base (santé, éducation etc.).

2.3.Population cible et critères de participation

La population de l'étude était constituée de membres des associations communautaires résidant dans les 17 villages concernés. Ont été inclus dans l'étude des adultes, hommes et femmes, résidant dans la localité et disposant d'une connaissance suffisante du contexte communautaire et appartenant à une des associations communautaires. La participation reposait sur le volontariat, sans contrainte, ni distinction d'appartenance sociale, religieuse ou ethnique. Les personnes présentant une détresse sévère nécessitant une prise en charge spécialisée immédiate n'étaient pas ciblées par le dispositif de collecte.

2.4.Méthodes et outils de collecte des données

La collecte des données a reposé sur l'organisation de discussions de groupe, conduites à l'aide d'un guide de discussion semi-structuré élaboré en amont. Il comportait trois axes principaux :

- ✓ L'identification des facteurs de mal-être psychosocial perçus au sein de la communauté ;
- ✓ L'identification des facteurs de résilience et de protection ;
- ✓ L'exploration des mécanismes communautaires de recours et de soutien disponibles pour les personnes en situation de détresse.

Au total, 32 discussions de groupe ont été réalisées, réparties dans les quatre centres communautaires, en raison de 8 groupes par centre. Chaque est comptait entre 12 à 15 participants et ont duré entre 90 et 120 minutes. La constitution de ces groupes reposait sur un échantillonnage raisonné visant à représenter la diversité des profils (femmes, jeunes, leaders, relais communautaires, volontaires).

Ces discussions ont été menées dans un cadre communautaire sécurisé et respectueux, favorisant la libre expression des participants. Les échanges se sont déroulés en langue locale (Hausa) qui est parlé par l'ensemble des participants, avec une facilitation assurée par des acteurs formés aux approches de santé mentale et de soutien psychosocial fondées sur la communauté (personnel et volontaires du programme).

2.5.Taille des groupes et répartition

Au total, les discussions ont réuni des participants issus des quatre centres communautaires, dont : 98 participants à Halbaou, 121 à Maimajé, 115 à Tattafawa et 116 à Sabouardounia. Les groupes ont été constitués de manière à favoriser l'équilibre des prises de parole et la représentativité des expériences communautaires, tout en tenant compte des considérations socioculturelles locales.

2.6.Procédure de collecte

Avant le démarrage des discussions, les objectifs de l'étude, les modalités de participation et les principes de confidentialité ont été expliqués aux participants. Comme le propose Belmont Report (1979), un consentement libre et éclairé, de nature verbale, a été obtenu auprès de chaque participant. Les facilitateurs ont veillé à adopter une posture empathique et non-jugeante, conformément aux principes des interventions SMSPPS. Les informations recueillies ont été consignées de manière anonyme afin de préserver l'identité des participants.

2.7.Considérations éthiques

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques fondamentaux, notamment le respect de la dignité humaine, la confidentialité et le principe de « ne pas nuire » (IASC, 2007). Une attention particulière a été portée à la gestion des émotions susceptibles d'émerger au cours des discussions, en cohérence avec les recommandations éthiques pour la recherche qualitative en santé mentale (OMS, 2017).

2.8.Traitement et analyse des données qualitatives

Les données issues des discussions de groupe ont fait l'objet d'un processus de traitement et d'analyse qualitative systématique, inspiré de l'approche d'analyse thématique telle que décrite par Virginia Braun et Victoria Clarke (2006). Les notes de terrain collectées lors des groupes de discussions ont d'abord été relues de manière approfondie afin de se familiariser avec le contenu et d'identifier les idées récurrentes. Cette phase de lecture exploratoire a permis une première compréhension globale des perceptions et expériences exprimées par les participants.

Dans un second temps, un codage ouvert a été réalisé manuellement. Les unités de sens pertinentes, en lien avec les objectifs de l'étude, ont été identifiées et attribuées à des codes provisoires. Ces codes ont ensuite été regroupés par similarité afin de former des catégories analytiques plus larges. Ce processus itératif décrit par Anselm Strauss et Juliet Corbin (1998) a permis d'affiner progressivement les catégories et de faire émerger des thèmes centraux relatifs aux facteurs de mal-être psychosocial, aux facteurs de résilience et de protection, ainsi qu'aux mécanismes communautaires de réponse et de recours.

