



وزارة الصحة
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et Lutte contre les addictions 2026-2030



البرنامج الوطني للصحة النفسية
ومحاربة الإدمان
PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ MENTALE
ET DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

L'élaboration de la présente Stratégie a été rendue possible grâce à l'appui conjoint des partenaires techniques, financiers et des partenaires privés.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à travers ses trois niveaux — le Siège, le Bureau régional et le Bureau pays — a assuré, auprès du Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA), un accompagnement technique continu et déterminant tout au long du processus d'élaboration.

Le Programme National d'Éducation pour la Santé (PNEPS) a également contribué de manière significative à l'appui technique du processus.

Les partenaires techniques et financiers et les partenaires privés ont apporté un soutien substantiel et une contribution significative au processus d'élaboration de la présente Stratégie, notamment : Agence Française de Développement (AFD), Croix-Rouge française, Croissant-Rouge Mauritanien, ENABEL, Ibn Sina, Kosmos Energy, Laborex, Medipole, Memisa, Terre des hommes Lausanne, Union européenne (UE) et UNICEF.



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	8
RÉSUMÉ EXECUTIF	10
1. CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS	12
1.1. Contexte démographique et géographique	12
1.2. Contexte socio-économique	12
1.3. Organisation administrative	12
1.4. Aperçu du système de santé mauritanien	12
2. ANALYSE DE SITUATION DE LA SANTE MENTALE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS	14
2.1. Analyse de la situation mondiale	14
2.2. Analyse de la situation régionale	15
2.3. Analyse de la situation en Mauritanie	16
2.3.1. Gouvernance	16
2.3.2. Profil épidémiologique	18
2.3.3. Ressources humaines spécialisées	19
2.3.4. Médicaments et intrants	21
2.3.6. Système d'information sanitaire en santé mentale (surveillance et suivi-évaluation)	24
2.3.7. Communication et prévention	25
2.3.8. Financement de la santé mentale et lutte contre les addictions et partenariat	25
2.3.9. Santé mentale en milieux spécifiques	26
2.4. Analyse de rentabilité des investissements en santé mentale et lutte contre les addictions	27
2.5. Analyse FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces)	29
3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2026–2030	30
3.1. Alignement avec les politiques nationales et internationales	30
3.2. Vision de la SNIMSMLA	30
3.3. Mission de la SNIMSMLA	30
3.4. Principes directeurs	31
3.5. Objectif général	32
3.6. Axes et objectifs stratégiques	32
4. COORDINATION, PARTENARIAT ET MISE EN ŒUVRE	34
4.1. Architecture institutionnelle	34

4.2.	Rôles et responsabilités des acteurs clés	34
4.3.	Mise en œuvre	35
4.4.	Théorie du changement	37
4.5.	Plan d'action et chronogramme.....	38
5.	PLAN BUDGETAIRE	48
5.1.	Objet du plan budgétaire.....	48
5.2.	Méthodologie de chiffrage	48
5.3.	Enveloppe budgétaire globale	48
5.4.	Financement de la stratégie	48
6.	CADRE DE SUIVI-EVALUATION	49
6.1.	Gestion et atténuation des risques	57
7.	STRATEGIE DE COMMUNICATION	58
7.1.	Contexte et justification	58
7.2.	Objectifs de la Stratégie de communication	58
7.3.	Approche stratégique	58
7.4.	Analyse des publics cibles.....	59
7.5.	Canaux et outils de communication.....	60
7.6.	Planification et mise en œuvre.....	61
7.7.	Cadre logique – Communication santé mentale et lutte contre les addictions.....	61
7.8.	Plan d'activités – Communication santé mentale et addictions	62
7.9.	Suivi et évaluation	63
7.10.	Budget détaillé par activité (2026–2030).....	64
ANNEXE		66
1.	INTERVENTIONS CIBLANT LES RÉFUGIÉS, MIGRANTS ET AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES.....	66
2.	MATRICE OPÉRATIONNELLE DES PARTENAIRES PAR AXE STRATÉGIQUE.....	67
3.	APPROCHE ET METHODOLOGIE ADOPTEE POUR L'ELABORATION DU PRESENT PLAN	70
4.	CADRE LOGIQUE, CHRONOGRAMME ET BUDGET	72
		74

PREFACE

La santé mentale constitue aujourd'hui un pilier essentiel du bien-être des populations et du développement durable des nations. Longtemps restée en marge des priorités sanitaires, elle s'impose désormais comme une composante incontournable de toute politique de santé publique moderne, inclusive et équitable.



En Mauritanie, les défis liés à la santé mentale et aux addictions sont réels et multiformes. Ils s'inscrivent dans un contexte marqué par des transitions démographiques et épidémiologiques rapides, des vulnérabilités socio-économiques persistantes, ainsi que des crises humanitaires et sanitaires récurrentes. Ces facteurs contribuent à accroître la prévalence des troubles mentaux, des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, et à exacerber les inégalités d'accès à des services de qualité.

Conscient de ces enjeux, le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie, à travers le Ministère de la Santé et le Programme National de Santé Mentale et Lutte contre les Addictions, a engagé l'élaboration de la présente **Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions**. Ce document traduit une volonté politique forte de placer la santé mentale et la lutte contre les addictions au cœur de l'action publique, en adoptant une approche holistique, fondée sur les droits humains, l'équité, et l'inclusion sociale.

Cette stratégie repose sur une vision claire : celle d'un système de santé capable de garantir à chaque citoyen un accès équitable à des services de santé mentale et d'addictologie de qualité, intégrés aux soins de santé primaires, tout en promouvant la prévention, la détection précoce, la prise en charge globale et la réhabilitation psychosociale.

Sa spécificité réside dans son caractère résolument multisectoriel, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, notamment les forces armées, la défense, les secteurs de l'éducation, de la justice, des affaires sociales, de la jeunesse, ainsi que les partenaires techniques et financiers, les sociétés savantes et la société civile. Une telle approche est indispensable pour répondre efficacement aux déterminants complexes de la santé mentale et des addictions.

Nous appelons l'ensemble des parties prenantes à une mobilisation collective et soutenue pour la mise en œuvre effective de cette stratégie, gage d'un impact durable sur la santé et le bien-être des populations.

Ensemble, engageons-nous à bâtir une Mauritanie où la santé mentale est reconnue, protégée et promue comme un droit fondamental pour tous.

Ministre de la Santé
Thiam Tidjani

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Thiam Tidjani', written over a horizontal line.

REMERCIEMENTS

L'élaboration de la **Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions 2026-2030** a été rendue possible grâce à l'engagement et à la contribution active de nombreuses institutions, experts et partenaires œuvrant pour l'amélioration de la santé mentale et la lutte contre les addictions en Mauritanie.

Le Ministère de la Santé exprime sa profonde reconnaissance :

- Aux différents départements ministériels impliqués, notamment le Ministère de l'Éducation et de la Réforme du Système d'Enseignement, le Ministère de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Famille, le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Autonomisation de la Jeunesse, de l'Emploi, des Sports et du Service Civique, le Ministère de l'Intérieur, de la Décentralisation et du Développement Local, ainsi que le Ministère des Affaires Islamiques et de l'Enseignement Originel, pour leur engagement et leur contribution essentielle à l'élaboration d'une réponse intégrée, multisectorielle et centrée sur les déterminants sociaux de la santé mentale et de la lutte contre les addictions ;
- Aux Forces de Défense et de Sécurité, notamment l'Armée nationale, la Gendarmerie nationale, la Police nationale et la Douane, pour leur engagement dans l'intégration des enjeux de santé mentale et de lutte contre les addictions dans leurs missions, en particulier dans les contextes sécuritaires, humanitaires et pénitentiaires ;
- Aux directions centrales et régionales de la santé, au SAMU, à la CAMEC, à la CNAM, au CHS, au PNEPS, aux programmes, aux structures sanitaires et aux professionnels de santé pour leur participation active et leurs apports essentiels ;
- A la société savante de psychiatrie, les associations professionnelles et les organisations de la société civile pour leur engagement dans les consultations nationales ;
- Aux partenaires techniques et financiers, dont le soutien a été déterminant ;
- À l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à travers son Bureau pays, son Bureau régional et son Siège, pour son accompagnement technique, méthodologique et stratégique constant tout au long du processus d'élaboration de cette Stratégie ;
- Et enfin, à l'ensemble des experts nationaux et internationaux, notamment Dr Lilya Oubraham, dont le dévouement et l'expertise ont permis d'aboutir à ce document stratégique.

Que chacune et chacun trouve ici l'expression de notre profonde gratitude pour sa contribution à l'avancement d'une santé mentale accessible, inclusive et durable, et au renforcement de la prévention, de la prise en charge et de la lutte contre les addictions en Mauritanie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

Acronyme	Signification
ADD	Trouble du déficit de l'attention (Attention Deficit Disorder)
ADHD / TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
AFD	Agence Française de Développement
AGR	Activités Génératrices de Revenus
ANSADE	Agence Nationale de la Statistique et de l'Analyse Démographique et Économique
BAD	Banque Africaine de Développement
CAF	Chargé Administratif et Financier
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicaments, Équipements et Consommables Médicaux
CCS	Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (Country Cooperation Strategy)
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CMHAP	Comprehensive Mental Health Action Plan
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CRF	Croix-Rouge Française
CRM	Croissant-Rouge Mauritanien
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DHIS2	District Health Information Software 2
DPE	Direction de la Promotion de l'Éducation
DRS	Direction Régionale de la Santé
EASE	Early Adolescent Skills for Emotions
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FBP	Financement Basé sur la Performance
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme
IDH	Indice de Développement Humain
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MASEF	Ministère de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Famille
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
MNT	Maladies Non Transmissibles
MRU	Ouguiya Mauritanienne
NEET	Not in Employment, Education or Training
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS-AFRO	Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office National de la Statistique
OSC	Organisation de la Société Civile
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PBF	Peacebuilding Fund / Fonds pour la Consolidation de la Paix
PM+	Problem Management Plus
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEPS	Programme National d'Éducation pour la Santé
PNSM	Plan National de Santé Mentale
PNSMLA	Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions
PNSMN	Programme National de Santé Mentale et de Neurologie
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public-Privé
SNIMSMLA	Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions
PTSD	Trouble de Stress Post-Traumatique
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
QualityRights	Initiative de l'OMS pour les Droits Humains en Santé Mentale
RH	Ressources Humaines
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDG	Sustainable Development Goals
SM	Santé Mentale
SMSPS	Santé Mentale et Soutien Psychosocial
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TdR	Termes de Référence
ToT	Training of Trainers / Formation des Formateurs
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	Dollar des États-Unis
VBG	Violences Basées sur le Genre
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène
WHO-AIMS	WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems

RÉSUMÉ EXECUTIF

La **Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions 2026–2030** constitue le premier cadre stratégique national de la Mauritanie dédié au développement d'une réponse coordonnée, intégrée et durable en matière de santé mentale et de lutte contre les addictions. Élaborée sous le leadership du Ministère de la Santé, à travers le Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA), avec l'appui technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de nombreux partenaires techniques et financiers, elle s'inscrit dans les priorités de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021–2030, du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013–2030 et des Objectifs de Développement Durable.

Au-delà de son rôle stratégique, ce document constitue le cadre national de référence pour la planification, la coordination, la mise en œuvre et le suivi des interventions en santé mentale et en lutte contre les addictions. Il établit une vision commune et un mécanisme de gouvernance permettant d'assurer la cohérence des actions menées par les institutions publiques, les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile, le secteur privé et les communautés.

La stratégie répond à une charge croissante des troubles mentaux, des addictions et des souffrances psychosociales en Mauritanie, exacerbée par la pauvreté, les inégalités territoriales, les crises humanitaires, les déplacements de populations, la stigmatisation et les insuffisances du système de santé. Malgré les progrès récents, notamment le renforcement institutionnel du PNSMLA, le pays demeure confronté à des défis majeurs : pénurie de ressources humaines spécialisées, forte centralisation des services, faible intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, accès limité aux médicaments psychotropes essentiels, faiblesse des systèmes d'information sanitaire et financement insuffisant.

La vision de la stratégie est qu'à l'horizon 2030, toute personne vivant en Mauritanie bénéficie d'un accès équitable à des services de santé mentale et de prise en charge des addictions de qualité, intégrés, accessibles, résilients et respectueux des droits humains. Sa mission est de renforcer durablement le système national à travers une approche multisectorielle et centrée sur la personne, couvrant la promotion de la santé mentale, la prévention, le dépistage précoce, la prise en charge, la réhabilitation psychosociale et l'inclusion communautaire.

Dotée d'un budget estimé à **157 811 924 MRU** (environ **4,37 millions USD**) pour la période 2026–2030, la stratégie s'articule autour de huit axes stratégiques :

- renforcer la gouvernance et la coordination multisectorielle ;
- intégrer et décentraliser les services de santé mentale dans les soins de santé essentiels ;
- développer des ressources humaines qualifiées et équitablement réparties sur le territoire ;
- améliorer la disponibilité des médicaments psychotropes, des équipements et des infrastructures ;
- renforcer les systèmes d'information, le suivi-évaluation et la recherche ;
- assurer un financement durable et innovant ;

- promouvoir la santé mentale, prévenir les troubles mentaux et les addictions, et lutter contre la stigmatisation ;
- développer des réponses adaptées aux contextes humanitaires et aux populations vulnérables, notamment les migrants, les réfugiés, les jeunes, les femmes et les personnes vivant dans les zones les plus exposées.

La stratégie adopte une approche fondée sur les droits humains, l'équité, le genre, la participation communautaire et l'intégration des services. Elle prévoit notamment le déploiement des outils **mhGAP** de l'OMS, le renforcement des compétences des prestataires de première ligne, la mise en œuvre d'interventions communautaires fondées sur des données probantes, telles que **PM+** et **EASE**, ainsi qu'une mobilisation renforcée des secteurs de l'éducation, de la protection sociale, de la justice, de la sécurité, de la jeunesse, des affaires islamiques et de l'enseignement originel, aux côtés des leaders communautaires et traditionnels.

À travers cette stratégie, la Mauritanie affirme son ambition de faire de la santé mentale une priorité nationale de développement, de cohésion sociale et de résilience. En renforçant les services, en réduisant la stigmatisation et en mobilisant l'ensemble des secteurs de la société, le pays se dote d'une feuille de route ambitieuse pour améliorer durablement le bien-être de sa population et contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et des Objectifs de Développement Durable.

POURQUOI INVESTIR AUJOURD'HUI DANS LA SANTÉ MENTALE ?

La santé mentale : un investissement stratégique pour le développement durable de la Mauritanie

Investir dans la santé mentale ne constitue pas uniquement une réponse aux besoins sanitaires ; il s'agit d'un **investissement stratégique** en faveur du développement humain, de la croissance économique et de la stabilité nationale. Les troubles mentaux et les addictions affectent la réussite scolaire, l'employabilité, la productivité, la cohésion sociale et la sécurité des communautés. À l'inverse, des services de santé mentale accessibles, intégrés et de qualité permettent d'améliorer le capital humain, de réduire les dépenses de santé à long terme, de favoriser l'inclusion sociale et de renforcer la résilience des populations face aux crises. La présente stratégie traduit la volonté de la Mauritanie de faire de la santé mentale un pilier de son développement durable, conformément aux Objectifs de Développement Durable, à la Couverture Sanitaire Universelle et au Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013–2030.



Photo de famille lors du lancement des travaux d'élaboration de la SNIMSMLA – Avril 2026 - © MS

1.1. Contexte démographique et géographique

La Mauritanie, pays sahélien d'une superficie de 1 030 700 km², se caractérise par un territoire majoritairement désertique, influençant fortement la distribution de la population et l'accessibilité aux services de santé. La population est estimée à 5,3 millions d'habitants en 2026¹, avec un taux de croissance annuel de 3,7 %², traduisant une dynamique démographique soutenue. La densité moyenne reste faible (4,5 habitants/km²³), mais masque de fortes disparités, avec une concentration de plus d'un tiers de la population à Nouakchott. La structure démographique est dominée par une population jeune (41 % de moins de 15 ans⁴), avec une fécondité élevée (4,6 enfants par femme⁵). Par ailleurs, près de 45 % de la population vit en milieu rural ou nomade⁶, posant des défis majeurs en termes d'accès équitable aux services de santé, notamment dans les zones enclavées.

1.2. Contexte socio-économique

Malgré d'importantes ressources naturelles et un potentiel économique croissant, la Mauritanie demeure confrontée à des défis de développement humain, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,540, la classant au 159^e rang sur 193 pays. Le PIB par habitant est estimé à 2 200 USD, avec de fortes inégalités territoriales et sociales. La pauvreté touche encore 28 % de la population, avec une prévalence plus élevée en milieu rural (44 %⁷). Le chômage demeure une préoccupation majeure, particulièrement chez les jeunes et les femmes. Selon les estimations nationales, le taux de chômage des jeunes est supérieur à 20 %, tandis que la proportion de jeunes n'étant ni en emploi, ni en éducation, ni en formation (NEET) atteint environ 36,7 %, avec des disparités importantes entre les sexes (54,8 % chez les femmes contre 24,6 % chez les hommes).

1.3. Organisation administrative

Le pays est structuré en 15 wilayas et 63 moughataas, constituant le cadre de mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle décentralisée. Les besoins en santé sont répartis de manière inégale sur le territoire national : les wilayas les plus peuplées concentrent une forte demande de services, tandis que les régions les plus vastes, enclavées et faiblement desservies font face à d'importantes difficultés d'accès aux soins, accentuant les disparités territoriales en matière de santé. Nouakchott constitue le principal pôle de référence nationale, concentrant l'essentiel de l'offre spécialisée.

1.4. Aperçu du système de santé mauritanien

Le système de santé mauritanien repose sur une organisation pyramidale à quatre niveaux (communautaire, départemental, régional et national).

¹ ANSADE 2026, <https://ansade.mr/>

² Ibidem

³ ANSADE 2025

⁴ EDS2019- 2021

⁵ Ibidem

⁶ ANSADE 2025

⁷ ANSADE 2019

Malgré les réformes engagées dans le cadre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, le système de santé demeure confronté à des défis structurels qui affectent également le développement des services de santé mentale et de lutte contre les addictions. Il s'agit notamment de l'insuffisance et de la répartition inégale des ressources humaines, d'un financement public encore limité (environ 5 % du budget de l'État), d'une forte dépendance aux paiements directs des ménages et de disparités persistantes entre les zones urbaines et rurales en matière d'accès, de disponibilité et de qualité des soins.