L'analyse s'est appuyée sur une démarche inductive, laissant émerger les thèmes à partir des données, tout en intégrant une lecture déductive éclairée par le cadre conceptuel de la santé mentale et soutien psychosocial en contexte humanitaire. Cette articulation entre données empiriques et cadres théoriques a permis de renforcer la cohérence analytique et la validité interprétative des résultats (Fereday et Muir-Cochrane, 2006).

Afin d'illustrer le processus d'analyse, un exemple de codage est présenté dans le tableau ci-dessous :

Verbatim	Code initial	Catégorie intermédiaire	Thème final
« Quand un homme n'a pas d'argent, il rentre chez lui frustré. Souvent, il se dispute avec sa femme, parfois il la frappe. »	Frustration masculine / violence conjugale	Conséquences psychosociales de la pauvreté	Impact des difficultés économiques sur les relations familiales

Afin d'améliorer la rigueur méthodologique, une attention particulière a été portée à la saturation des données. Celle-ci a été évaluée de manière itérative : après chaque paire de focus groups, les facilitateurs ont procédé à un briefing pour identifier les thèmes récurrents et les éléments nouveaux. Ainsi, la saturation a été considérée comme atteinte lorsqu'aucun nouvel élément ou information significative n'émergeait (Greg Guest et al., 2006). La crédibilité des résultats a été renforcée par la triangulation des sources (diversité des profils) et par des séances de débriefing. Ce qui a permis de confronter les interprétations au sein de l'équipe de facilitation, facilitant de limiter les biais individuels et de favoriser une compréhension partagée des résultats (Yvonna Lincoln et Egon Guba, 1985).

Les résultats de l'analyse ont été présentés de manière descriptive et analytique, en mettant en évidence les convergences et les divergences entre les différents groupes communautaires. Lorsque pertinent, des verbatim anonymisés ont été utilisés pour illustrer les thèmes identifiés et restituer la voix des participants, tout en respectant les principes de confidentialité et de protection (Saldana, 2016).

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des participants

Au total, 450 personnes ont participé aux discussions de groupe réparties dans les quatre centres communautaires (Halbaou, Maimajé, Tattafawa et Sabouardounia). La répartition par statut et par sexe est présentée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des participants par statut et par sexe

Statut	Féminin	Masculin	Total
Volontaires d'appui	25	43	68
Leaders communautaires	51	90	141
Femmes membres des clubs des mères	85	0	85
Hommes membres des clubs des maris	0	50	50
Membres des clubs des jeunes	21	29	50
Les relais communautaires	9	11	20
Points focaux communautaires	21	15	36
Total	212	238	450

Source : Auteurs

Cette répartition permet de couvrir une diversité de profils au sein des communautés, incluant aussi bien des représentants institutionnels communautaires (leaders, relais) que des membres de groupes spécifiques (femmes, jeunes, hommes), favorisant ainsi une pluralité de perspectives sur les facteurs de mal-être et les mécanismes de réponse.

3.2.Facteurs de mal-être psychosocial perçus

L'analyse des discussions de groupe a permis d'identifier seize facteurs de mal-être psychosocial. Le tableau II présente la fréquence de citation de ces facteurs à travers les quatre centres communautaires. Un facteur cité dans les quatre groupes (100%) indique une perception partagée par l'ensemble des participants, tandis qu'un taux inférieur reflète des variations locales ou des préoccupations plus spécifiques à certains villages.

Tableau II : Facteurs de mal-être psychosocial identifiés et fréquence de citation par centre communautaire

Facteurs de mal-être psychosocial identifiés	Fréquence de citation
Viol sur mineures et barrières sociales réduisant la dénonciation	Cité dans tous les groupes
Délinquance juvénile	Cité dans tous les groupes
Analphabétisme généralisé	Cité par tous les groupes
Insécurité dans les zones frontalières	Très fréquemment cité
Faible considération vis-à-vis de la femme par les hommes	Très fréquemment cité
Pauvreté chronique	Cité dans tous les groupes
Manque d'activité génératrice de revenu	Très fréquemment cité
Mariage précoce/ forcé	Très fréquemment cité
Ampleur de certaines maladies (IST/MST)	Très fréquemment cité
Inondation et effondrements d'abris	Cité dans plusieurs groupes
Banditisme/ braquage, enlèvements des personnes (kidnapping) et des biens	Cité dans plusieurs groupes
Ampleur et la récurrence de certaines maladies des bétails	Cité dans plusieurs groupes
Autres formes de violation des droits humains (enlèvement des personnes/ kidnapping, maltraitance, violences conjugales et basée sur le genre, etc.)	Cité dans plusieurs groupes
Retrait/ manque de suivi de la scolarité des enfants	Cité dans plusieurs groupes