SANTE MENTALE ET DEVELOPPEMENT NATIONAL

La santé mentale constitue un déterminant transversal du développement. Elle influence directement les performances du système éducatif, la productivité économique, l'emploi des jeunes, la stabilité familiale, la sécurité publique et la cohésion sociale. Dans un contexte caractérisé par une population jeune, une urbanisation rapide, des défis liés au chômage et des crises humanitaires récurrentes, le renforcement de la santé mentale représente un investissement essentiel pour consolider le capital humain de la Mauritanie.



2.1. Analyse de la situation mondiale

La santé mentale et la lutte contre les addictions constituent aujourd'hui une des priorités majeures de santé publique à l'échelle mondiale, en raison de l'ampleur croissante des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances, de leur contribution significative à la charge globale de morbidité et d'incapacité, ainsi que de leurs impacts sanitaires, sociaux et économiques sur les individus, les familles et les sociétés.

Face à cette situation, l'Organisation mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, qui appelle les États Membres à engager des réformes systémiques fondées sur les droits humains, l'équité, la participation communautaire et l'approche multisectorielle. Ce Plan d'action met l'accent sur quatre orientations stratégiques complémentaires : le renforcement du leadership et de la gouvernance en santé mentale et en matière d'addictions ; le développement de services complets, intégrés, accessibles et de proximité, notamment à travers l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires ; la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, des comportements addictifs et du suicide, en agissant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux ; et le renforcement des systèmes d'information, de la recherche et du suivi-évaluation afin d'éclairer les politiques publiques et mesurer les progrès accomplis.

Concernant spécifiquement les addictions, l'OMS reconnaît l'usage nocif de l'alcool, des drogues, des médicaments détournés de leur usage médical, ainsi que d'autres formes émergentes d'addictions comportementales, comme des facteurs majeurs de morbidité, de mortalité prématurée, de violence, d'exclusion sociale, de déscolarisation, de chômage et de vulnérabilité économique. Les troubles liés à l'usage de substances sont étroitement associés à de nombreux problèmes de santé physique et mentale, notamment les troubles dépressifs et anxieux, les psychoses, les traumatismes, les infections transmissibles, les accidents de la route, les violences interpersonnelles et les comportements suicidaires.

Le Plan d'action mondial souligne ainsi la nécessité de développer des politiques nationales intégrées de prévention, de réduction des risques, de dépistage précoce, de traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale des personnes souffrant d'addictions. Il encourage également les États à renforcer les cadres législatifs et réglementaires relatifs aux substances psychoactives, à lutter contre le trafic et la consommation de drogues, à promouvoir des environnements protecteurs pour les enfants et les jeunes, et à mettre en œuvre des interventions communautaires fondées sur des données probantes.

Le Plan d'action global de l'OMS souligne également la nécessité de dépasser une approche exclusivement biomédicale pour adopter une approche biopsychosociale. Il encourage la mise en œuvre d'interventions psychosociales, communautaires et multisectorielles, impliquant notamment les secteurs de l'éducation, de la protection sociale, de la justice, de l'emploi, de la jeunesse, de la sécurité et de l'action humanitaire, afin d'apporter une réponse globale aux déterminants de la santé mentale et des addictions. Il souligne également l'importance de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de protéger les droits et la dignité des personnes

vivant avec des troubles mentaux ou des addictions, et de garantir un accès équitable à des soins de qualité, y compris pour les populations vulnérables et exposées à des contextes de crise. Dans cette perspective globale, l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux stratégiques multisectoriels constituent un levier central recommandé par l'OMS pour traduire les engagements internationaux en actions concrètes, adaptées aux contextes nationaux. Ces plans permettent d'assurer une réponse coordonnée associant prévention, promotion de la santé, prise en charge sanitaire et psychosociale, réhabilitation, réinsertion socio-économique et mobilisation communautaire des personnes affectées par les troubles mentaux et les addictions. Ils contribuent ainsi à renforcer le capital humain, la cohésion sociale, la sécurité des communautés et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030.

2.2. Analyse de la situation régionale

Dans la région africaine, la santé mentale demeure encore insuffisamment priorisée, alors même que les besoins sont élevés et aggravés par la pauvreté, les crises humanitaires, les mobilités forcées, les violences basées sur le genre, le chômage des jeunes, les usages nocifs de substances et la faiblesse des systèmes de protection sociale.

Consciente de cette situation, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait de la santé mentale l'une des priorités de son action dans la Région africaine à travers le **Cadre régional pour la mise en œuvre de la Stratégie d'action global pour la santé mentale 2013–2030**, ainsi que les orientations stratégiques de Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique visant à renforcer l'intégration de la santé mentale, de la santé neurologique et de la prise en charge des addictions dans les systèmes de santé. Ces orientations encouragent notamment l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires, le renforcement des ressources humaines, la disponibilité des médicaments essentiels, le développement des systèmes d'information et la promotion des droits humains des personnes vivant avec des troubles mentaux.

Parallèlement, la lutte contre les addictions est devenue une préoccupation croissante dans la Région africaine en raison de l'augmentation de la consommation de substances psychoactives, notamment l'alcool, le tabac, le cannabis, les médicaments détournés de leur usage thérapeutique et d'autres drogues illicites. Cette situation touche particulièrement les jeunes et les populations vulnérables, avec des conséquences importantes sur la santé physique et mentale, la réussite scolaire, l'employabilité, la cohésion sociale, la sécurité publique et le développement économique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique encourage les États Membres de la Région africaine à mettre en œuvre des approches intégrées fondées sur des données probantes, associant prévention, réduction des risques, dépistage précoce, traitement, réadaptation et réinsertion sociale des personnes vivant avec des troubles liés à l'usage de substances. Le rapport d'analyse situationnelle réalisé en novembre 2025⁸ souligne que la Mauritanie s'inscrit dans des constats largement observés dans les pays à revenu faible et intermédiaire, avec des services très centralisés, un faible nombre de spécialistes, une disponibilité irrégulière des médicaments psychotropes et une insuffisante prise en compte de la santé mentale dans les systèmes d'information sanitaire. Il rappelle également que des

⁸ Analyse de la situation de la santé mentale en Mauritanie dans le cadre de la mission d'appui à l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, Erick Mukala Mayoyo (MSc, MPH, PhD), Consultant, Memisa Belgique, et Achour Ait Mohand (MD, MPH), Psychiatre, Expert en santé mentale, Enabel Burundi, novembre 2025.

expériences régionales menées au Rwanda, au Burundi, en RDC et plus récemment en Guinée montrent qu'une intégration progressive de la santé mentale dans les soins de santé primaires, fondée sur le mhGAP, la délégation des tâches, la supervision formative et l'approvisionnement en intrants essentiels, est faisable et pertinente dans les contextes africains. Ces expériences démontrent également qu'une approche intégrée associant santé mentale et lutte contre les addictions permet d'améliorer l'accès aux soins, de réduire la stigmatisation, de renforcer la détection précoce des troubles liés à l'usage de substances et de favoriser la continuité des soins au niveau communautaire.

LA MAURITANIE, UNE OPPORTUNITÉ DE LEADERSHIP REGIONAL

Grâce au renforcement récent du Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions, à l'élaboration de cette première stratégie nationale intégrée multisectorielle et à l'engagement croissant du Gouvernement, la Mauritanie dispose aujourd'hui d'une **opportunité unique** pour devenir une référence régionale en matière d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et de développement d'approches multisectorielles adaptées aux contextes sahéliens.

En outre, les estimations données dans le rapport indiquent que la prévalence des troubles mentaux en Mauritanie en 2023 se rapproche de la moyenne régionale estimée à 15 %, ce qui confirme que le pays s'inscrit dans une dynamique régionale de charge élevée et de besoins croissants.

Les tendances observées dans plusieurs pays africains révèlent également une augmentation préoccupante des comportements addictifs, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes, soulignant l'urgence de renforcer les politiques publiques, les interventions préventives et les mécanismes de coordination multisectorielle pour répondre efficacement à ces défis émergents.

2.3. Analyse de la situation en Mauritanie⁹

2.3.1. Gouvernance

En Mauritanie, la santé mentale et la lutte contre les addictions font désormais l'objet d'un engagement politique renforcé, se traduisant par leur intégration progressive dans les priorités nationales de santé et de développement. Le Plan National de Développement Sanitaire 2021–2030 reconnaît explicitement la santé mentale, les troubles neurologiques et les addictions comme des défis croissants de santé publique, et recommande leur intégration progressive dans les soins de santé primaires ainsi que la décentralisation de leur prise en charge.

La prise en compte officielle de la lutte contre les addictions en 2024 et l'évolution du Programme National de Santé Mentale et Neurologique¹⁰ vers le **Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA)** ont marqué une avancée institutionnelle majeure pour le pays. Cette réforme a marqué une évolution importante du mandat du Programme national, qui couvre désormais la santé mentale, la neurologie ainsi que la prévention, la prise en charge et la coordination multisectorielle des réponses aux addictions. Elle traduit la volonté des

⁹ Ibidem.

¹⁰ Le Programme National de Santé Mentale et de Neurologie (PNSMN) existait antérieurement au sein du Ministère de la Santé. La réorganisation institutionnelle intervenue en 2024 a conduit à l'élargissement de son mandat et à son évolution vers le Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA), afin de mieux prendre en compte les enjeux croissants liés aux addictions et à leurs conséquences sanitaires et sociales.

pouvoirs publics de promouvoir une approche plus intégrée de la santé mentale et de la lutte contre les addictions, en réponse à l'évolution des besoins de la population. Cette évolution du mandat s'accompagne de nouveaux besoins en matière de capacités institutionnelles, de ressources humaines, de moyens techniques et de ressources financières afin de permettre au Programme d'assurer pleinement ses missions. À ce jour, le PNSMLA dispose d'une équipe centrale composée essentiellement d'un Coordinateur national et d'un Chef du service de la planification, de la formation et de la coopération extérieure. Au regard de l'élargissement de son mandat et de la diversité de ses missions, cette configuration met en évidence la nécessité de renforcer progressivement les capacités institutionnelles et les ressources humaines du Programme. Un tel renforcement permettrait de consolider ses fonctions de planification stratégique, de coordination multisectorielle, de suivi-évaluation, de mobilisation des ressources, de renforcement des capacités, de supervision des interventions et d'appui aux structures régionales.

En outre, malgré les progrès institutionnels enregistrés ces dernières années, la gouvernance de la santé mentale et de la lutte contre les addictions continue de se consolider afin de répondre aux enjeux croissants du secteur. Les consultations et réflexions conduites lors de l'atelier national d'élaboration de la présente Stratégie ont mis en évidence plusieurs axes prioritaires de renforcement ¹¹. Ceux-ci concernent notamment le développement de la coordination multisectorielle, la consolidation du cadre juridique et réglementaire, le maintien d'un engagement politique durable à tous les niveaux, ainsi que le renforcement de l'opérationnalisation des interventions aux niveaux régional et périphérique.

Les données de l'enquête HHFA 2025 illustrent les défis qui subsistent en matière d'opérationnalisation des orientations nationales. En effet, seulement 8 % des structures de santé disposent de directives nationales relatives à la prise en charge des troubles mentaux et neurologiques. Cette faible disponibilité des documents normatifs au niveau des établissements de santé met en évidence la nécessité de poursuivre les efforts visant à diffuser les référentiels nationaux et à renforcer leur appropriation par les prestataires de première ligne, afin de traduire les orientations stratégiques en pratiques harmonisées sur l'ensemble du territoire.

SANTÉ MENTALE, GOUVERNANCE ET COHESION SOCIALE

La santé mentale dépasse le seul secteur sanitaire. Elle constitue un facteur déterminant de cohésion sociale, de prévention des violences, de résilience communautaire et de consolidation de la paix. Une gouvernance multisectorielle efficace contribuera à renforcer la stabilité sociale, particulièrement dans les zones vulnérables, frontalières et à forte mobilité des populations.

¹¹ Du 20 au 24 avril 2026, le Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA), avec l'appui technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres partenaires, a organisé avec succès un atelier national consacré à l'élaboration de la présente Stratégie. Cet atelier a réuni plus de 55 participants issus de différents ministères, institutions publiques, partenaires techniques et financiers, organisations de la société civile et experts nationaux. Les résultats et recommandations issus des travaux de cet atelier ont contribué de manière significative à l'enrichissement de la présente Stratégie, en permettant de consolider l'analyse situationnelle, d'identifier les priorités stratégiques nationales, de définir les axes d'intervention et de renforcer l'approche multisectorielle nécessaire à la promotion de la santé mentale et à la lutte contre les addictions en Mauritanie.

Par ailleurs, l'analyse situationnelle a mis en évidence l'opportunité de renforcer le cadre législatif et réglementaire relatif à la santé mentale et à la lutte contre les addictions. Un tel cadre permettrait de consolider la protection des droits des personnes vivant avec des troubles mentaux ou des addictions, d'améliorer l'organisation des soins, de préciser les responsabilités des différents acteurs et de renforcer la qualité ainsi que la redevabilité des interventions. Ainsi, si la santé mentale et la lutte contre les addictions bénéficient aujourd'hui d'une reconnaissance politique croissante et d'un engagement institutionnel renforcé, des efforts supplémentaires demeurent nécessaires pour traduire cette dynamique en dispositifs normatifs, stratégiques, institutionnels et financiers durables, capables de soutenir le développement progressif d'un système de soins accessible, équitable et résilient.

2.3.2. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique de la santé mentale en Mauritanie met en évidence une charge de morbidité élevée, croissante et encore largement sous-estimée. Une enquête multicentrique en population¹² générale réalisée en 2003 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans plusieurs pays, dont la Mauritanie, avait déjà mis en évidence l'importance de la charge des troubles mentaux dans le pays. Les résultats rapportaient qu'environ 35 % des personnes interrogées présentaient au moins un trouble psychique, dont 20 % des troubles anxieux et 19 % des troubles de l'humeur, soulignant ainsi l'ampleur des besoins en matière de prévention, de prise en charge et de soutien psychosocial.

Les données actuellement disponibles, notamment celles de l'enquête HHFA 2025, montrent que l'épilepsie constitue le principal motif de consultation et de prise en charge des affections neurologiques et des troubles mentaux au niveau périphérique. Ce constat a également été largement partagé lors des travaux de l'atelier national d'élaboration de la présente Stratégie. Il convient toutefois de l'interpréter avec prudence. En effet, cette situation reflète en partie les limites du système national d'information sanitaire, dans lequel l'épilepsie figure parmi les rares affections neurologiques et de santé mentale faisant l'objet d'une collecte systématique de données dans les structures de santé. Dès lors, sa place prépondérante dans les statistiques sanitaires ne traduit pas nécessairement une fréquence plus élevée que celle des autres troubles mentaux ou des troubles liés à l'usage de substances. Elle s'explique également par une couverture encore limitée des indicateurs de santé mentale et des addictions ainsi que par les pratiques actuelles de collecte et d'enregistrement des données.

LES JEUNES AU CŒUR DE LA STRATEGIE

Plus de quatre Mauritaniens sur dix ont moins de quinze ans. Cette dynamique démographique représente une **opportunité exceptionnelle de développement** mais également un défi majeur. Les troubles mentaux débutent fréquemment avant l'âge de vingt-cinq ans et les addictions touchent particulièrement les **adolescents et les jeunes adultes**. Investir précocement dans la promotion de la santé mentale, la prévention des addictions et les compétences psychosociales constitue un investissement direct dans le capital humain du pays.

¹² Enquête multicentrique en population générale réalisée en 2003 dans le cadre du programme de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la santé mentale et la santé des populations. Les résultats pour la Mauritanie ont été rapportés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS-AFRO) et constituent l'une des premières sources de données populationnelles sur la santé mentale dans le pays.

Par ailleurs, l'estimation de la charge réelle des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances demeure limitée par plusieurs facteurs, notamment le sous-diagnostic, la sous-déclaration, la somatisation fréquente des troubles psychiques, la stigmatisation qui entoure ces affections, ainsi que l'intégration encore partielle des indicateurs de santé mentale et de lutte contre les addictions dans les systèmes d'information sanitaire.

2.3.3. Ressources humaines spécialisées

La disponibilité des ressources humaines spécialisées en santé mentale demeure très limitée en Mauritanie et constitue l'un des principaux défis au développement de services accessibles, équitables et de qualité. Selon le *Mental Health Atlas 2024* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le pays dispose de **0,2 psychiatre, 0,1 psychologue et 0,4 infirmier spécialisé en santé mentale pour 100 000 habitants**, soit un total d'environ **0,7 professionnel de santé mentale pour 100 000 habitants**.

Ces effectifs traduisent une capacité encore limitée du système de santé à répondre aux besoins croissants de la population en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge, de réadaptation et de suivi des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances. Ils soulignent également la nécessité de poursuivre les efforts de renforcement des ressources humaines, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, afin de développer des équipes multidisciplinaires compétentes et de favoriser une meilleure couverture des services sur l'ensemble du territoire national.

Le *Mental Health Atlas 2024* met également en évidence la faible disponibilité d'autres catégories de professionnels spécialisés, notamment les psychologues, et l'insuffisance des équipes multidisciplinaires, pourtant essentielles à la mise en œuvre d'une approche biopsychosociale, communautaire et centrée sur la personne, conformément aux recommandations de l'OMS.

Catégorie de professionnels	Densité (pour 100 000 habitants)
Psychiatres	0,2
Psychologues	0,1
Infirmiers spécialisés en santé mentale	0,4
Total des professionnels de santé mentale	0,7

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Mental Health Atlas 2024 – Profil pays : Mauritanie*.

Au-delà de la faible disponibilité des professionnels spécialisés, les capacités des structures de soins de santé primaires en matière de santé mentale et de lutte contre les addictions demeurent limitées. Les prestataires de première ligne disposent encore de peu de compétences pour l'identification précoce, l'évaluation, la prise en charge initiale, l'accompagnement et le suivi des personnes vivant avec des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'usage de substances. Les consultations menées dans le cadre de l'élaboration de la présente Stratégie, ainsi que les résultats de l'enquête HHFA 2025, mettent en évidence un besoin important de renforcement des capacités, notamment à travers la formation initiale et continue, l'encadrement clinique, la supervision formative et la diffusion d'outils et de protocoles standardisés. Elles soulignent également les défis liés à l'insuffisance des ressources humaines, à leur répartition inégale sur le territoire et à l'absence de mécanismes structurés de développement des compétences et d'accompagnement des équipes.