Source : Auteurs

Les participants ont décrit ces facteurs comme profondément enracinés dans les conditions de vie quotidiennes. L'insécurité alimentaire chronique, la pauvreté persistante et l'exposition répétée aux chocs climatiques (inondations, sécheresses) ont été fréquemment citées comme sources d'un stress constant et d'un sentiment d'incertitude face à l'avenir. « *On ne sait jamais ce qu'on va manger demain. Les pluies sont devenues imprévisibles. Quand on voit les maisons*

s'effondrer autour de nous, on a peur pour nous-mêmes et pour nos enfants. » (Femme, groupe de Halbaou).

Les participants ont également souligné l'impact des difficultés économiques sur les relations familiales et communautaires : *« Quand un homme n'a pas d'argent, il rentre chez lui frustré. Souvent, il se dispute avec sa femme, parfois il la frappe. Les enfants souffrent aussi, non seulement du manque d'une bonne condition de vie, mais du comportement perçus déviant des parents. »* (Homme, club des maris, Maimajé).

Les violences basées sur le genre, en particulier à l'encontre des femmes et des filles, ont été identifiées comme un facteur majeur de souffrance psychosociale. Un participant a évoqué le poids du silence : *« Une petite fille violée, elle ne parle pas. Elle a honte. Sa famille aussi a honte. Parfois, on l'oblige à épouser son agresseur pour cacher le scandale. Mais elle, elle garde ça dans son cœur, et ça peut la détruire petit à petit. »* (Leader communautaire, Tattafawa).

3.3. Manifestations psychosociales du mal-être

Les participants ont décrit diverses manifestations du mal-être, touchant les dimensions émotionnelle, physique et sociale. Sur le plan émotionnel, l'anxiété, la tristesse persistante, l'irritabilité et les sentiments de découragement ont été largement rapportés. Plusieurs participants ont évoqué une perte d'espoir : *« Avant, on avait l'espoir qu'un jour ça ira mieux. Maintenant, on ne voit plus d'issue. On vit au jour le jour, sans projet d'avenir. »* (Jeune-homme, groupe de Sabouardounia).

Sur le plan physique, des troubles du sommeil, une fatigue chronique et une baisse d'énergie ont été fréquemment mentionnés : *« Je ne dors plus bien. La nuit, je pense à comment nourrir les enfants, comment payer les médicaments, les frais de récréation d'école. Le matin, je suis déjà fatigué et je ne peux presque pas accomplir quelque chose d'important dans la journée. Le cycle recommence la nuit et ainsi de suite. »* (Femme, club des mères, Halbaou).

Sur le plan social, le repli sur soi, la diminution des interactions communautaires et l'augmentation des conflits ont été identifiés comme des conséquences directes du mal-être : *« Avant, on se réunissait entre voisins, on partageait presque tout (nourriture, problème, émotion, etc.) ensemble. Maintenant, chacun reste chez soi. On se méfie même des gens qu'on connaît. »* (Relais communautaire, Maimajé).

3.4. Facteurs de résilience et de protection communautaires

Malgré l'ampleur des difficultés évoquées, les communautés ont mis en avant plusieurs facteurs de résilience et de protection, présentés dans le tableau III.