Les résultats de l'enquête HHFA 2025 confirment les besoins de renforcement des compétences des personnels de santé. Parmi les 24 structures déclarant offrir des services de santé mentale et/ou de neurologie, seulement 25 % disposent d'au moins un membre du personnel ayant bénéficié d'une formation sur le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux au cours des deux années précédant l'enquête. Ce résultat met en évidence les marges de progression en matière de formation continue et souligne la nécessité de renforcer durablement les compétences des équipes intervenant dans la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances.

L'offre de soins spécialisés demeure principalement concentrée à Nouakchott. Le Centre des Spécialités de Nouakchott, principal établissement public de référence en psychiatrie depuis 1990, dispose d'une capacité d'hospitalisation d'environ 20 lits. L'Hôpital militaire de Nouakchott propose également des consultations spécialisées en psychiatrie et en neurologie, contribuant au renforcement de l'offre de soins spécialisés dans la capitale. Malgré ces capacités, l'accès à des services spécialisés reste limité dans les autres wilayas, soulignant la nécessité de poursuivre la décentralisation de l'offre de soins et le renforcement des capacités des structures régionales et des soins de santé primaires.

Ainsi, les défis liés aux ressources humaines en santé mentale et dans la lutte contre les addictions ne se limitent pas à la disponibilité de professionnels spécialisés. Ils concernent également le développement et le maintien des compétences, la répartition géographique des ressources, l'attractivité et la fidélisation des professionnels, ainsi que la mise en place de mécanismes de supervision, de mentorat et d'accompagnement des pratiques cliniques. Répondre à ces enjeux est indispensable pour garantir la qualité, la continuité et l'équité des services sur l'ensemble du territoire national.

UNE APPROCHE INNOVANTE BASEE SUR LE TRANSFERT DE COMPETENCES

Compte tenu de la faible disponibilité de spécialistes, la stratégie privilégie une approche de délégation des tâches conformément aux recommandations de l'OMS. À travers le déploiement du programme mhGAP, les professionnels des soins de santé primaires, les agents communautaires et les équipes multidisciplinaires pourront assurer des interventions de qualité, sous supervision spécialisée.



2.3.4. Médicaments et intrants

La disponibilité continue des médicaments psychotropes essentiels constitue une condition indispensable à l'intégration effective de la santé mentale et de la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires. En Mauritanie, l'approvisionnement en médicaments psychotropes demeure confronté à plusieurs défis, notamment une disponibilité encore limitée, une distribution irrégulière et des disparités entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation affecte la continuité des soins et limite la capacité des structures de santé, en particulier au niveau périphérique, à assurer une prise en charge adaptée des personnes vivant avec des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'usage de substances.

Les résultats de l'enquête HHFA 2025 apportent, pour la première fois, des données représentatives sur la disponibilité des médicaments psychotropes dans les structures de santé du pays. Parmi les établissements déclarant offrir des services de santé mentale et/ou de neurologie, le score moyen de disponibilité des médicaments psychotropes essentiels est de **22 %**, traduisant une disponibilité encore limitée de ces traitements.

Disponibilité des psychotropes essentiels (HHFA 2025, n=24 structures)

Indicateur	National	Urbain	Rural	Source
Structures offrant services santé mentale (SM) /neurologique	2 %	6 %	1 %	HHFA 2025
Structures avec services pour les troubles mentaux (hospitalisation)	1 %	2 %	0 %	HHFA 2025
Services SM par agents communautaires	0 %	0 %	0 %	HHFA 2025
Score moyen capacité opérationnelle SM	21 %	—	—	HHFA 2025
Disponibilité directives nationales SM	8 %	—	—	HHFA 2025
Personnel formé sur troubles mentaux (2 ans)	25 %	—	—	HHFA 2025
Disponibilité antiépileptiques	67 %	—	—	HHFA 2025
Disponibilité antipsychotiques	33 %	—	—	HHFA 2025
Disponibilité antidépresseurs	13 %	—	—	HHFA 2025
Disponibilité médicaments troubles bipolaires/TOC	13 %	—	—	HHFA 2025
Disponibilité médicaments addictions/Parkinson	8 %	—	—	HHFA 2025

L'analyse par classe thérapeutique met en évidence d'importantes disparités. Les antiépileptiques constituent la catégorie la plus disponible, avec une présence dans **67 %** des structures offrant des services de santé mentale et/ou de neurologie. À l'inverse, les antipsychotiques ne sont disponibles que dans **33 %** des structures, les antidépresseurs dans **13 %**, tandis que les médicaments destinés à la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances et de la maladie de Parkinson ne sont présents que dans **8 %** des établissements.

Les consultations menées dans le cadre de l'élaboration de la présente Stratégie ont également mis en évidence plusieurs contraintes affectant la chaîne d'approvisionnement, notamment la planification des besoins, la quantification des consommations, les mécanismes d'approvisionnement, le stockage, la distribution ainsi que le suivi des stocks de médicaments psychotropes, en particulier aux niveaux régional et périphérique. Ces difficultés contribuent à la

VERS UNE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

L'accès aux médicaments psychotropes essentiels constitue une composante fondamentale de la Couverture Sanitaire Universelle. Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement contribuera à réduire les inégalités territoriales et financières d'accès aux traitements.

survenue de ruptures d'approvisionnement et à des disparités dans la disponibilité des traitements entre les structures de santé.

Dans ce contexte, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicaments psychotropes essentiels constitue une priorité. Il implique une amélioration de la planification des besoins, des mécanismes d'approvisionnement et de distribution, ainsi que des systèmes de gestion des stocks, afin de garantir une disponibilité continue des traitements prioritaires à tous les niveaux du système de santé, conformément aux orientations de l'OMS et aux objectifs d'intégration de la santé mentale et de la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires.

2.3.5. Analyse des inégalités d'accès aux soins de santé mentale et lutte contre les addictions

En Mauritanie, les inégalités d'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les addictions demeurent importantes et résultent de facteurs géographiques, organisationnels, structurels, socio-économiques et socioculturels qui limitent l'accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

L'offre de services spécialisés reste principalement concentrée à Nouakchott et dans quelques centres urbains. Les régions rurales, éloignées, frontalières et à contexte humanitaire sont confrontées à des contraintes d'accès liées à l'éloignement des structures de soins, à la faiblesse des infrastructures, aux difficultés de transport et à la disponibilité limitée de ressources humaines qualifiées.

Les données de l'enquête HHFA 2025 illustrent l'ampleur de ces disparités. Parmi les 1 086 structures de santé évaluées, seulement 2 % déclarent offrir des services de santé mentale et/ou de neurologie. Ces services sont principalement concentrés dans les hôpitaux régionaux (29 %) et les cliniques privées (20 %). À l'inverse, aucun hôpital de moughataa, poste de santé ou agent de santé communautaire évalué ne déclare offrir de services de santé mentale ou de prise en charge des troubles liés à l'usage de substances. Cette situation limite fortement les possibilités de dépistage précoce et de prise en charge de proximité.

Les disparités territoriales sont également marquées entre les wilayas, avec une concentration de l'offre à Nouakchott (21 %), à Tiris Zemmour (13 %) et à Dakhlet Nouadhibou (8 %), tandis que plusieurs wilayas du sud et de l'est du pays (Gorgol, Adrar, Tagant, Inchiri et Hodh El Gharbi) ne disposent d'aucune structure déclarant offrir ces services.

Offre de services de santé mentale par wilaya (HHFA 2025) :

Wilaya	SM/Neurol.	Tr. mentaux	Neurolog.	Hospit. TM
Nouakchott	21 %	15 %	19 %	12%
Dakhlet Nouadhibou	8 %	8 %	8 %	0 %
Tiris Zemmour	13 %	0 %	13 %	0 %
Guidimakha	4 %	1 %	1 %	1 %
Hodh El Chargui	1 %	1 %	1 %	1 %

Assaba / Brakna / Trarza	2 %	0-1 %	0-1 %	0 %
Gorgol / Adrar / Tagant / Inchiri/Hodh El Garbi	0 %	0 %	0 %	0 %

Au-delà de la disponibilité des services, les capacités diagnostiques demeurent insuffisamment développées. En dehors des niveaux spécialisés, les compétences en matière d'identification, d'évaluation et de prise en charge des troubles mentaux et des addictions restent limitées, en lien avec l'intégration encore partielle de la santé mentale dans les soins de santé primaires, la faible diffusion de protocoles standardisés et l'insuffisance de supervision clinique régulière.

Les prestataires de soins rapportent des difficultés à différencier les troubles mentaux des plaintes somatiques, contribuant au sous-diagnostic, aux retards de prise en charge et à des orientations parfois inadaptées. Les mécanismes de référence et de contre-référence demeurent peu structurés, ce qui affecte la continuité des soins entre les niveaux communautaire, primaire, secondaire et spécialisé.

Les consultations menées dans le cadre de l'élaboration de la présente Stratégie soulignent la nécessité de renforcer les capacités diagnostiques à travers l'approche mhGAP, l'utilisation progressive d'outils standardisés de dépistage et d'orientation, ainsi que le développement d'approches transdiagnostiques permettant une prise en charge intégrée des symptômes communs à plusieurs troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances. Ces approches apparaissent particulièrement adaptées dans un contexte de ressources limitées, où la polyvalence des prestataires et l'intégration des services constituent des leviers essentiels pour améliorer l'accès et la qualité des soins.

Les inégalités d'accès sont également d'ordre socio-économique. Les ménages les plus vulnérables supportent une part importante des coûts directs et indirects liés au recours aux soins, dans un contexte où la couverture financière des services de santé mentale demeure limitée.

L'enquête HHFA 2025 met en évidence une contribution relativement plus importante des structures privées et associatives dans l'offre de services de santé mentale (ONG : 8 % ; secteur privé lucratif : 5 %), comparativement aux structures publiques (2 %), traduisant le rôle encore limité du financement public dans ce domaine.

SANTÉ MENTALE ET ÉQUITÉ

La présente stratégie adopte une approche fondée sur l'équité afin de garantir que les populations les plus vulnérables — notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap, les réfugiés, les migrants et les populations nomades — puissent accéder à des services adaptés, culturellement acceptables et financièrement accessibles.

Les inégalités d'accès sont également influencées par des facteurs socioculturels qui conditionnent la perception des troubles mentaux et des addictions, les comportements de recours aux soins et l'acceptabilité des interventions. La stigmatisation, les représentations sociales négatives, la peur de l'exclusion sociale et la méconnaissance des possibilités de prise en charge contribuent fréquemment au retard ou à l'absence de recours aux services de santé formels.

Dans de nombreuses communautés, les troubles mentaux et les comportements addictifs sont interprétés selon des référentiels culturels, spirituels ou moraux, pouvant être associés à des causes surnaturelles ou mystiques. Ces représentations influencent fortement les trajectoires thérapeutiques des personnes concernées.

Dans ce contexte, la prise en charge repose largement sur des acteurs communautaires, religieux et traditionnels, notamment les imams, oulémas, mourchidat, médiateurs religieux et guérisseurs traditionnels. Présents sur l'ensemble du territoire, y compris dans les zones les plus éloignées des services spécialisés, ces acteurs jouent un rôle important de premier recours et d'orientation, en raison de leur proximité sociale et de leur forte légitimité communautaire.

Les constats issus de l'atelier national de l'élaboration de la présente Stratégie confirment que les principaux défis du système concernent la faible intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, l'insuffisance de l'offre communautaire structurée, le recours tardif aux soins et les fortes inégalités territoriales. Ces éléments confirment que l'amélioration de l'accès constitue l'un des axes majeurs de développement du système de santé mentale et de lutte contre les addictions en Mauritanie.

2.3.6. Système d'information sanitaire en santé mentale (surveillance et suivi-évaluation)

Le système national d'information sanitaire constitue un enjeu majeur pour le développement de la santé mentale et de la lutte contre les addictions en Mauritanie. Bien que la plateforme DHIS2 soit déployée au niveau national, l'intégration des indicateurs de santé mentale y demeure limitée et incomplète, ce qui réduit la capacité du système à produire des données régulièrement exploitables pour la planification et le suivi des interventions. Les données disponibles sont souvent incomplètes, sous-notifiées ou intégrées dans d'autres catégories cliniques, ne permettant pas de refléter de manière suffisamment précise la réalité des besoins et de l'offre de services.

Dans ce contexte, l'enquête HHFA 2025 constitue une contribution importante à l'amélioration de la disponibilité des données sur l'offre de services de santé mentale et de neurologie. Elle fournit pour la première fois un référentiel national sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services dans les structures de santé. Toutefois, elle ne couvre pas de manière spécifique les services liés à la prévention, à la prise en charge et au suivi des troubles liés à l'usage de substances, ce qui limite la compréhension globale de ce domaine.

L'absence d'évaluation spécifique de la santé mentale, de la neurologie et des addictions dans l'enquête SARA 2018 illustre par ailleurs la faible intégration historique de ces thématiques dans les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. En comparaison, l'HHFA 2025 constitue une avancée importante en établissant une première ligne de base sur la disponibilité des services de santé mentale, bien que les données relatives aux addictions restent encore très limitées.

Les travaux de l'atelier national d'élaboration de la présente Stratégie ont mis en évidence trois principaux défis : la visibilité insuffisante de la santé mentale et des addictions dans les systèmes d'information, l'absence d'harmonisation des outils de collecte et la faible utilisation des données pour la planification, le plaidoyer et la prise de décision. Ces contraintes limitent la surveillance épidémiologique, la programmation des interventions, le suivi des performances du système de santé et la mobilisation de ressources fondées sur des données probantes.

2.3.7. Communication et prévention

La communication, la prévention et la mobilisation communautaire dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les addictions demeurent insuffisamment structurées. La sensibilisation limitée des communautés, la persistance de la stigmatisation et la connaissance encore insuffisante des troubles mentaux, des addictions et des options de prise en charge constituent des obstacles importants au recours précoce aux services de santé. Dans ce contexte, les personnes concernées et leurs familles peuvent hésiter à solliciter une prise en charge formelle, voire retarder l'accès aux soins en raison de la peur de la stigmatisation, du rejet social ou des conséquences perçues sur la réputation familiale. Les représentations culturelles, sociales et spirituelles des troubles mentaux et des addictions continuent également d'influencer les trajectoires thérapeutiques, conduisant fréquemment à un recours initial à des alternatives communautaires, traditionnelles ou spirituelles avant l'orientation vers les structures de santé.

Les résultats de l'enquête HHFA 2025 confirment la faiblesse de l'ancrage communautaire des services de santé mentale. Aucune des structures de santé évaluées (0 %) ne déclare offrir de services de santé mentale et de soutien psychosocial à travers des agents de santé communautaires, quelle que soit la région ou le niveau de la pyramide sanitaire. Cette absence d'offre communautaire structurée traduit un déficit d'intégration de la santé mentale dans les stratégies de prévention, de promotion de la santé et de prise en charge de proximité. Elle contribue également à limiter la demande effective de services, en l'absence de mécanismes accessibles d'information, d'orientation et de premier contact au niveau communautaire.

Les travaux de l'atelier national d'élaboration de la présente Stratégie ont identifié la stigmatisation sociale, la faible demande de services et les représentations socioculturelles comme des contraintes majeures à l'utilisation des services de santé mentale. Dans ce contexte, l'approche communautaire, pourtant reconnue comme un levier essentiel pour améliorer l'accès et progresser vers la couverture sanitaire universelle, demeure insuffisamment structurée et faiblement intégrée dans les dispositifs actuels de réponse en santé mentale et en lutte contre les addictions.

2.3.8. Financement de la santé mentale et lutte contre les addictions et partenariat

Le financement de la santé mentale et de la lutte contre les addictions demeure limité au regard de l'ampleur du fardeau sanitaire, social, économique et sécuritaire associé à ces problématiques. Historiquement, ces domaines ont été faiblement intégrés dans les priorités de financement du secteur de la santé, avec une forte dépendance aux ressources extérieures et aux appuis des partenaires techniques et financiers, ce qui limite la prévisibilité et la durabilité des interventions.

Une avancée importante a toutefois été enregistrée en 2024 avec le renforcement du Programme national de santé mentale et de lutte contre les addictions (PNSMLA), accompagné de l'inscription,

LE SECTEUR PRIVE, PARTENAIRE STRATEGIQUE

Le secteur privé constitue un acteur majeur du développement de la santé mentale en Mauritanie. Les entreprises, les industries extractives, les banques, les compagnies d'assurance, les opérateurs de télécommunications et les fondations disposent d'un potentiel important pour soutenir les interventions de prévention, de promotion de la santé mentale, de bien-être au travail, de réhabilitation psychosociale et de développement des services communautaires dans le cadre de leur responsabilité sociétale.

pour la première fois, d'une ligne budgétaire dédiée au sein du budget du Ministère de la Santé. Cette évolution traduit un engagement institutionnel croissant en faveur du développement du secteur, même si les ressources actuellement allouées demeurent encore modestes au regard des besoins identifiés et nécessitent un renforcement progressif.

Les travaux de l'atelier national d'élaboration de la présente Stratégie ont mis en évidence plusieurs défis persistants, notamment le niveau insuffisant de financement, la faible priorisation budgétaire, la dépendance aux financements extérieurs et l'absence de mécanismes innovants de financement durable. Ces contraintes affectent la prévisibilité des ressources, limitent la planification à moyen et long terme et contribuent aux inégalités d'accès aux services.

Dans ce contexte, le pays bénéficie néanmoins d'une dynamique partenariale favorable, marquée par l'engagement de plusieurs partenaires techniques et financiers, qui accompagnent le renforcement progressif des capacités nationales en santé mentale et en lutte contre les addictions et plusieurs partenaires privés. Cette mobilisation constitue une opportunité importante, mais elle devra être mieux coordonnée autour d'une stratégie nationale claire, d'une ligne budgétaire dédiée et d'un mécanisme de financement durable.



Célébration de la Journée Mondiale de la Santé Mentale, Oct 2025 - © Butterfly

2.3.9. Santé mentale en milieux spécifiques

Certains contextes et populations nécessitent des réponses adaptées et différenciées en matière de santé mentale et de lutte contre les addictions. Il s'agit notamment des établissements scolaires et universitaires, des mahadras, des milieux pénitentiaires, des services d'urgence et du SAMU, des dispositifs de prise en charge des addictions, ainsi que des contextes humanitaires, migratoires et des zones exposées aux crises. Les épidémies, les catastrophes, les déplacements forcés de populations, les situations d'urgence de santé publique ainsi que les effets du changement climatique constituent également des facteurs de risque majeurs de détresse

psychologique, de troubles mentaux et de comportements addictifs, tout en augmentant les besoins en soutien psychosocial et en continuité des soins.

Les travaux de l'atelier national d'élaboration de la présente Stratégie ont mis en évidence plusieurs défis persistants, notamment l'absence ou l'insuffisance de dispositifs structurés de santé mentale et de lutte contre les addictions dans les milieux éducatifs, universitaires et pénitentiaires, la faible formalisation de la prise en charge des urgences psychiatriques et psychosociales, l'intégration encore limitée des services de lutte contre les addictions dans les parcours de soins, ainsi qu'une coordination insuffisante entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice, de la jeunesse, des affaires sociales, de la sécurité et de l'action humanitaire. Ces contraintes contribuent à des discontinuités dans les parcours de soins et à une prise en charge insuffisamment continue des personnes les plus vulnérables, notamment en situation de détention, d'urgence, de déplacement, de déscolarisation ou d'exclusion sociale.

LES FEMMES ET LES ADOLESCENTES : UNE PRIORITE STRATEGIQUE POUR LA SANTE MENTALE EN MAURITANIE

Les femmes et les adolescentes sont exposées à des facteurs de risque spécifiques qui les rendent **particulièrement vulnérables** aux troubles de la santé mentale tout au long de leur parcours de vie. Les inégalités de genre, les violences basées sur le genre (VBG), les mariages précoces, les grossesses chez les adolescentes, les difficultés socio-économiques, les déplacements forcés et les crises humanitaires peuvent avoir des répercussions importantes sur leur bien-être psychologique et leur accès aux services de santé.

La période périnatale constitue également une étape critique. Les troubles mentaux survenant pendant la grossesse et après l'accouchement, notamment la dépression et l'anxiété périnatales ainsi que la psychose du post-partum, restent largement sous-diagnostiqués alors qu'ils peuvent compromettre la santé de la mère, le développement de l'enfant, les interactions précoces mère-enfant et la stabilité familiale.

Les violences basées sur le genre représentent un déterminant majeur de la santé mentale. Les femmes et les filles survivantes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques présentent un risque accru de dépression, d'anxiété, de syndrome de stress post-traumatique, de consommation de substances psychoactives et de comportements suicidaires. Une réponse intégrée, coordonnée entre les secteurs de la santé, de la justice, de la protection sociale et des services communautaires, est indispensable afin d'assurer une prise en charge globale, confidentielle et centrée sur les survivantes.

Dans cette perspective, la présente Stratégie accorde une attention particulière au renforcement de la promotion de la santé mentale des femmes et des adolescentes, à l'intégration systématique du dépistage des troubles mentaux dans les services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile, au développement du soutien psychosocial pendant la grossesse et le post-partum, ainsi qu'au renforcement des capacités des professionnels de santé pour identifier précocement et prendre en charge les troubles mentaux périnataux et les conséquences psychologiques des violences basées sur le genre.

Cette approche contribuera à améliorer la santé et le bien-être des femmes, à favoriser un développement optimal de l'enfant, à renforcer les familles et à promouvoir une **société plus équitable, résiliente et inclusive**.

2.4. Analyse de rentabilité des investissements en santé mentale et lutte contre les addictions

L'investissement dans la santé mentale et la lutte contre les addictions en Mauritanie présente une forte rentabilité sanitaire, sécuritaire, sociale et économique. Les troubles mentaux constituent déjà une cause majeure d'incapacité dans le pays. Selon les estimations du Global Burden of Disease, le taux d'années vécues avec incapacité (YLDs) attribuables aux troubles

mentaux est passé de 1 399,87 pour 100 000 habitants en 2014 à 1 943,30 pour 100 000 habitants en 2023, soit une augmentation de près de 39 % en moins de dix ans. Cette progression témoigne d'un poids croissant des troubles mentaux sur la qualité de vie, la productivité, les performances scolaires, l'inclusion sociale et la participation économique des populations. Au-delà des coûts directs pour le système de santé, les troubles mentaux et les addictions génèrent des coûts indirects considérables liés à l'absentéisme, à la baisse de productivité, au décrochage scolaire, au chômage, à la dépendance économique, aux violences, à la criminalité, aux accidents et à la charge supportée par les familles et les aidants.

À l'échelle mondiale, l'OMS estime que la dépression et l'anxiété entraînent chaque année une perte de productivité équivalente à plus de 1 000 milliards de dollars américains. À l'inverse, chaque dollar investi dans le traitement de la dépression et de l'anxiété génère en moyenne un retour sur investissement de quatre dollars grâce à l'amélioration de la santé et de la capacité productive des personnes concernées. Ces résultats sont particulièrement pertinents pour la Mauritanie, où une population jeune, un taux élevé de chômage et des vulnérabilités sociales persistantes renforcent les conséquences économiques des troubles mentaux et des addictions.

L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires constitue l'option la plus efficiente. Elle permet d'utiliser le réseau existant, de réduire les coûts d'accès pour les populations, de limiter l'aggravation des troubles, de prévenir les complications et d'éviter une surcharge du niveau spécialisé. Les interventions identifiées lors de l'atelier — intégration SMSPS dans les soins primaires, dépistage précoce, offres communautaires de proximité, formation continue, supervision formative, disponibilité des psychotropes essentiels, intégration des indicateurs dans le DHIS2 et mobilisation communautaire — figurent parmi les interventions de santé publique les plus coût-efficaces documentées au niveau international.

Dans les contextes humanitaires, migratoires, éducatifs, pénitentiaires et d'urgence, une réponse précoce en santé mentale et soutien psychosocial contribue également à réduire les conséquences sociales, sécuritaires et sanitaires de la détresse psychique. Au-delà du retour sur investissement économique, ces investissements produisent un gain substantiel en bien-être, en dignité, en inclusion sociale, en résilience communautaire et en cohésion sociale. Plusieurs analyses nationales et internationales soulignent les liens étroits entre santé mentale, addictions, cohésion sociale et stabilité. Les situations de vulnérabilité sociale, le chômage des jeunes, l'exclusion, les violences, les trafics illicites, la criminalité organisée, ainsi que les risques de radicalisation et de recrutement par des groupes violents peuvent constituer à la fois des facteurs de risque et des conséquences des troubles mentaux et des addictions.

Dans ce contexte, le renforcement de la santé mentale et la prévention des addictions apparaissent non seulement comme des priorités de santé publique, mais également comme des investissements stratégiques en faveur de la cohésion sociale, de la résilience communautaire, de la prévention de la violence et de la stabilité et sécurité du pays.

2.5. Analyse FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces)

ANALYSE SWOT		ÉLÉMENTS CLES
Forces	• Existence du Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA) sous le leadership du Ministère de la Santé. • Appui technique continu de l'OMS et engagement croissant des partenaires techniques et financiers. • Reconnaissance progressive de la santé mentale comme priorité de santé publique nationale. • Lancement en 2025 du processus d'élaboration de la première Stratégie nationale intégrée multisectorielle de santé mentale et de lutte contre les addictions. • Réalisation d'une analyse situationnelle nationale et renforcement du dialogue multisectoriel. • Existence de mécanismes de coordination aux niveaux national et régional impliquant les autorités, les partenaires et la société civile. • Forte mobilisation nationale en 2025 à travers des campagnes de sensibilisation, consultations spécialisées, activités communautaires, conférences scientifiques et rencontres internationales. • Existence du Service Neuropsychiatrique de Nouakchott. • Création d'un Centre National d'Addictologie dont l'opérationnalisation est prévue prochainement. • Volonté gouvernementale de renforcer les infrastructures dédiées à la santé mentale et aux addictions. • Potentiel de développement de la télémédecine en psychiatrie. • Implication croissante des familles, des communautés, des leaders religieux et de la société civile.	
Faiblesses	• Insuffisance des ressources humaines spécialisées en santé mentale et addictions. • Forte concentration des services spécialisés à Nouakchott et inégalités territoriales importantes. • Intégration encore limitée de la santé mentale dans les soins de santé primaires. • Faibles capacités de dépistage précoce, de prise en charge communautaire et de suivi des patients. • Offre insuffisante de services spécialisés pour les addictions, la réhabilitation psychosociale et la réinsertion. • Persistance de la stigmatisation et recours tardif aux soins. • Faiblesse du système d'information sanitaire et de la recherche en santé mentale et addictions. • Données nationales limitées et insuffisamment actualisées pour guider les politiques publiques. • Financement encore insuffisant et forte dépendance aux partenaires extérieurs.	
Opportunités	• Finalisation, validation et mise en œuvre de la première Stratégie nationale intégrée multisectorielle de santé mentale et de lutte contre les addictions. • Existence d'un fort engagement politique national en faveur du secteur. • Alignement avec les priorités de l'OMS, de l'Union africaine, d'Africa CDC et des ODD. • Renforcement de la collaboration entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de la jeunesse, de la justice, de la protection sociale, des affaires religieuses et de l'emploi. • Déploiement progressif de l'approche mhGAP et intégration dans les soins de santé primaires. • Opérationnalisation prochaine du Centre National d'Addictologie. • Opportunités de mobilisation de financements nationaux et internationaux. • Développement de la télémédecine et des outils numériques pour élargir l'accès aux services. • Dynamique positive de mobilisation des institutions publiques, de la société civile, des sociétés savantes, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers.	
Menaces	• Prévalence élevée et potentiellement croissante des troubles mentaux et des addictions dans la population. • Pauvreté persistante et vulnérabilités socio-économiques importantes. • Chômage des jeunes, exclusion sociale et déscolarisation. • Violences basées sur le genre et violences interpersonnelles. • Augmentation de la consommation de substances psychoactives et émergence de nouveaux comportements addictifs. • Crises humanitaires, afflux de réfugiés et déplacements de populations. • Risques liés aux épidémies, urgences sanitaires et catastrophes. • Vulnérabilité accrue de certaines zones frontalières exposées aux trafics, à l'insécurité et aux tensions sociales. • Risque d'interruption ou de réduction des financements extérieurs affectant la continuité des interventions.	

3.1. Alignement avec les politiques nationales et internationales

La présente Stratégie s'inscrit pleinement dans les orientations nationales et les engagements internationaux de la Mauritanie en matière de santé, de développement humain et de cohésion sociale.

Au niveau national, elle est alignée sur la Politique nationale de santé, qui place le bien-être des populations, l'équité dans l'accès aux services et le renforcement du système de santé au cœur des priorités nationales. Elle contribue également à la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021–2030, qui reconnaît la santé mentale comme une composante essentielle de la santé et promeut une approche intégrée des soins fondée sur les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle et le renforcement de la résilience des communautés. Elle s'inscrit enfin dans la vision de développement portée par Son Excellence le Président de la République, Monsieur Mohamed Ould Cheikh El Ghazouani, notamment à travers son programme électoral « Mon ambition pour la patrie (MAPP) », qui vise à bâtir une Mauritanie plus inclusive, plus solidaire et plus résiliente, où le capital humain constitue le principal moteur du développement durable.

Au niveau international, la présente Stratégie est alignée sur le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013–2030, le Cadre régional de mise en œuvre de la santé mentale dans la Région africaine de l'OMS, ainsi que les directives et standards du Comité permanent interorganisations (IASC) en matière de santé mentale et de soutien psychosocial en situations d'urgence. Elle contribue également à l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD), notamment l'ODD 3 relatif à la santé et au bien-être, ainsi qu'aux ambitions de l'Agenda 2063 de l'Union africaine en matière de développement du capital humain, de cohésion sociale et de résilience des populations.

Par cet ancrage stratégique, la Stratégie vise à garantir la cohérence, la complémentarité et la durabilité des interventions, tout en facilitant la mobilisation des partenaires techniques et financiers autour d'une vision commune.

3.2. Vision de la SNIMSMLA

À l'horizon 2030, toute personne vivant en Mauritanie bénéficie d'un accès équitable à des services de santé mentale et de prise en charge des addictions intégrés, de qualité, accessibles, respectueux des droits humains et adaptés aux contextes socioculturels, communautaires et humanitaires.

3.3. Mission de la SNIMSMLA

La mission de la Stratégie nationale intégrée multisectorielle de santé mentale et de lutte contre les addictions (SNIMSMLA) est de renforcer de manière durable le système national de santé mentale et de prise en charge des addictions, à travers une approche multisectorielle, intégrée et centrée sur la personne. Elle vise à assurer la prévention, le dépistage, la prise en charge des troubles mentaux et des addictions, ainsi que la réhabilitation et la réinsertion sociale des personnes concernées.

3.4. Principes directeurs

La présente Stratégie repose sur un ensemble de principes directeurs qui intègrent explicitement les approches **Do No Harm** La présente Stratégie repose, la sensibilité aux conflits, le genre et l'approche intersectionnelle, l'éthique et la confidentialité selon les standards de l'OMS, la cohésion sociale et la participation communautaire, ainsi que la redevabilité et la qualité des services. Ces principes sont également conformes aux standards internationaux, notamment **QualityRights de l'OMS**, le cadre **IASC MHPSS**, les principes de **Protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA) des Nations Unies**, l'**approche fondée sur les droits humains (HRBA)**, ainsi que les approches de stabilisation et de cohésion sociale mises en œuvre en Mauritanie et dans la région du Sahel.

1. **Approche centrée sur la personne et fondée sur les droits humains** : Toutes les interventions mises en œuvre dans le cadre de la présente Stratégie respectent la dignité, l'autonomie, les choix et les droits fondamentaux des personnes vivant avec des troubles mentaux ou des addictions. Les personnes concernées, leurs familles et les communautés sont associées à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions. L'action publique vise le rétablissement, l'inclusion sociale et l'amélioration de la qualité de vie.
2. **Équité, inclusion et approche intersectionnelle du genre** : La Stratégie vise à réduire les inégalités d'accès aux services en tenant compte des vulnérabilités multiples liées au genre, à l'âge, au handicap, au statut socio-économique, au statut migratoire, à l'appartenance territoriale ou à toute autre forme d'exclusion. Une attention particulière est accordée aux femmes, aux enfants et adolescents, aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, aux personnes déplacées, réfugiées ou détenues, ainsi qu'aux populations vivant dans les zones rurales et éloignées.
3. **Approche sensible aux conflits et principe « Do No Harm »** : La mise en œuvre de la Stratégie s'appuie sur une approche sensible aux conflits visant à identifier, analyser et atténuer les risques de tensions pouvant être influencées par les interventions. Les actions mises en œuvre évitent toute aggravation des vulnérabilités, des inégalités, de la stigmatisation ou des tensions sociales. Une attention particulière est accordée aux contextes humanitaires, aux zones frontalières, aux communautés d'accueil, aux populations déplacées et aux groupes socialement vulnérables. Des mécanismes d'analyse et de gestion des risques sont intégrés à toutes les interventions.
4. **Éthique, confidentialité et protection des données** : L'ensemble des activités est conduit conformément aux principes éthiques de l'Organisation mondiale de la Santé. La confidentialité des informations personnelles et médicales, le consentement éclairé, la protection des données sensibles et le respect de la vie privée des bénéficiaires sont systématiquement garantis. Une vigilance particulière est assurée pour prévenir toute forme de stigmatisation individuelle ou collective liée à l'identité, l'origine, le genre, le lieu de résidence ou toute autre caractéristique personnelle.
5. **Multisectorialité et participation communautaire** : La santé mentale et la lutte contre les addictions relèvent de déterminants multiples dépassant le seul secteur de la santé. La Stratégie favorise une collaboration étroite entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de la jeunesse, de la justice, des affaires sociales, de l'emploi, des affaires islamiques, de

la sécurité et du développement local. Les leaders communautaires, religieux et coutumiers, les organisations de la société civile, les associations d'usagers et les familles sont reconnus comme des acteurs essentiels de la prévention, de la sensibilisation et de l'inclusion sociale.

6. **Qualité, redevabilité et amélioration continue** : Les interventions s'appuient sur des données probantes, les normes internationales et les bonnes pratiques adaptées au contexte mauritanien. La Stratégie promeut une culture de qualité, de transparence, de suivi-évaluation et d'apprentissage continu. Les mécanismes de redevabilité permettent de mesurer les résultats, d'orienter la prise de décision et de garantir une utilisation efficiente des ressources au bénéfice des populations.

3.5. Objectif général

Améliorer durablement la santé mentale et le bien-être psychosocial de l'ensemble de la population en Mauritanie, tout en accordant une attention particulière aux groupes en situation de vulnérabilité, à travers la mise en place d'un système intégré, accessible dès le niveau des soins primaires, équitable, résilient et fondé sur les droits humains, couvrant la prévention, la prise en charge et la réhabilitation des troubles mentaux et des addictions dans une approche multisectorielle.

3.6. Axes et objectifs stratégiques

N°	Axe stratégique	Objectif visé
1	Renforcement de la gouvernance et de la coordination multisectorielle	Renforcer le Programme national de santé mentale et de lutte contre les addictions à travers un dispositif de gouvernance institutionnel et d'un mécanisme de coordination multisectoriel
2	Intégration et la décentralisation des services dans les soins de santé essentiels	Intégrer la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires et structurer un parcours de soins continu, du communautaire au spécialisé
3	Développement de ressources humaines qualifiées et équitablement réparties	Former, renforcer, retenir et répartir les personnels nécessaires à la prise en charge de la santé mentale et lutte contre les addictions sur tout le territoire
4	Amélioration de la disponibilité des psychotropes, équipements et infrastructures	Garantir la disponibilité continue, accessible et sûre des psychotropes essentiels, des équipements et des infrastructures à tous les niveaux du système
5	Renforcement des systèmes d'information, du suivi-évaluation et de la recherche	Intégrer la santé mentale et la lutte contre les addictions dans le DHIS2, produire des données fiables et les utiliser pour piloter, plaider et décider
6	Financement durable et innovant	Mobiliser et pérenniser les ressources financières dédiées à la santé mentale et la lutte contre les addictions, en réduisant la dépendance aux financements extérieurs

N°	Axe stratégique	Objectif visé
7	Promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions, la prévention et la lutte contre la stigmatisation	Mobiliser et engager les communautés, les leaders religieux, les autorités coutumières, les associations communautaires et les praticiens de la médecine traditionnelle pour un changement des normes sociales et des comportements en lien avec la santé mentale et lutte contre les addictions ¹³
8	Déploiement de réponses adaptées dans les milieux spécifiques et humanitaires	Déployer des réponses différenciées et adaptées aux contextes et aux populations prioritaires où la santé mentale et la lutte contre les addictions requiert des approches dédiées, notamment les établissements scolaires et universitaires, les mahadras, les milieux pénitentiaires, les services d'urgence et le SAMU, ainsi que les contextes humanitaires et de déplacement de populations. ¹⁴ I

SANTÉ MENTALE, CHANGEMENT CLIMATIQUE ET RÉSILIENCE DES COMMUNAUTÉS

Les effets du changement climatique représentent un défi croissant pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations. En Mauritanie, les sécheresses récurrentes, les inondations, la désertification, l'insécurité alimentaire, la perte des moyens de subsistance ainsi que les déplacements de populations liés aux crises climatiques et humanitaires exercent une pression importante sur les individus, les familles et les communautés.