Tableau III : Facteurs de résilience et de protection communautaires

Facteurs de résilience/ protection	Fréquence de citation
Cas du viol : recours aux leaders communautaires, dénonciation, sensibilisation des communautaires sur les effets, notamment psychologiques du viol. Au-delà, recourir à la juridiction compétente	Cité dans tous les groupes
Pour la délinquance juvénile : Encourager l'éducation des jeunes, Initier des AGR, instaurer des cours d'alphabétisation, etc.	Très fréquemment cité
Maladies, recourir aux mécanismes efficaces, consulter tôt, etc.	Très fréquemment cité
Pauvreté : Initiative et recourir aux activités génératrices de revenu, encourager l'entraide, etc.	Très fréquemment cité
Inondation et effondrements d'abris : éviter de construire sur le passage des eaux, construire tôt des digues de protection, etc.	Très fréquemment cité

Source : Auteurs

Les réseaux familiaux et communautaires, la solidarité entre voisins, ainsi que le soutien des leaders communautaires et religieux ont été identifiés comme des ressources essentielles. « *Quand une famille est dans le besoin, les voisins se cotisent. Ce n'est pas beaucoup, mais ça montre qu'on n'est pas seuls.* » (Femme, club des mères, Sabouardounia).

Les groupes de femmes ont été décrits comme des espaces privilégiés de partage et d'entraide : « *Quand je suis triste, je viens ici. On parle, on pleure ensemble parfois, mais on repart déchargées et plus légères.* » (Femme, club des mères, Tattafawa).

3.5. Mécanismes communautaires de réponse et chemins de recours

Le tableau IV présente les principaux mécanismes de réponse psychosociale mobilisés par les communautés en cas de détresse.

Tableau IV : Mécanismes communautaires de réponse psychosociale

Mécanisme communautaires	Réponse (Cités par 4 groupes)
Solliciter le soutien social/ communautaire	Cité dans tous les groupes
Prière	Cité dans tous les groupes
Lire (lecture des versets coraniques, etc.)	Cité dans tous les groupes
Partager ses soucis avec les amis/ confidents, etc.	Très fréquemment cité
Ecouter de la musique, la prêche, etc.	Très fréquemment cité
Rendre visite aux parents proches/ amis	Très fréquemment cité

Se confier aux leaders communautaires, religieux, coutumiers, etc.	Très fréquemment cité
Consulter les marabouts, les guérisseurs traditionnels	Très fréquemment cité
Voyager	Très fréquemment cité

Source : Auteurs

En cas de détresse, le premier recours se fait généralement au sein de la famille proche ou du voisinage : « *La première chose qu'on fait, c'est en parler à sa mère, à son frère, etc. Ils connaissent nos problèmes. Ils peuvent conseiller, nous proposer des issues.* » (Jeune-femme, groupe de Maimajé).

En l'absence d'amélioration, les personnes se tournent vers des leaders communautaires, des figures religieuses ou des groupes organisés : « *Le chef de village connaît tout le monde. Il peut réunir la famille, trouver une solution. Ou encore, les figures religieux, ou également les tradipraticiens constitue un important recours et ces derniers presque consultés pour n'importe quel besoin. Pour nous, c'est plus proche, plus accessible et souvent souvent les plus consultés que les centres de santé.* » (Leader communautaire, Halbaou).

Les services formels de santé sont rarement cités comme premier point de recours, en raison de leur éloignement et de la stigmatisation : « *Si on va à l'hôpital pour des problèmes de tête, les gens disent que tu es fou. On préfère aller chez le marabout, c'est plus discret.* » (Homme, club des maris, Sabouardounia).

4. Discussion

4.1. Mal-être et stress chroniques

Les résultats de cette étude mettent en évidence une détresse psychosociale largement liée aux conditions de vie quotidiennes plutôt qu'à des événements traumatiques ponctuels. L'insécurité alimentaire, la pauvreté persistante, les conflits familiaux et l'incertitude économique constituent les principaux facteurs de mal-être perçus par les participants. Ces observations rejoignent les travaux de Miller et Rasmussen (2010), qui soulignent que dans les contextes de crise prolongée, les daily stressors (stress quotidiens) sont des déterminants majeurs de la détresse psychosociale, souvent plus prédictifs que l'exposition directe à des événements traumatiques.

Cette configuration est cohérente avec les cadres de la santé mentale globale promus par l'OMS, qui reconnaissent que le mal-être psychosocial se situe sur un continuum allant de réactions normales face à l'adversité à des troubles mentaux nécessitant une prise en charge spécialisée. Les résultats de cette étude illustrent empiriquement cette conceptualisation : la majorité des formes de souffrance rapportées relèvent de réactions adaptatives à des conditions de vie difficiles, plutôt que de pathologies psychiatriques sévères.