Ces événements peuvent entraîner une **augmentation** de la détresse psychologique, de l'anxiété, de la dépression, des troubles liés au stress, des violences intrafamiliales et de la consommation de substances psychoactives, en particulier chez les populations les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap, les réfugiés, les migrants et les communautés pastorales.

Face à ces défis, le renforcement de la résilience communautaire constitue une priorité stratégique. Il implique l'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les dispositifs de préparation, de réponse et de relèvement face aux urgences climatiques et sanitaires, le renforcement des capacités des professionnels de santé et des acteurs communautaires, ainsi que le développement de mécanismes de soutien psychosocial accessibles dans les zones les plus exposées.

¹³ Dans cette perspective, l'implication des leaders religieux, des autorités coutumières, des associations communautaires et des praticiens de la médecine traditionnelle apparaît comme un levier important pour renforcer l'acceptabilité sociale des interventions, diffuser des messages de prévention adaptés aux réalités locales et mobiliser les communautés autour de la promotion du bien-être mental. Leur contribution pourrait s'avérer particulièrement déterminante dans les campagnes de sensibilisation à la prévention des addictions auprès des jeunes hommes, des jeunes filles, des personnes âgées, ainsi que des populations vivant dans les zones rurales ou dans des contextes de vulnérabilité sociale et économique.

¹⁴ Une attention particulière sera accordée aux groupes les plus vulnérables, notamment les enfants et adolescents, les jeunes, les femmes, les personnes en situation de handicap, les personnes migrantes, réfugiées ou déplacées, ainsi que les populations vivant dans les zones rurales, frontalières et à forte vulnérabilité socio-économique. Le Plan reconnaît en particulier l'importance d'investir dans la santé mentale, le soutien psychosocial et la prévention des addictions auprès des jeunes exposés aux risques d'exclusion sociale, de déscolarisation, de chômage, de violence, de criminalité, de trafic ou de recrutement par des groupes extrémistes ou criminels. Les interventions seront adaptées aux réalités territoriales et contribueront au renforcement de la cohésion sociale, de la résilience communautaire et de la stabilité des zones les plus vulnérables.

La mise en œuvre de la Stratégie nationale intégrée multisectorielle de santé mentale et de lutte contre les addictions repose sur une architecture institutionnelle claire, une coordination multisectorielle fonctionnelle et une responsabilisation des acteurs à tous les niveaux. Elle vise à garantir la cohérence des interventions, à prévenir la fragmentation des initiatives, à renforcer la complémentarité entre les secteurs et à assurer un suivi régulier des progrès.

4.1. Architecture institutionnelle

L'architecture institutionnelle de la Stratégie est placée sous le leadership du Ministère de la Santé, à travers le Programme national de santé mentale et de lutte contre les addictions (PNSMLA), qui assure la coordination technique, la planification opérationnelle, le suivi de la mise en œuvre et la mobilisation des partenaires.

Un dispositif national de pilotage est renforcé afin d'assurer l'orientation stratégique, la coordination intersectorielle et la redevabilité. Il regroupe les ministères et institutions concernés, notamment la santé, l'éducation, la justice, les affaires sociales, la jeunesse, les forces armées, la sécurité et les finances, ainsi que les partenaires techniques et financiers, la société civile, les associations professionnelles, les représentants communautaires et, dans la mesure du possible, les représentants des usagers et des familles.

Au niveau régional, les Directions régionales de la santé (DRS) assurent la coordination déconcentrée de la mise en œuvre, en lien avec les autorités administratives, les structures sanitaires, les services sociaux, les établissements scolaires, les acteurs communautaires et les partenaires locaux. Des points focaux santé mentale et soutien psychosocial sont progressivement désignés au niveau des DRS et des moughataas afin de renforcer l'ancrage territorial de la Stratégie.

Au niveau opérationnel, la mise en œuvre repose sur l'intégration progressive de la santé mentale et de la prise en charge des addictions dans les soins de santé primaires, les services hospitaliers, les dispositifs communautaires, les milieux éducatifs, les structures de protection, les établissements pénitentiaires et les dispositifs de réponse aux urgences.

4.2. Rôles et responsabilités des acteurs clés

Le Ministère de la Santé assure le leadership politique et institutionnel de la Stratégie. Il veille à son alignement avec les politiques nationales de santé, à l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, à la disponibilité des ressources humaines, des médicaments essentiels et des outils normatifs, ainsi qu'au suivi de la performance du système.

Le PNSMLA assure la coordination technique de la Stratégie. Il est responsable de l'élaboration des plans d'action annuels, de la coordination des partenaires, du suivi-évaluation, de la capitalisation des données, de l'appui aux régions, de la supervision technique et du plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Les ministères sectoriels contribuent à l'intégration de la santé mentale et de la lutte contre les addictions dans leurs domaines respectifs :

- le Ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur assure la prévention, la promotion du bien-être mental et le repérage précoce ;
- le Ministère de la Justice contribue au développement d'alternatives à la détention, à la continuité des soins et à la protection des droits des personnes concernées ;
- le Ministère des Affaires sociales assure l'accompagnement psychosocial, la réinsertion et la protection des personnes vulnérables ;
- le Ministère de la Jeunesse, de l'Emploi et de la Formation professionnelle contribue à la prévention, à l'inclusion sociale et à l'insertion socio-économique ;
- les forces armées et de sécurité assurent la promotion de la santé mentale au sein de leurs effectifs, la prévention des troubles liés au stress et aux traumatismes, ainsi que l'orientation vers les services spécialisés ;
- le Ministère de l'Intérieur et les forces de défense et de sécurité contribuent à la régulation, au contrôle et à la réduction de la disponibilité des substances psychoactives, à la lutte contre les trafics illicites, ainsi qu'à la promotion d'une approche équilibrée conciliant sécurité publique, santé publique et respect des droits humains.

Les Directions régionales de la santé et les structures sanitaires assurent la mise en œuvre opérationnelle, notamment le dépistage, la prise en charge initiale, l'orientation, le suivi des patients, la collecte des données et la supervision de proximité.

Les partenaires techniques et financiers apportent un appui technique, financier et méthodologique à la mise en œuvre de la Stratégie, en cohérence avec les priorités nationales et sous la coordination du Ministère de la Santé.

La société civile, les associations professionnelles, les leaders communautaires et religieux contribuent à la sensibilisation, à la lutte contre la stigmatisation, à l'orientation communautaire, au soutien psychosocial de proximité et à la promotion des droits humains.

Enfin, **les usagers, les familles et les aidants** sont progressivement associés aux mécanismes de consultation, de planification et d'évaluation, afin de garantir une approche centrée sur la personne, respectueuse de la dignité, de l'autonomie et des besoins réels des populations.

4.3. Mise en œuvre

La mise en œuvre de la Stratégie nationale intégrée multisectorielle de santé mentale et de lutte contre les addictions repose sur une approche progressive, intégrée et multisectorielle, visant à garantir l'efficacité, la durabilité et l'appropriation nationale des interventions.

Elle s'appuie sur des **plans opérationnels annuels** déclinés aux niveaux national et régional, intégrant des priorités clairement définies, des cibles mesurables, des responsabilités assignées et des ressources identifiées. Ces plans sont alignés sur les cycles budgétaires nationaux et articulés avec les programmes sectoriels existants, afin d'assurer la cohérence des interventions et de limiter les duplications.

La mise en œuvre est structurée autour des principes suivants :

- **Intégration de la santé mentale et de la prise en charge des addictions dans les soins de santé primaires** comme levier principal d'extension de la couverture ;

- **Décentralisation progressive des interventions** avec un renforcement des capacités aux niveaux régional et périphérique ;
- **Approche multisectorielle** impliquant les secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice, de la protection sociale et de la jeunesse ;
- **Renforcement des capacités** à travers la formation, la supervision et le partage des tâches ;
- **Approche communautaire** visant le dépistage précoce, l'orientation et le soutien psychosocial de proximité ;
- **Utilisation des données** pour orienter la prise de décision, le suivi des performances et le plaidoyer.

Afin d'assurer une coordination efficace et un alignement des partenaires, un dispositif de gouvernance est renforcé, comprenant un comité national multisectoriel de pilotage chargé de l'orientation stratégique et de la coordination globale de la Stratégie, des groupes techniques de travail thématiques alignés sur les axes stratégiques, ainsi qu'un cadre national d'alignement des partenaires définissant les modalités d'engagement, de reporting et de redevabilité.

INNOVATIONS AU SERVICE DE LA SANTE MENTALE

La transformation numérique représente une opportunité majeure pour améliorer l'accès aux services. La stratégie encourage le développement de la télémédecine, des consultations à distance, des dossiers médicaux électroniques, des plateformes numériques de formation continue, des applications mobiles de sensibilisation et de soutien psychosocial, ainsi que l'utilisation responsable de l'intelligence artificielle pour améliorer la planification et le suivi des interventions.

Des revues conjointes périodiques permettent le suivi des progrès, l'ajustement des priorités et le partage des résultats. Une cartographie nationale des partenaires et des interventions est régulièrement actualisée afin d'améliorer la visibilité, la complémentarité et la coordination des appuis.

Le partenariat constitue un levier central de la mise en œuvre de la Stratégie et de son cadre de financement. Il contribue à la mobilisation de ressources domestiques et externes complémentaires au budget de l'État, à la mise en œuvre progressive de la stratégie budgétisée 2026–2030, ainsi qu'au développement de mécanismes de financement innovants et durables. Les engagements des partenaires sont alignés sur les priorités nationales et suivis dans le cadre des mécanismes de gouvernance financière définis par la Stratégie, afin de renforcer la prévisibilité, l'efficacité et la transparence des financements.

Le suivi de la mise en œuvre repose sur des indicateurs intégrés au cadre national de suivi-évaluation, des rapports périodiques consolidés et des mécanismes de redevabilité mutuelle. Les principaux risques liés à la mise en œuvre, notamment la fragmentation des appuis, le chevauchement des interventions ou la dépendance excessive aux financements extérieurs, sont atténués grâce à un leadership national fort, des mécanismes de coordination et d'alignement efficaces, ainsi qu'une stratégie progressive de mobilisation des ressources domestiques et de renforcement des capacités nationales.

Une attention particulière est accordée à l'intégration de la santé mentale dans les contextes spécifiques, notamment les milieux éducatifs, pénitentiaires, humanitaires et d'urgence, ainsi qu'à la continuité des soins, à la réhabilitation psychosociale et à la réinsertion des personnes concernées.

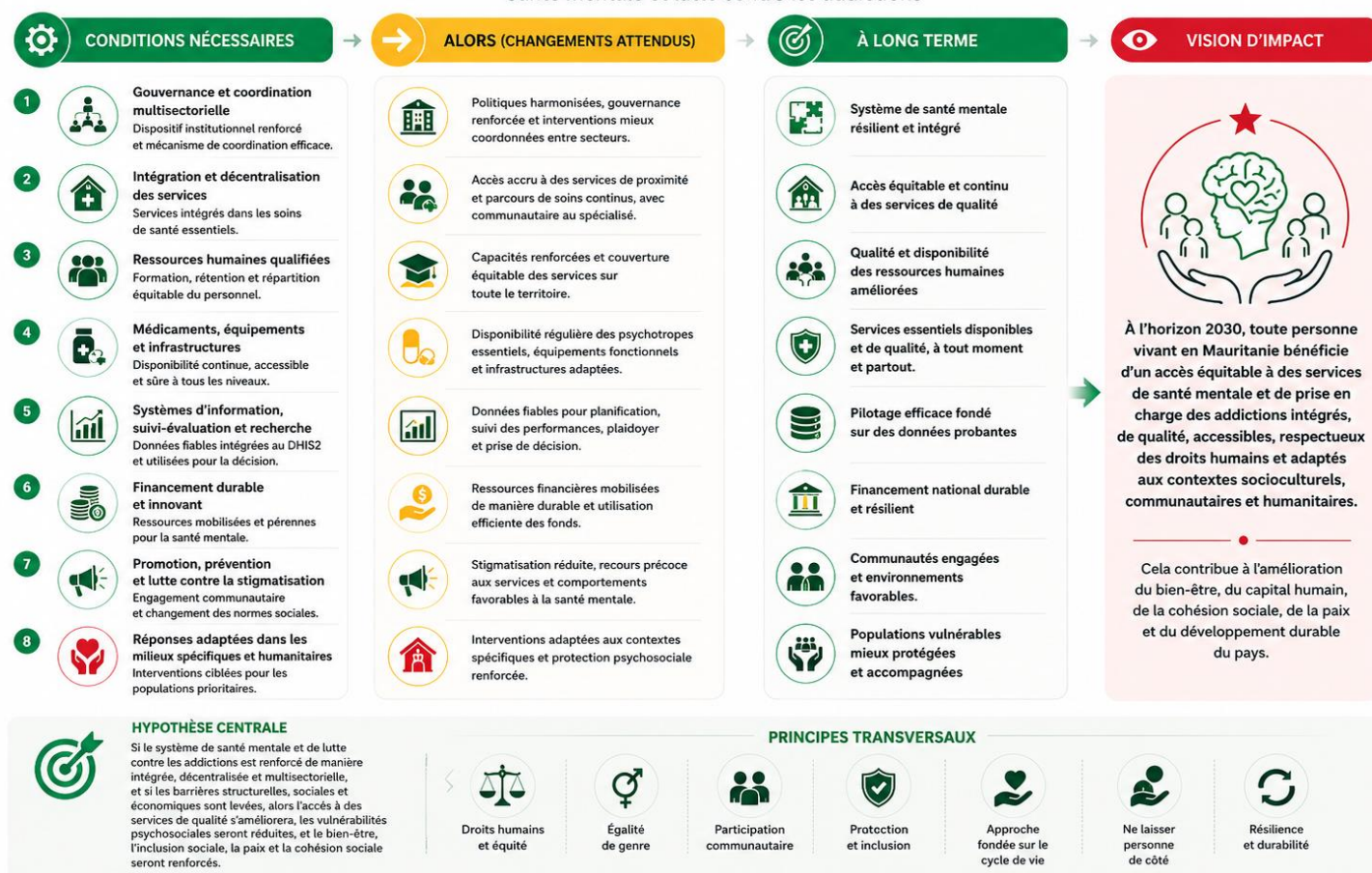
4.4. Théorie du changement

La théorie du changement de la stratégie repose sur l'hypothèse centrale suivante :

Si la Mauritanie renforce durablement la gouvernance, le financement, les ressources humaines, les systèmes d'information et l'offre de services en santé mentale et en lutte contre les addictions, tout en assurant une mobilisation effective des secteurs concernés et des communautés, alors les personnes vivant avec des troubles mentaux, neurologiques ou des addictions bénéficieront d'un accès équitable à des services de qualité, continus, accessibles et respectueux des droits humains. Cette amélioration de l'accès et de la qualité des services contribuera à réduire les vulnérabilités psychosociales, la stigmatisation et l'exclusion sociale, ainsi que les conséquences sanitaires, économiques et sécuritaires liées aux addictions. Elle favorisera également le renforcement du bien-être individuel, de la cohésion sociale, de la stabilité communautaire, de la paix et du développement durable du pays.

THÉORIE DU CHANGEMENT

Santé mentale et lutte contre les addictions



4.5. Plan d'action et chronogramme

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP MULTISECTORIE LS	Renforcer le Programme national de santé mentale et de lutte contre les addictions à travers un dispositif de gouvernance institutionnel et d'un mécanisme de coordination multisectoriel	1. Élaboration et adoption de la stratégie nationale santé mentale et addictions	Ateliers techniques pour consultations multisectorielles et validation politique	PNSMLA	Ministère de la Santé, tous les ministères concernés, OMS, PTFs						0 MRU	0%
		2. Rendre opérationnel le mécanisme national de coordination du Programme	Réunions périodiques (4 réunions pour 15 personnes)	PNSMLA		177 000 MRU	177 000 MRU	177 000 MRU	177 000 MRU	177 000 MRU	885 000 MRU	1%
		3. Mise en place d'un mécanisme national de coordination multisectorielle fonctionnel	Création du comité, définition TdR, réunions périodiques (30 personnes, 1 réunions tout les trois mois + invitation d'un expert + secrétariat)	PNSMLA	Ministères sectoriels, OMS, PTFs	382 000 MRU	382 000 MRU	382 000 MRU	382 000 MRU	382 000 MRU	1 910 000 MRU	1%
		4. Tenir des réunions de coordination au niveau national	1 réunion par mois, 15 personnes	PNSMLA	OMS, PTFs	63 000 MRU	63 000 MRU	63 000 MRU	63 000 MRU	63 000 MRU	315 000 MRU	0%
		5. Renforcement du cadre juridique et réglementaire en santé mentale	Revue législative, drafting, plaidoyer parlementaire (50 personnes pour 4 fois)	PNSMLA	Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense, Ministère des Affaires Sociales	562 000 MRU					562 000 MRU	0%
		6. Intégration de la santé mentale dans les politiques sectorielles (santé, éducation, justice, social)	Révisions politiques, ateliers intersectoriels (4 réunions par années visant 20 personnes)	PNSMLA	Tous les ministères concernés, OMS	232 000 MRU		232 000 MRU			464 000 MRU	0%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
		7. Renforcement des capacités de gouvernance (planification, pilotage, coordination)	Formations leadership, planification stratégique (3 formations par années pour 15 personnes + 3 voyages a l'étranger)	PNSMLA	OMS, PTFs		375 750 MRU		375 750 MRU		751 500 MRU	0%
		8. Mettre en place un mécanisme national de redevabilité et de suivi des performances.	Développement outils suivi, audits, reporting et missions de supervision (1 atelier pour 20 personnes pour développer les outils + 4 missions de supervisions pour 5 personnes du programme pour 5 jours + frais de transport + location des voitures + per diem des DRS, 1 par wilaya)	PNSMLA	Ministère de la Santé, PTFs		1 154 000 MRU				1 154 000 MRU	1%
TOTAL AXE 1						1 416 000 MRU	2 151 750 MRU	854 000 MRU	997 750 MRU	622 000 MRU	6 041 500 MRU	4%
2. OFFRE INTEGREE ET DECENTRALISEE DE SERVICES	Intégrer la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires et structurer un parcours de soins continu, du communautaire au spécialisé	1. Intégration de la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires (SSP)	Atelier sur le mhGAP, intégration protocoles, formation des formateurs de 15 jours a Nouakchott pour 30 personnes + 2 formateurs (1 national et 2 internationaux, forfait billets d'avion + DSA) + location de salle + mécanisme de supervision (4 personnes, 4 réunions)	PNSMLA	Directions Régionales de la Santé, OMS	2 045 250 MRU					2 045 250 MRU	1%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
		2. Formation en cascade des prestataires de terrain et déploiement des interventions (dépistage, prise en charge et référencement)	Former 2 prestataires par Moughataas + 1 par DRAS (15 jours de formation et supervision), 12 formateurs	PNSMLA	OMS, PTFs		11 051 250 MRU	11 051 250 MRU	11 051 250 MRU	11 051 250 MRU	44 205 000 MRU	28 %
		4. Développement des services de santé mentale et lutte contre les addictions au niveau communautaire	Renforcer capacités des équipes communautaires/agents relais (identifications, référencement et PSP) - 25 prestataires par Moughataas, pendant 3 jours de formation avec 1 formateur	PNSMLA	PNEPS, PTFs		5 158 500 MRU	5 158 500 MRU	5 158 500 MRU	5 158 500 MRU	20 634 000 MRU	13 %
		5. Renforcement des services spécialisés (niveau secondaire/tertiaire)	Appui centres spécialisés, recrutement spécialistes (formation dans 8 hôpitaux - CNC, CHME, CNO, CPV, CHN, CHCZ, CHA, INHV - a Nouakchott pour la première année et a l'intérieur pour les autres années pour 15 personnes dans chaque hôpital pour 5 jours, avec 2 formateurs)	PNSMLA		1 215 000 MRU	1 215 000 MRU	1 215 000 MRU	1 215 000 MRU	1 215 000 MRU	6 075 000 MRU	4%
		4. Renforcement des capacités des pharmaciens	Atelier de formation de 3 jours pour 20 pharmaciens et vendeurs pharmaceutiques avec 2 formateurs	PNSMLA	DAMPS, Ordre des Pharmaciens, CAMEC		225 000 MRU		225 000 MRU		450 000 MRU	0%
		5. Mise en place de circuits de référence et contre-référence fonctionnels a tous les niveaux	Élaboration protocoles, formation, outils de référence (atelier pour 15 personnes pour 15	PNSMLA	Sociétés Savantes, Hôpitaux, DMPLM		1 627 500 MRU		1 627 500 MRU		3 255 000 MRU	2%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
			jours, deux fois par année)									
		7. Intégration des services de santé mentale et addictologie dans les urgences, SAMU et soins essentiels	Formation pour 20 personnels des urgences pendant 3 jours avec 2 formateurs	PNSMLA	DMPLM, SAMU, CNOUSP, Hôpitaux	222 000 MRU	222 000 MRU	222 000 MRU	222 000 MRU	222 000 MRU	1 110 000 MRU	1%
		9. Développement de services mobiles et atteinte des zones éloignées	1 caravane par ans de 7 jours, visant 1000 personnes, avec une équipe de 10 personnes + frais transport + forfait facilitateurs sur le terrain	PNSMLA	DRS, PTFs	322 000 MRU	322 000 MRU	322 000 MRU	322 000 MRU	322 000 MRU	1 610 000 MRU	1%
		10. Intégration de la santé mentale dans les programmes prioritaires (VIH, TB, INAYA, santé maternelle, etc.)	Organisation des sessions de formation avec les programmes prioritaires afin d'insérer la santé mentale et lutte contre les addictions (2 par ans visant 20 personnes)	PNSMLA	Programmes VIH, TB, Paludisme, MNT, Santé Maternelle, Nutrition	3 890 MRU			3 890 MRU		7 781 MRU	0%
		11. Digitalisation et télémédecine en santé mentale et lutte contre les addictions et mettre en place dossiers patients électroniques	Implanter une unité en télémédecine au niveau national + formation de 2 personnes par structures + équipement (écran, camera, écouteur...) - (première année : PNSMLA + 15 hôpitaux régionaux)	PNSMLA	DPECIS, Direction des Systèmes d'Information, OMS	319 554 MRU			12 731 360 MRU		13 050 914 MRU	8%
TOTAL AXE 2						4 127 695 MRU	19 821 250 MRU	17 968 750 MRU	32 556 500 MRU	17 968 750 MRU	92 442 945 MRU	59 %

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
3. RESSOURCES HUMAINES	Former, renforcer, retenir et répartir les personnels nécessaires à la prise en charge de la santé mentale et lutte contre les addictions sur tout le territoire	1. Élaboration et mise en œuvre d'un plan national de développement des ressources humaines en santé mentale et addictologie	Analyse situation RH, base des données RH, élaboration plan, validation (atelier de 1 journée a 100 personnes avec animateur)	PNSMLA	DRH, Ministère de la Santé	291 000 MRU			291 000 MRU		582 000 MRU	0%
		2. Amélioration de la répartition géographique des ressources humaines	Plaidoyer vis-à-vis RH MS - 3 ateliers pour 15 personnes de 3 jours	PNSMLA	DRH, Ministère de la Santé, Ministère des Finances	461 250 MRU	461 250 MRU	461 250 MRU	461 250 MRU	461 250 MRU	2 306 250 MRU	1%
		3. Développement des compétences spécialisées (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, généralistes, PM+, ...)	Mission de formation (2 formateurs internationaux et 1 formateur nationale, pour une semaine et adresse a 15 personnes chaque formation - au total 4 formations par année	PNSMLA	Université, Sociétés Savantes, OMS, PTFs	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	9 490 000 MRU	6%
		4. Mise en place d'un système de supervision formative régulière	4 ateliers de supervision de 4 jours (3 formateurs + 5 du programme + 5 externes)	PNSMLA	DRS, Hôpitaux régionaux, OMS, PTFs	904 000 MRU	904 000 MRU	904 000 MRU	904 000 MRU	904 000 MRU	4 520 000 MRU	3%
		5. Mise en place d'un system d'incitation à la performance au niveau communautaire et centres de sante	Réunion de plaidoyer avec les PTFs - 2 réunion de 1 journée pour 20 personnes	PNSMLA	PTFs, Ministère de la Santé, Ministère des Finances	14 000 MRU	14 000 MRU	14 000 MRU	14 000 MRU	14 000 MRU	70 000 MRU	0%
		5. Fonctionnement du centre d'addictologie de Nouakchott - centre pilote pour une année (RH + médicaments)	Opérationnalisation du centre	PNSMLA	Hôpital Cheikh Zayed, OMS, PTFs	2 032 000 MRU					2 032 000 MRU	1%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
		6. Intégration de la santé mentale et addictologie dans les curricula de formation initiale	Révision curricula - 2 atelier de 2 jours pour 15 personnes	PNSMLA	Faculté de Médecine, École Nationale Supérieur des Sciences et de la Santé		217 000 MRU		217 000 MRU		434 000 MRU	0%
		9. Partenariats académiques et internationaux pour le renforcement des capacités	Accords universités et centres hospitaliers, coopération technique (2 voyages à l'étranger pour 7 jours pour 2 personnes du Programme + 3 personnes a designer)	PNSMLA	OMS, Universités, partenaires académiques		1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	7 440 000 MRU	5%
TOTAL AXE 3						5 600 250 MRU	5 354 250 MRU	5 137 250 MRU	5 645 250 MRU	5 137 250 MRU	26 874 250 MRU	17 %
4. MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	Garantir la disponibilité continue, l'accessibilité et l'utilisation sécurisée des médicaments psychotropes essentiels à tous les niveaux du système de santé	1. Mise à jour et adoption de la liste nationale des médicaments psychotropes essentiels	Revue liste OMS, validation nationale - réunion pour 20 personnes pour une journée à Nouakchott	PNSMLA	DAMPS, CAMEC, OMS	136 000 MRU		136 000 MRU		136 000 MRU	408 000 MRU	0%
		2. Amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau périphérique (SSP, la mise en place d'un système de gestion des stocks performant (LMIS) et un mécanisme de pharmacovigilance en santé mentale	Réunion de plaidoyer avec DAMPS et CAMEC de 1 journée, pour 15 personnes	PNSMLA	DAMPS, CAMEC, DMPLM, OMS		54 250 MRU				54 250 MRU	0%
		3. Élaboration et diffusion de protocoles nationaux de prescription des psychotropes	2 ateliers de 3 jour pour 30 personnes à Nouakchott	PNSMLA	Sociétés Savantes, DAMPS, OMS		555 000 MRU		555 000 MRU		1 110 000 MRU	1%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
		4. Réduction des barrières d'accès financier aux médicaments/Intégration des psychotropes dans les mécanismes de couverture sanitaire universelle (CSU)	Atelier avec CNAM, CNASS et DRS de 1 jour pour 20 personnes	PNSMLA	CNAM, CNASS, Ministère de la Santé, Ministère des Finances		68 000 MRU				68 000 MRU	0%
		9. Renforcement de la régulation et du contrôle des médicaments psychotropes	2 ateliers (institutionnel d'1 journée et technique de 3 jours) multi-sectoriel pour 40 personnes au total	PNSMLA	Ministère de la Santé, DAMPS, Douanes, Gendarmerie, Police		369 000 MRU		369 000 MRU		738 000 MRU	0%
TOTAL AXE 4						136 000 MRU	1 046 250 MRU	136 000 MRU	924 000 MRU	136 000 MRU	2 378 250 MRU	2%
5. SYSTEMES D'INFORMATION ET RECHERCHE	Renforcer les systèmes d'information, de suivi-évaluation et de recherche en santé mentale afin de produire des données fiables et orienter la prise de décision, le plaidoyer et la planification	1. Intégration des indicateurs de santé mentale et addictologie dans le système national DHIS2	Révision cadre indicateurs, intégration DHIS2 - Organiser un atelier pour 15 personnes pendant 5 jours en dehors de Nouakchott pour réviser les outils de gestion et les indicateurs santé mentale et addictologie dans le DHIS2	PNSMLA/DPECI S	Direction des Systèmes d'Information , OMS	365 000 MRU			365 000 MRU		730 000 MRU	0%
		2. Amélioration de la complétude et de la qualité des données SM et addictologie	Formation agents, supervision qualité données - Organiser une formation sur la gestion des données et confidentialité pour 20 personnes pour 5 jours en dehors de Nouakchott	PNSMLA/DPECI S	DRS, Districts sanitaires		472 000 MRU		472 000 MRU		944 000 MRU	1%
		3. Utilisation des données pour la prise de décision	Revue trimestrielle au niveau du Programme, feedback data avec les régions - 4 réunions de	PNSMLA/DPECI S	DPECIS, OMS		738 000 MRU	738 000 MRU	738 000 MRU	738 000 MRU	2 952 000 MRU	2%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
			2 jours avec 20 personnes									
		4. Réalisation d'une enquête nationale en santé mentale et addictologie		PNSMLA/DPECI S	ANSADE, Université, OMS	11 952 300 MRU					11 952 300 MRU	8%
TOTAL AXE 5						12 317 300 MRU	1 210 000 MRU	738 000 MRU	1 575 000 MRU	738 000 MRU	16 578 300 MRU	11 %
6. FINANCEMENT DURABLE ET MECANISMES INNOVANTS	Assurer un financement durable, équitable et innovant de la santé mentale et de la lutte contre les addictions, en renforçant la mobilisation des ressources domestiques et la soutenabilité du système	1. Évaluation des besoins en financement et élaboration d'une note de plaidoyer structurée	Faire une évaluation des besoins en financement et note de plaidoyer pour identifier les partenaires financiers (recrutement d'un consultant national pour 30 jours) - Analyse des besoins financiers (costing complet du plan) - Cartographie des partenaires (publics, privés, techniques) - Élaboration d'une note de plaidoyer alignée priorités nationales et bailleurs	PNSMLA	OMS, DAF, ministère des Finances	358 569 MRU					358 569 MRU	0%
		2. Organisation de tables rondes de mobilisation des ressources et engagement des partenaires	Organisation de tables rondes nationales/internationales - Présentation du plan et des priorités d'investissement - Engagement bilatéral avec bailleurs - Suivi des engagements et formalisation des partenariats	PNSMLA	OMS, PTFs, Secteur privé	398 410 MRU	398 410 MRU	398 410 MRU	398 410 MRU	398 410 MRU	1 992 050 MRU	1%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
		3. Organisation de tables rondes d'engagement des partenaires autour des thématiques spécifiques	-Organisation de tables rondes nationales	PNSMLA	Secteur privé, Fondations, Agences des Nations Unies	398 410 MRU	398 410 MRU	398 410 MRU	398 410 MRU	398 410 MRU	1 992 050 MRU	1%
TOTAL AXE 6						1 155 389 MRU	796 820 MRU	796 820 MRU	796 820 MRU	796 820 MRU	4 342 669 MRU	3%
7. ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION	Réduire la stigmatisation, renforcer l'engagement communautaire et promouvoir une approche fondée sur les droits humains afin d'améliorer le recours aux services et la prévention	1. Validation d'un plan national de communication et d'engagement communautaire en santé mentale	Organisation d'un atelier national de validation, via consultation multisectorielle (santé, éducation, OSC, médias) pour finalisation du plan	PNSMLA/PNEPS	OMS, PTFs, Médias, Société civile	282 000 MRU					282 000 MRU	0%
		2. Mise en œuvre du plan de communication pour réduire la stigmatisation et renforcer l'engagement communautaire	Déploiement des activités prévues dans le plan		Ministère de la Jeunesse, ministère des Affaires Islamiques et de l'Enseignement Originel, Médias, Influenceurs, Société civile, Société savante, PTFs	5 544 000 MRU					5 544 000 MRU	4%
TOTAL AXE 7						5 826 000 MRU	0 MRU	0 MRU	0 MRU	0 MRU	5 826 000 MRU	4%
8. SANTE MENTALE EN MILIEUX SPECIFIQUES	Développer des réponses adaptées et coordonnées en santé mentale et lutte contre les addictions dans les milieux spécifiques (éducation, pénitentiaire, urgences,	1. Élaboration et validation de protocoles et modèles d'intervention en santé mentale adaptés aux milieux spécifiques (éducation, pénitentiaire, urgences,	-Analyse des besoins par secteur - Ateliers multisectoriels (santé, éducation, justice, sécurité, humanitaire) - Élaboration et validation des protocoles - Définition des circuits de référence	PNSMLA	Tous les ministères concernés, PTFs		3 325 500 MRU				3 325 500 MRU	2%

SNIMSMLA						Budget MRU et chronogramme						
Axe	Objectif Stratégique	Interventions	Activités	Responsable	Co-responsable	2026	2027	2028	2029	2030	Total MRU	%
	urgences, etc.), en assurant la continuité des soins et la coordination intersectorielle.	humanitaire) - atelier 10 jours pour 30 personnes	intersectoriels - 2 ateliers									
		2. Mise en œuvre et extension des services de santé mentale et addictologie dans les milieux spécifiques avec coordination intersectorielle	Déploiement des services SM et addictologie dans écoles, prisons, urgences, camps/sites humanitaires	PNSMLA	Éducation, Justice, Administration pénitentiaire, CNOUSP, UNHCR, OIM, UNICEF, ONG, Collectivités territoriales		2 510 MRU				2 510 MRU	0%
TOTAL AXE 8						0 MRU	3 328 010 MRU	0 MRU	0 MRU	0 MRU	3 328 010 MRU	2%
TOTAL ANNUEL						30 578 634 MRU	33 708 330 MRU	25 630 820 MRU	42 495 320 MRU	25 398 820 MRU	157 811 924 MRU	100 %
GRAND TOTAL						157 811 924 MRU						



Réunion des partenaires techniques et financiers, 2025 ©OMS

5.1. Objet du plan budgétaire

Le présent plan budgétaire accompagne la Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions 2026–2030. Il constitue un cadre de référence pour la planification, la mise en œuvre, le suivi des investissements et la mobilisation des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs stratégiques.

Le chiffrage couvre l'ensemble des huit axes stratégiques de la stratégie et vise à soutenir le renforcement progressif du système national de santé mentale et de lutte contre les addictions, conformément aux priorités nationales et aux engagements internationaux de la Mauritanie.

Les montants sont présentés en dollars américains (USD) et en ouguiyas mauritaniennes (MRU).¹⁵

5.2. Méthodologie de chiffrage

Le budget a été élaboré selon une approche de budgétisation par activités (Activity-Based Costing), fondée sur les interventions, activités et résultats attendus de chaque axe stratégique.

Les estimations prennent notamment en compte :

- le renforcement de la gouvernance et de la coordination multisectorielle ;
- l'intégration et la décentralisation des services ;
- le développement des ressources humaines ;
- la disponibilité des médicaments, équipements et infrastructures ;
- le renforcement des systèmes d'information, du suivi-évaluation et de la recherche ;
- le financement durable du secteur ;
- la promotion de la santé mentale, la prévention et la lutte contre la stigmatisation ;
- les interventions dans les milieux spécifiques et les contextes humanitaires.

5.3. Enveloppe budgétaire globale

Le coût total estimatif de mise en œuvre de la stratégie sur la période 2026–2030 s'élève à **USD 4 370 838**, soit **157 811 924 MRU**.

5.4. Financement de la stratégie

La mise en œuvre de la stratégie reposera sur une combinaison de ressources nationales et de contributions des partenaires techniques et financiers.

L'objectif poursuivi est d'accroître progressivement la part du financement domestique consacrée à la santé mentale et à la lutte contre les addictions, tout en mobilisant des ressources complémentaires auprès des partenaires bilatéraux, multilatéraux, fondations, organisations non gouvernementales et acteurs du secteur privé.