Les verbatim recueillis témoignent d'une expérience vécue où les dimensions émotionnelle (tristesse, anxiété), physique (troubles du sommeil, fatigue) et sociale (repli, conflits) sont étroitement imbriquées, conformément aux approches holistiques de la santé mentale communautaire (IASC, 2007).

4.2. Ressources communautaires et résilience

Malgré la prégnance des facteurs de stress, les communautés de Maimoudjia disposent de ressources endogènes de résilience. Les réseaux familiaux et de voisinage, les groupes de femmes, les leaders communautaires et religieux constituent des points d'appui essentiels. Ces résultats confirment les travaux de Tol et al. (2011) qui montrent que, dans de nombreux contextes humanitaires, les mécanismes communautaires constituent le premier point de recours en cas de détresse psychosociale.

Toutefois, nos résultats révèlent une spécificité sahélienne. La place prépondérante des leaders religieux et des tradipraticiens, qui sont consultés en priorité par rapport aux services de santé formels, en raison de leur accessibilité géographique et de leur moindre stigmatisation. Une configuration qui invite à repenser l'articulation entre ressources endogènes et exogènes dans les modèles de prise en charge.

La forte mobilisation de ces mécanismes endogènes est cohérente avec les approches préconisées par l'IASC (2007) et l'OMS (2015), qui reconnaissent le rôle central des communautés dans les contextes où les services spécialisés sont insuffisants. Les participants ont eux-mêmes identifié des stratégies de renforcement de la résilience (entraide, sensibilisation, recours aux leaders) qui s'inscrivent dans une logique de promotion du bien-être psychosocial, premier niveau de la pyramide IASC.

L'absence de recours aux services formels de santé comme premier point d'entrée, évoquée par plusieurs participants, souligne à la fois l'accessibilité limitée de ces services (éloignement

géographique) et les barrières socioculturelles (stigmatisation, méconnaissance). Ce constat renforce la pertinence des approches fondées sur la communauté, telles que celles développées par la FICR (2018), qui privilégient l'action de proximité par des volontaires communautaires formés aux premiers secours psychologiques et au soutien psychosocial de base. Une revue récente confirme l'efficacité de ces approches en contexte humanitaire, en soulignant la nécessité de les adapter aux contextes culturels du sahel (Ventevogel et al., 2023). Par ailleurs, Kienzler et al., (2024) soulignent, dans leur analyse des enjeux de la SMSPS au sahel, le renforcement des capacités locales et l'intégration de la santé mentale dans les politiques sectorielles constituent des défis majeurs pour les années à venir.

4.3.Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner. D'une part, elle repose sur une approche qualitative menée dans une zone géographique limitée (17 villages de la localité de Maimoudjia), ce qui restreint la généralisation des résultats à d'autres contextes. D'autre part, les données ont été collectées exclusivement par discussions de groupe, une méthode qui peut être influencée par des dynamiques de groupe et des normes sociales affectant l'expression individuelle. Certains sujets sensibles, comme les violences basées sur le genre, ont pu être moins abordés en groupe que lors d'entretiens individuels.

L'analyse des discussions a permis d'identifier plusieurs mécanismes communautaires de réponse psychosociale. En cas de détresse, le premier recours se fait généralement au sein de la famille proche ou du voisinage. En l'absence d'amélioration, les personnes concernées se tournent vers des leaders communautaires, des figures religieuses ou des groupes organisés (groupes de femmes, comités locaux).

Conclusion

Cette étude qualitative menée dans la localité de Maimoudjia met en évidence l'ampleur du mal-être psychosocial vécu par les communautés dans un contexte de vulnérabilité chronique marqué par l'insécurité alimentaire, la pauvreté, les chocs climatiques récurrents et les tensions sociales. Les résultats montrent que ce mal-être s'inscrit dans une dynamique cumulative de stress quotidiens, affectant simultanément les dimensions émotionnelle, physique et sociale du bien-être.

Malgré ces contraintes, les communautés disposent de mécanismes endogènes de résilience et de soutien psychosocial, fondés sur la solidarité familiale, les réseaux communautaires et le rôle des leaders locaux. Ces mécanismes constituent les principaux chemins de recours en cas de détresse, particulièrement dans un contexte où l'offre formelle de services de santé mentale demeure limitée. L'étude souligne ainsi la pertinence des approches de santé mentale et de soutien psychosocial fondées sur la communauté pour prévenir l'aggravation de la détresse et renforcer la résilience individuelle et collective.