Cette approche permettra de renforcer la durabilité financière des interventions et de réduire progressivement la dépendance aux financements extérieurs.

¹⁵ Le taux de conversion indicatif retenu est de **1 USD = 39,84 MRU**, conformément aux hypothèses utilisées dans le cadre du présent exercice de budgétisation.

Le cadre de suivi et évaluation du Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions vise à assurer un suivi systématique de la mise en œuvre des interventions, mesurer les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs stratégiques et apprécier les résultats et effets de la Stratégie sur les populations. Il constitue également un outil essentiel de redevabilité vis-à-vis des citoyens, des partenaires et des institutions nationales, tout en soutenant la prise de décision, l'ajustement des interventions et la planification future.

Le dispositif de suivi et évaluation s'inscrit dans une logique de gestion axée sur les résultats, de renforcement des systèmes d'information et de redevabilité multisectorielle, conformément aux orientations de l'OMS. Il reposera sur une intégration progressive des indicateurs dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS/DHIS2) et sur un alignement avec les indicateurs et cibles de la Stratégie d'action global de l'OMS pour la santé mentale.

L'approche retenue sera multisectorielle et participative, impliquant les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, de la justice, de la jeunesse, de la sécurité ainsi que les acteurs humanitaires, les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers. Une attention particulière sera accordée à la qualité des données, à la transparence, à l'apprentissage continu et à l'utilisation des données pour orienter les décisions stratégiques et opérationnelles.

Au niveau institutionnel, le Ministère de la Santé, à travers le Programme National de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions (PNSMLA), assurera le pilotage global du dispositif de suivi et évaluation. Un comité national multisectoriel de suivi sera mis en place ou renforcé afin d'assurer la coordination, l'analyse des progrès et le suivi des engagements des différents secteurs et partenaires.

Au niveau régional et périphérique, des points focaux santé mentale seront désignés au sein des Directions Régionales de la Santé, et le suivi des activités sera progressivement intégré dans les plans opérationnels régionaux et des moughataas. Les partenaires non étatiques, notamment les ONG, les agences des Nations Unies et les acteurs communautaires, contribueront également à la collecte, à l'analyse et à la remontée des données, en particulier dans les contextes communautaires et humanitaires.

Atelier technique d'élaboration de la stratégie, Avril 2026 - © OMS



Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSMLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
Renforcer le Programme national de santé mentale et de lutte contre les addictions à travers un dispositif de gouvernance institutionnel et d'un mécanisme de coordination multisectoriel	D'ici 2030, un cadre institutionnel, stratégique et juridique complet et opérationnel est en place, assurant un pilotage efficace, une coordination multisectorielle fonctionnelle et la protection des droits des personnes vivant avec des troubles mentaux et des addictions.	1. Élaboration et adoption de la stratégie nationale santé mentale et addictions	Stratégie nationale validée et diffusée (Oui/Non)	Journal officiel, rapport MS	Non	Stratégie validée	Stratégie mise en œuvre
		2. Rendre opérationnel le mécanisme national de coordination du Programme	Nombre de réunions du comité multisectoriel/an	PV réunions, rapports	0	≥2 réunions/an	≥4 réunions/an + mécanisme institutionnalisé
		3. Mise en place d'un mécanisme national de coordination multisectorielle fonctionnel	Nombre de réunions du comité multisectoriel/an	PV réunions, rapports	0	≥2 réunions/an	≥4 réunions/an + mécanisme institutionnalisé
		4. Tenir des réunions de coordination au niveau national					
		5. Renforcement du cadre juridique et réglementaire en santé mentale	Nombre de textes législatifs/réglementaires adoptés	Journal officiel	Très limité	≥2 textes adoptés	Cadre juridique complet opérationnel
		6. Intégration de la santé mentale dans les politiques sectorielles (santé, éducation, justice, social)	% de politiques sectorielles intégrant la santé mentale	Documents politiques sectoriels	Faible	50% secteurs	100% secteurs clés
		7. Renforcement des capacités de gouvernance (planification, pilotage, coordination)	% cadres formés en gouvernance SM	Rapports formation	Faible	≥70 %	≥90 %
		8. Mettre en place un mécanisme national de redevabilité et de suivi des performances.	Mécanisme fonctionnel de suivi-évaluation (Oui/Non).	Rapports annuels, audits.	Non	Mécanisme établi	Rapport annuel publié chaque année

Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
Intégrer la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires et structurer un parcours de soins continu, du communautaire au spécialisé	D'ici 2030, une offre intégrée, décentralisée et de qualité de services de santé mentale et de lutte contre les addictions est accessible à tous les niveaux du système de santé, avec un parcours de soins continu du niveau communautaire au niveau spécialisé.	1. Intégration de la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires (SSP)	% formations sanitaires offrant un paquet minimum SM	DHIS2, rapports MS	<10%	0,5	≥80%
		2. Formation en cascade des prestataires de terrain et déploiement des interventions (dépistage, prise en charge et référencement)	Nombre de prestataires formés	Rapports de formation.	Faible	264	528
		4. Développement des services de santé mentale et lutte contre les addiction au niveau communautaire	% districts disposant de services SM communautaires	Rapports districts	Faible	40%	≥70%
		5. Renforcement des services spécialisés (niveau secondaire/tertiaire)	Nombre de structures spécialisées fonctionnelles	Rapports MS	Très limité	24	40

Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
		4. Renforcement des capacités des pharmaciens	Nombre des pharmaciens formés	Rapports MS	Faible	20	40
		5. Mise en place de circuits de référence et contre-référence fonctionnels a tous les niveaux	Nombre de personnels formés	Rapports MS	Très faible	30	120
		7. Intégration des services de santé mentale et addictologie dans les urgences, SAMU et soins essentiels	Nombre de personnels formés	Rapports MS	Très faible	60	100
		9. Développement de services mobiles et atteinte des zones éloignées	Nombre d'équipes mobiles opérationnelles	Rapports MS	0	≥5 équipes	≥10 équipes
		10. Intégration de la santé mentale dans les programmes prioritaires (VIH, TB, INAYA, santé maternelle, etc.)	% programmes intégrant SM	Rapports programmes	Très faible	50%	≥80%
		11. Digitalisation et télémédecine en santé mentale et lutte contre les addictions et mettre en place dossiers patients électroniques	Existence de services télémédecine SM (Oui/Non)	Rapports projets	Non	Projet pilote	Extension nationale
Former, renforcer, retenir et répartir les personnels nécessaires à la prise en charge de la santé mentale et lutte contre les addictions sur tout le territoire	D'ici 2030, des ressources humaines compétentes, motivées et équitablement réparties assurent la prévention, le dépistage, la prise en charge et le suivi des troubles	1. Élaboration et mise en œuvre d'un plan national de développement des ressources humaines en santé mentale et addictologie	Existence d'un plan RH SM (Oui/Non)	Document officiel MS	Non	Plan validé	Plan opérationnel et financé

Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
	mentaux et des addictions sur l'ensemble du territoire.	2. Amélioration de la répartition géographique des ressources humaines	Ratio personnel SM par région	Données RH	Très inégal	Réduction des écarts	Répartition équitable
		3. Développement des compétences spécialisées (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, généralistes, PM+, ...)	Nombre de spécialistes formés/recrutés	Registres RH	Très faible	180	300
		4. Mise en place d'un système de supervision formative régulière	Nombre de supervisions/an par district	Rapports supervision	Faible	12	20
		5. Mise en place d'un system d'incitation à la performance au niveau communautaire et centres de sante	Mécanisme national opérationnel (Oui/Non)	Documents RH	Non	Mis en place	Fonctionnel
		5. Fonctionnement du centre d'addictologie de Nouakchott - centre pilote pour une année (RH + médicaments)	Centre pilote (Oui/Non)	Rapport du PNSMLA	Non	Mis en place	Fonctionnel
		6. Intégration de la santé mentale et addictologie dans les curricula de formation initiale	Nombre de personnes formés	Curricula officiels	Faible	30	60
		9. Partenariats académiques et internationaux pour le renforcement des capacités	Nombre de partenariats actifs	Accords signés	Faible	≥3	≥5
Garantir la disponibilité continue, l'accessibilité et l'utilisation sécurisée des médicaments psychotropes essentiels à tous les niveaux du système de santé	D'ici 2030, les médicaments psychotropes essentiels sont disponibles en continu, accessibles et utilisés de manière rationnelle et	1. Mise à jour et adoption de la liste nationale des médicaments psychotropes essentiels	Liste nationale validée (Oui/Non)	Document officiel MS	Partielle	Liste actualisée	Mise à jour régulière institutionnalisée

Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
	sécurisée à tous les niveaux du système de santé.	2. Amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau périphérique (SSP, la mise en place d'un système de gestion des stocks performant (LMIS) et un mécanismes de pharmacovigilance en santé mentale	% centres de santé disposant des psychotropes essentiels	Rapports supervision	Très faible	60%	≥85%
		3. Élaboration et diffusion de protocoles nationaux de prescription des psychotropes	Protocoles disponibles et utilisés (Oui/Non)	Documents officiels	Non	Protocoles validés	Utilisation généralisée
		4. Réduction des barrières d'accès financier aux médicaments/Intégration des psychotropes dans les mécanismes de couverture sanitaire universelle (CSU)	% patients accédant aux médicaments essentiels	Enquêtes, registres patients	Faible	50%	≥80%
		9. Renforcement de la régulation et du contrôle des médicaments psychotropes	Nombre d'inspections/an	Rapports autorités régulation	Faible	2	4
Renforcer les systèmes d'information, de suivi-évaluation et de recherche en santé mentale afin de produire des données fiables et orienter la prise de décision, le plaidoyer et la planification	D'ici 2030, un système d'information intégré et performant produit des données fiables et régulièrement utilisées pour la planification, la prise de décision, le suivi-évaluation et le plaidoyer en santé mentale et lutte contre les addictions	1. Intégration des indicateurs de santé mentale et addictologie dans le système national DHIS2	Nombre d'indicateurs SM intégrés dans DHIS2	DHIS2	0-2 indicateurs	≥8 indicateurs	≥15 indicateurs standardisés
		2. Amélioration de la complétude et de la qualité des données SM et addictologie	Nombre de personnes formés	DHIS2, rapports supervision	Faible	20	40

Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSMLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
		3. Utilisation des données pour la prise de décision	Nombre des réunions décisionnelles utilisant données SM	PV réunions, rapports	Très faible	12	20
		4. Réalisation d'une enquête nationale en sante mentale et addictologie	Existence de protocoles data gouvernance (Oui/Non)	Documents officiels	Non	Protocoles établis	Application généralisée
Assurer un financement durable, équitable et innovant de la santé mentale et de la lutte contre les addictions, en renforçant la mobilisation des ressources domestiques et la soutenabilité du système	D'ici 2030, un financement durable, suffisant et équitable de la santé mentale et de la lutte contre les addictions est assuré, avec une augmentation significative des ressources domestiques et le développement de mécanismes innovants.	1. Évaluation des besoins en financement et élaboration d'une note de plaidoyer structurée	Réaliser une étude de coûts et élaborer une stratégie de financement	PNSLMAC	Non	Étude réalisée (Oui/Non)	Outils utilisés pour mobilisation continue
		2. Organisation de tables rondes de mobilisation des ressources et engagement des partenaires	Organiser des tables rondes avec les partenaires	Rapports événements	0	3	5
		3. Organisation de tables rondes d'engagement des partenaires autour des thématiques spécifiques	Nombre de tables rondes organisées	Rapports événements	0	3	5
Réduire la stigmatisation, renforcer l'engagement communautaire et promouvoir une approche fondée sur les	D'ici 2030, la stigmatisation liée à la santé mentale et aux addictions est significativement réduite, et les communautés sont activement	1. Validation d'un plan national de communication et d'engagement communautaire en santé mentale	Plan de communication validé (Oui/Non)	Rapport atelier	Non	Plan validé et diffusé	Plan institutionnalisé et mis à jour régulièrement

Titre du tableau de la page suivante : Cadre logique de la SNIMSMLA

Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	Baseline	Jalon 2028	Target 2030
droits humains afin d'améliorer le recours aux services et la prévention	engagées, favorisant un recours accru aux services et une meilleure prévention.	2. Mise en œuvre du plan de communication pour réduire la stigmatisation et renforcer l'engagement communautaire	Mettre en œuvre des campagnes nationales	Rapports campagnes	Faible	≥50% population atteinte	≥80% population atteinte
Développer des réponses adaptées et coordonnées en santé mentale et lutte contre les addictions dans les milieux spécifiques (éducation, pénitentiaire, urgences, etc.), en assurant la continuité des soins et la coordination intersectorielle.	D'ici 2030, des services de santé mentale et de lutte contre les addictions adaptés et fonctionnels sont intégrés dans les milieux spécifiques (éducation, pénitentiaire, urgences, contextes humanitaires), assurant une coordination intersectorielle efficace et une continuité des soins.	1. Élaboration et validation de protocoles et modèles d'intervention en santé mentale adaptés aux milieux spécifiques (éducation, pénitentiaire, urgences, humanitaire) - atelier 10 jours pour 30 personnes	Protocoles multisectoriels validés (Oui/Non)	Rapports MS	Non	Protocoles validés dans ≥3 secteurs	Protocoles harmonisés et institutionnalisés dans tous les secteurs clés
		2. Mise en œuvre et extension des services de santé mentale et addictologie dans les milieux spécifiques avec coordination intersectorielle	% structures (écoles, prisons, urgences, sites humanitaires) offrant des services SM	Rapports sectoriels	Très faible	≥50% structures ciblées couvertes	≥80% structures ciblées couvertes avec continuité effective des soins

Webinar sur la santé mentale, 17 oct. 2025 ©OMS



6.1. Gestion et atténuation des risques

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale Intégrée Multisectorielle de Santé Mentale et de Lutte contre les Addictions 2026–2030 pourrait être affectée par plusieurs risques, notamment l'insuffisance des ressources financières et humaines, la faible coordination intersectorielle, la persistance de la stigmatisation et des barrières socioculturelles, les ruptures d'approvisionnement en médicaments psychotropes essentiels, ainsi que les effets des crises sanitaires, sécuritaires ou humanitaires.

Afin de réduire ces risques, la stratégie prévoit le renforcement des mécanismes de gouvernance et de coordination multisectorielle, la diversification des sources de financement, l'intégration progressive des interventions dans les programmes nationaux existants, le développement des capacités institutionnelles et techniques à tous les niveaux, ainsi que la mise en place d'un dispositif renforcé de suivi-évaluation permettant d'identifier précocement les difficultés de mise en œuvre et d'apporter les mesures correctives nécessaires. La mobilisation continue des communautés, des leaders d'opinion, des partenaires techniques et financiers ainsi que du secteur privé constituera également un levier essentiel pour assurer la résilience, la pérennité et l'impact de la stratégie.



7.1. Contexte et justification

En Mauritanie, les troubles mentaux et les addictions représentent un enjeu majeur de santé publique et de cohésion sociale, caractérisé par une charge croissante, une offre de services encore limitée et fortement centralisée, ainsi que des déterminants sociaux et économiques importants (pauvreté, chômage des jeunes, contextes humanitaires).

À ces défis s'ajoutent des **facteurs socioculturels critiques**, notamment la stigmatisation, les perceptions négatives, le recours tardif aux soins et la faible connaissance des troubles mentaux et des services disponibles.

Dans ce contexte, la communication constitue un **levier stratégique central** pour :

- améliorer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations
- réduire la stigmatisation et les barrières sociales
- renforcer la demande et le recours aux services
- soutenir l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires
- mobiliser les acteurs institutionnels et communautaires

Compte tenu des risques liés à la désinformation, à la marginalisation des jeunes et aux dynamiques de vulnérabilité (violence, addictions, radicalisation), une approche intégrée de **Communication des Risques et Engagement Communautaire (CREC)** est essentielle.

7.2. Objectifs de la Stratégie de communication

Objectif général

Contribuer à l'amélioration du bien-être mental et à la réduction des troubles mentaux et des addictions en Mauritanie, à travers un changement durable des comportements, une réduction de la stigmatisation et une augmentation du recours aux services.

Objectifs spécifiques

De manière spécifique, il s'agit de :

- Renforcer l'engagement des décideurs et partenaires
- Améliorer les connaissances sur la santé mentale et les addictions
- Promouvoir le recours précoce aux soins
- Réduire la stigmatisation et les discriminations
- Renforcer la confiance dans les services de santé mentale
- Mobiliser les communautés et acteurs relais
- Intégrer une approche CREC pour prévenir et gérer les crises

7.3. Approche stratégique

Le plan de communication repose sur une approche intégrée, participative et multisectorielle, articulée autour de trois piliers complémentaires :

- **Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) :** Cette approche vise à influencer positivement les comportements individuels et collectifs en matière de santé mentale et lutte contre les addictions. Elle s'appuie sur des messages simples, adaptés au contexte socioculturel, diffusés à travers des canaux appropriés.
- **Communication institutionnelle et plaidoyer :** Ce volet vise à renforcer la visibilité du PSNIMSLCA pour mobiliser les décideurs et les partenaires, et pour positionner la santé mentale et la lutte contre les addictions comme une priorité de santé publique. Il contribue également à la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.
- **Engagement communautaire :** L'engagement communautaire constitue un élément central de la Stratégie. Il vise à impliquer activement les communautés dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions, en valorisant les dynamiques locales et les relais communautaires.

7.4. Analyse des publics cibles

L'efficacité de la stratégie de communication repose sur une compréhension fine des publics cibles, de leurs vulnérabilités, de leurs perceptions et de leur rôle dans les dynamiques de santé mentale et de lutte contre les addictions. Dans le contexte mauritanien, ces publics doivent être analysés non seulement en fonction de leur exposition aux risques, mais également de leur capacité d'influence, de leur accès à l'information et de leur position dans les systèmes sociaux et institutionnels.

Les **jeunes, en particulier ceux âgés de 15 à 24 ans**, constituent la cible prioritaire de cette stratégie. Ils se trouvent à l'intersection de plusieurs facteurs de vulnérabilité : chômage, déscolarisation, pression sociale, exposition aux substances psychoactives et, dans certains cas, marginalisation socio-économique et psychosociale. Leur rapport à la santé mentale est souvent marqué par une faible connaissance des troubles, une forte stigmatisation et un recours limité aux services formels. Toutefois, ils représentent également un levier majeur de transformation sociale, notamment à travers leur capacité à influencer leurs pairs et à s'approprier des outils de communication modernes, en particulier numériques. Une stratégie efficace devra donc combiner des approches de sensibilisation, de développement des compétences psychosociales et de mobilisation des jeunes comme acteurs du changement.