Au regard des résultats, plusieurs recommandations peuvent être formulées :

- Renforcer les mécanismes communautaires existants en soutenant les structures locales de solidarité et en valorisant le rôle des leaders communautaires et religieux dans la promotion du bien-être psychosocial ;
- Poursuivre et élargir le renforcement des capacités des agents et volontaires communautaires en matière de SMSPS, notamment à travers la formation continue aux approches fondées sur la communauté et aux premiers secours psychologiques ;
- Intégrer systématiquement la composante SMSPS dans les programmes sectoriels (santé sexuelle et reproductive, protection, sécurité alimentaire), afin de garantir une prise en compte transversale des besoins psychosociaux ;
- Améliorer les mécanismes de référencement communautaire, en renforçant les liens entre acteurs communautaires et services de santé formels, pour assurer une orientation appropriée des cas nécessitant une prise en charge spécialisée ;
- Renforcer la prévention des violences basées sur le genre et l'accompagnement psychosocial des survivantes, en tenant compte des normes socioculturelles locales et en favorisant des espaces sûrs et accessibles pour les femmes et les filles.

Cette étude contribue à la documentation des mécanismes communautaires de réponse en contexte sahélien. Elle confirme, sur le plan théorique, la pertinence du modèle des *Daily Stressors* (Miller & Rasmussen, 2010) et de l'approche communautaire (IASC, 2007 ; FICR, 2018). D'un point de vue méthodologique, elle illustre l'intérêt des approches qualitatives participatives pour explorer des sujets sensibles dans des contextes où les données sont rares, comme celui du Niger.

En somme, les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives. Des études complémentaires, intégrant des approches mixtes (qualitatives et quantitatives), permettraient de mieux mesurer la prévalence et l'évolution du mal-être psychosocial dans les communautés rurales du Niger. Par ailleurs, l'évaluation de l'impact des interventions de SMSPS fondées sur la communauté contribuerait à documenter les bonnes pratiques et à renforcer l'évidence scientifique en contexte humanitaire.

Sur le plan opérationnel, le renforcement durable des capacités locales, l'intégration de la SMSPS dans les politiques et programmes sectoriels, ainsi que la promotion de mécanismes communautaires de protection constituent des leviers essentiels pour améliorer le bien-être psychosocial des populations vivant dans des contextes de vulnérabilité chronique.

Références bibliographies

- ActuNiger. (2023). *Niger : Rapport sur la situation humanitaire dans la région de Zinder*. Niamey: ActuNiger.
- Belmont Report. (1979). *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2016). Interventions for children affected by war: An ecological perspective on psychosocial support and mental health. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(2), 70-83.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR). (2018). *L'approche communautaire de la santé mentale et du soutien psychosocial : Guide opérationnel*. Genève: FICR.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, *5*(1), 80-92.
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4th ed.). London : Sage Publications.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, *18*(1), 59-82.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC.
- Kienzler, H., et al. (2024). Mental health and psychosocial support in the Sahel: challenges and perspectives. *Conflict and Health*.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, *70*(1), 7-16.
- Ministère de l'Action Humanitaire (MAH). (2024). *Rapport annuel sur les inondations au Niger : Bilan 2024*. Niamey : République du Niger, Ministère de l'Action Humanitaire.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action*

Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.

Genève: OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). *Ethical issues in mental health research in humanitarian settings*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *mhGAP community toolkit: Field test version*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) & Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Genève: OMS.

Patel, V. (2003). *Where there is no psychiatrist: A mental health care manual*. London: Gaskell.

Patel, V., Boyce, N., Collins, P. Y., Saxena, S., & Horton, R. (2011). A renewed agenda for global mental health. *The Lancet*, *378*(9801), 1441-1442.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, *392*(10157), 1553-1598.

Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). London: Sage Publications.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., ... & van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *The Lancet*, *378*(9802), 1581-1591.

Ventevogel, P., et al. (2023). Community-based mental health in humanitarian settings: a Scopingreview. *Intervention*.