Les **femmes** constituent un autre groupe prioritaire, en raison de leur exposition accrue à certaines formes de vulnérabilité, notamment les violences basées sur le genre, la charge psychosociale liée aux responsabilités familiales, ainsi que les inégalités d'accès aux services. Les normes sociales et culturelles peuvent également limiter leur capacité à exprimer leurs besoins en santé mentale et à accéder aux soins. Par ailleurs, les femmes jouent un rôle central dans la structuration des dynamiques familiales et communautaires (réseaux de coopératives de quartiers notamment dans les zones vulnérables), notamment en tant que mères, aidantes et éducatrices. Leur implication dans les stratégies de communication est donc essentielle, à la fois comme bénéficiaires et comme relais d'influence au sein des communautés.

Les **populations vulnérables**, incluant les personnes vivant dans la pauvreté, les populations rurales et nomades, les migrants et réfugiés, ainsi que les personnes en situation de crise humanitaire, présentent des besoins particulièrement élevés en santé mentale et soutien psychosocial. Leur accès à l'information et aux services est souvent limité par des contraintes

géographiques, économiques et linguistiques. Ces groupes sont également plus exposés à des facteurs de stress chroniques et à des événements traumatiques, ce qui renforce leur vulnérabilité aux troubles mentaux et aux addictions. La stratégie de communication devra être adaptée à leurs réalités spécifiques, en privilégiant des approches de proximité, des langues locales et des canaux accessibles.

Les **acteurs relais** jouent un rôle déterminant dans la diffusion des messages et l'ancrage communautaire des interventions. Les agents de santé, les agents de santé communautaires, les travailleurs sociaux et les enseignants constituent souvent le premier point de contact avec les populations. Leur niveau de connaissance, leurs attitudes et leurs compétences en communication influencent directement le recours aux services et la qualité de l'accompagnement. Les leaders religieux et communautaires occupent également une position stratégique, dans la mesure où ils façonnent les normes sociales, les représentations de la maladie et les comportements de recours aux soins. Leur implication active est essentielle pour lever les barrières liées à la stigmatisation et favoriser l'acceptabilité des messages.

Les **décideurs politiques et institutionnels**, ainsi que les partenaires techniques et financiers, représentent une cible clé pour les actions de plaidoyer. Leur engagement conditionne la mobilisation des ressources, l'intégration de la santé mentale dans les politiques publiques et la pérennité des interventions. La communication à leur égard devra s'appuyer sur des données probantes, des arguments économiques et des messages stratégiques mettant en évidence les liens entre santé mentale, développement, cohésion sociale et sécurité.

Enfin, les **médias** occupent une place centrale dans la structuration de l'opinion publique et la diffusion des messages de santé. Ils peuvent contribuer à amplifier les efforts de sensibilisation, mais également, en l'absence d'accompagnement, véhiculer des stéréotypes ou des informations erronées. Le renforcement de leurs capacités et leur engagement comme partenaires de santé publique sont donc essentiels pour assurer une communication responsable, cohérente et à fort impact.

Dans l'ensemble, la stratégie de communication devra adopter une approche différenciée et adaptée à ces différents publics, en tenant compte de leurs spécificités, de leurs besoins et de leur potentiel d'influence. Elle devra également promouvoir une participation active des communautés, afin de garantir l'appropriation des messages, la pertinence des interventions et la durabilité des changements de comportement.

7.5. Canaux et outils de communication

Le choix des canaux de communication sera guidé par leur accessibilité, leur pertinence et leur efficacité.

- Les **médias de masse** (TV, radios), en particulier les radios communautaires, joueront un rôle central, notamment en milieu rural. Les activités de communication de proximité, telles que les causeries éducatives, les caravanes de sensibilisation et les activités scolaires, permettront de renforcer l'interaction avec les communautés.
- Les **outils numériques**, notamment les plateformes de messagerie (digitale) et SMS, seront utilisés pour compléter les actions, en particulier en milieu urbain.

7.6. Planification et mise en œuvre

Le déploiement de la Stratégie de communication sera progressif et aligné sur les phases de mise en œuvre du PSNIMSLCA.

- La première phase (2026) sera consacrée à la mise en place d'un comité de coordination, des outils, à la formation des acteurs et à l'élaboration des messages.
- Les phases suivantes (2027–2029) viseront l'extension et l'intensification des activités à l'échelle nationale. L'année 2030 sera dédiée à la capitalisation des acquis et à la pérennisation des interventions.

La mise en œuvre reposera sur une coordination étroite entre le Ministère de la Santé, les directions régionales, les partenaires techniques et financiers, ainsi que les acteurs communautaires.

7.7. Cadre logique – Communication santé mentale et lutte contre les addictions

Objectif global

Niveau	Description	Indicateurs SMART	Sources de vérification	Hypothèses / Risques
Impact	Contribuer à l'amélioration du bien-être mental et à la réduction de la charge des troubles mentaux et des addictions en Mauritanie à l'horizon 2030	- Réduction de X % de la charge liée aux troubles mentaux (proxy : consultations tardives, complications) d'ici 2030 - Augmentation de X % du recours aux services de santé mentale	DHIS2 Enquêtes nationales santé Rapports PNSMLA	Engagement politique maintenu Financement durable assuré Stabilité du système de santé Disponibilité des services

Objectif spécifique

Niveau	Description	Indicateurs SMART	Sources	Hypothèses
Outcome	Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques en santé mentale et addictions, et augmentation du recours aux services de santé mentale et soutien psychosocial	≥30 % de la population identifie au moins 3 signes ou mesures de prévention des troubles mentaux d'ici 2030 ≥25 % des personnes consultent dans un délai précoce après apparition des symptômes ≥50 % de confiance dans les services de santé mentale	Enquêtes CAP DHIS2 Études perception	Acceptabilité sociale des messages Réduction de la stigmatisation Accessibilité des services

Résultats (Outputs)

Résultat 1 : Les populations sont informées et sensibilisées sur la santé mentale et les addictions

Indicateurs	Cibles	Sources	Hypothèses
% de la population exposée aux messages	≥70 %	Enquêtes CAP	Bonne couverture médias
Nombre de campagnes nationales	≥3/an	Rapports MS	Disponibilité financement

% population connaissant au moins un service disponible	≥50 %	Enquêtes CAP	Accessibilité de l'information
---	-------	--------------	--------------------------------

Résultat 2 : Changement de comportements et amélioration du recours aux services

Indicateurs	Cibles	Sources	Hypothèses
% population adoptant des pratiques favorables (recherche d'aide, soutien, prévention)	≥60 %	Enquêtes CAP	Acceptabilité sociale
Taux de consultation précoce en santé mentale	≥50 %	DHIS2	Accessibilité géographique
% réduction du recours exclusif aux pratiques non médicales	30 %	Enquêtes CAP	Sensibilisation efficace

Résultat 3 : Réduction de la stigmatisation et amélioration des attitudes sociales

Indicateurs	Cibles	Sources	Hypothèses
% population ayant des attitudes positives envers les personnes vivant avec troubles mentaux	≥50 %	Enquêtes CAP	Engagement communautaire
% réduction des perceptions négatives/stigmatisantes	30 %	Études perception	Implication leaders
Nombre d'initiatives communautaires anti-stigma	≥2/an/région	Rapports MS	Participation communautaire

7.8. Plan d'activités – Communication santé mentale et addictions

Objectif 1 : Information et sensibilisation des populations sur la santé mentale et les addictions

Interventions	Activités	Indicateurs	Période	Responsable
Élaboration des supports et outils de communication	Élaboration des messages clés adaptés (langues nationales, approche anti-stigma, SMSPS)	Messages élaborés et validés	2026	MS / PNSMLA
	Conception et production de supports (affiches, spots radio/TV, supports SMSPS, témoignages)	Nombre de supports produits	2026–2027	MS
Campagnes médias	Campagnes TV et radio nationales et communautaires (sensibilisation, anti-stigma, addictions)	Nombre de diffusions	2026–2030	MS
Communication digitale	Campagnes sur réseaux sociaux (jeunes, prévention addictions, bien-être mental)	Nombre de campagnes	2027–2030	MS

Objectif 2 : Amélioration des comportements et recours aux services de santé mentale

Interventions	Activités	Indicateurs	Période	Responsable
---------------	-----------	-------------	---------	-------------

Plaidoyer	Réunions de plaidoyer avec autorités (priorisation santé mentale, financement, droits humains)	Nombre de réunions	de 2026–2030	MS
Renforcement de l'engagement communautaire	Organisation de causeries éducatives (santé mentale, addictions, prévention, recours aux soins)	Nombre de sessions	de 2026–2030	MS
	Sessions de sensibilisation et formation des leaders communautaires et religieux (anti-stigma, orientation)	Nombre de sessions	de 2026–2030	MS
	Caravanes de sensibilisation mobile (zones rurales, jeunes, populations vulnérables)	Nombre de localités couvertes	de 2026–2029	MS
Milieu éducatif	Organisation de sessions en milieu scolaire (compétences psychosociales, prévention addictions)	Nombre de sessions organisées	de 2027–2030	MS / MEN
Promotion du recours aux soins	Campagnes sur la consultation précoce, les services disponibles et le soutien psychosocial	% population sensibilisée	2026–2030	MS

7.9. Suivi et évaluation

Un dispositif de suivi-évaluation robuste sera mis en place afin de mesurer l'efficacité des interventions de communication en santé mentale et lutte contre les addictions, en tenant compte des spécificités liées à la stigmatisation, au recours aux soins et à la perception sociale des troubles mentaux.

Ce dispositif reposera sur un ensemble d'indicateurs couvrant :

- la **couverture des activités de communication** (diffusion, exposition aux messages)
- l'**évolution des connaissances, attitudes et pratiques (CAP)** des populations
- les **changements de comportements**, notamment le recours précoce aux services
- la **réduction de la stigmatisation et des perceptions négatives**
- l'**amélioration de la confiance et de l'utilisation des services de santé mentale et SMSPS**

Des **enquêtes CAP périodiques** (baseline, mi-parcours, finale) permettront de mesurer les évolutions des connaissances, attitudes et comportements. Ces données seront complétées par l'analyse des informations issues du **système d'information sanitaire (DHIS2)**, notamment les données de fréquentation des services, ainsi que par des **mécanismes de feedback communautaire** (consultations, retours des bénéficiaires, focus groupes), essentiels pour comprendre les perceptions et ajuster les interventions.

Une attention particulière sera portée à l'utilisation des données pour la prise de décision, afin de permettre une adaptation continue des stratégies de communication en fonction des résultats observés et des dynamiques sociales.

Interventions	Activités	Indicateurs	Période	Responsable
Enquêtes CAP	Baseline, mi-parcours, finale	Rapports produits	2027, 2029	MS

Supervision	Missions terrain	Nombre de missions	Annuel	MS
Reporting	Rapports trimestriels	Rapports disponibles	Continu	MS

7.10. Budget détaillé par activité (2026–2030)

Résultat 1 : Information et sensibilisation

Activités	Coût unitaire	Quantité	Coût annuel (MRU)
Atelier d'élaboration messages, outils et supports	370000	1	370 000
Production supports (affiches, spots radio/TV)		1	4 500 000
Diffusion des spots à radio nationale	6000	200	1 200 000
Émissions radios interactives	forfait	100	600 000
Campagnes TV	forfait	5	350 000
Communication digitale (réseaux sociaux)	forfait	1	120 000
Sous-total annuel			7 140 000

Résultat 2 : Changement de comportement

Activités	Coût unitaire	Quantité	Coût annuel MRU
Causeries communautaires	5 000	630	3 150 000
Caravanes de sensibilisation	2 000 000	2	4 000 000
Activités en milieu spécifique	10000	50	500 000
Sous-total			7 650 000

Résultat 3 : Réduction de la stigmatisation

Activités	Coût unitaire	Quantité	Coût annuel
Activité anti-stigma	70 000	8	560 000
Sessions avec leaders	65 000	8	520 000
Témoignages et contenus sociaux	350 000	2	700 000
Sous-total			1 780 000

Récapitulatif du budget (2026-2030)

Activités	Budget (MRU)
Résultat 1 : Information & sensibilisation	7 140 000
Résultat 2 : Changement de comportement	7 650 000
Résultat 3 : Réduction stigmatisation	1 780 000
TOTAL	16 570 000 MRU

Budget annuel

Activités	2026	2027	2028	2029	2030
Atelier d'élaboration message communication & CREC (outils et supports...)	370 000				
Production outils, supports (affiches, spots radio/TV)	4 500 000				
Diffusion des Spots Radio Nationale	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000
Émissions Radio interactives	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
Campagnes TV	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
Communication digitale		30 000	30 000	30 000	30 000
Causeries communautaires		787 500	787 500	787 500	787 500
Caravanes de sensibilisation		2 000 000		2 000 000	

Activités scolaires		125 000	125 000	125 000	125 000
Campagnes anti-stigma		140 000	140 000	140 000	140 000
Engagement leaders communautaires	104 000	104 000	104 000	104 000	104 000
Témoignages et contenus sociaux	140 000	140 000	140 000	140 000	140 000
TOTAL	5 544 000	3756500	1756500	3756500	1756500

14. Chronogramme 2026–2030

Activités	2026	2027	2028	2029	2030
Atelier d’élaboration message communication & CREC (outils et supports...)	●				
Production outils, supports (affiches, spots radio/TV)	●				
Diffusion des Spots Radio Nationale	●	●	●	●	●
Émissions Radio interactives	●	●	●	●	●
Campagnes TV	●	●	●	●	●
Communication digitale		●	●	●	●
Causeries communautaires		●	●	●	●
Caravanes de sensibilisation		●		●	
Activités scolaires		●	●	●	●

Visite des établissements de détention lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale, Oct 2025 © Emergence Magazine



1. INTERVENTIONS CIBLANT LES RÉFUGIÉS, MIGRANTS ET AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES

Les interventions en faveur des **réfugiés, migrants** et autres **populations vulnérables** reposeront sur une approche intégrée, fondée sur les **droits humains**, l'**équité d'accès aux soins**, la **protection contre les violences** et la **continuité des services**. Elles viseront à garantir que les services de **santé mentale** et de **soutien psychosocial (MHPSS)** soient accessibles, adaptés, non discriminatoires et sensibles aux vulnérabilités spécifiques liées aux parcours migratoires, aux déplacements forcés et aux contextes humanitaires.

Dans cette perspective, le Plan soutiendra l'élaboration et l'adoption de **directives nationales en santé mentale fondées sur les droits humains**, conformes aux standards internationaux de l'OMS, notamment l'approche **QualityRights**, afin de promouvoir des soins respectueux de la **dignité**, de l'**autonomie** et des **droits fondamentaux** des personnes. Les principes de **consentement éclairé**, de **confidentialité**, de **non-discrimination** et d'**approche centrée sur la personne** seront systématiquement intégrés dans les services destinés aux migrants et réfugiés. Les prestataires des secteurs de la santé, du social, de la sécurité et des organisations humanitaires seront formés aux **droits des migrants et réfugiés**, à la **prévention des abus et violences institutionnelles**, ainsi qu'aux approches fondées sur les droits humains. Des **audits QualityRights** seront progressivement déployés dans les structures accueillant ces populations. Le Plan veillera également à garantir un **accès équitable et non discriminatoire** aux services de santé mentale. Les migrants et réfugiés seront explicitement pris en compte dans les **paquets minimum et complémentaire d'activités** ainsi que dans les dispositifs de **Couverture Sanitaire Universelle (CSU)**. Des points d'accès adaptés seront développés dans les **zones frontalières**, les **sites d'accueil** et les **zones urbaines à forte concentration migrante**. Afin de réduire les barrières **linguistiques, culturelles** et **financières**, des mécanismes de **médiation communautaire**, des services d'**interprétariat** ainsi que des dispositifs de **gratuité ciblée** ou de **subvention** seront mis en place.

Une attention particulière sera accordée à la **protection contre les violences, abus et pratiques coercitives**. Des mécanismes accessibles de **signalement** et de **gestion des plaintes** seront développés, tandis que les acteurs concernés — notamment les forces de sécurité, le personnel de santé et les acteurs humanitaires — seront formés à la **gestion non violente des crises** et à la prise en charge des urgences psychiatriques sans recours abusif à la contrainte. Des protocoles nationaux de prévention et de gestion des violences, incluant les **violences basées sur le genre (VBG)**, les traumatismes, la torture ou les détentions abusives, seront élaborés et diffusés. Les victimes bénéficieront d'un **accompagnement médico-psychosocial adapté**.

Le développement de **services de santé mentale adaptés au contexte migratoire** constituera également une priorité. Le Plan soutiendra la mise en œuvre d'interventions communautaires de **soutien psychosocial (MHPSS)** ainsi que le déploiement des approches recommandées par l'OMS, telles que **mhGAP**, **PM+** et **EASE**. Les services intégreront la prise en charge des **traumatismes liés aux déplacements**, du **stress post-traumatique** et des troubles associés aux violences et à l'exil. Des **espaces sûrs (safe spaces)** seront développés pour les femmes, les enfants et les jeunes migrants, tandis que des **services mobiles** et des stratégies d'**outreach** permettront d'atteindre les populations vivant dans les zones difficiles d'accès ou faiblement couvertes.

Afin de réduire les **ruptures de prise en charge**, le Plan renforcera la **continuité des soins** et la **coordination interinstitutionnelle** entre les postes frontaliers, les centres de transit, les structures sanitaires et les communautés. Des outils simplifiés de suivi des patients et de gestion des dossiers médicaux compatibles avec la mobilité seront développés. La coordination entre le **Ministère de la Santé**, le **Ministère de l'Intérieur**, les autorités migratoires et les acteurs humanitaires, notamment le **HCR**, l'**OIM** et les ONG, sera consolidée afin d'assurer une réponse cohérente et intégrée. La santé mentale sera également intégrée dans les **plans nationaux de préparation et de réponse humanitaire**.

Le Plan accordera par ailleurs une importance particulière à la **sensibilisation** et à la **lutte contre la stigmatisation et les discriminations** visant les migrants et réfugiés. Des campagnes de communication et de mobilisation communautaire seront menées avec l'implication des **leaders communautaires**, des **leaders religieux** et des **médias** afin de promouvoir la santé mentale comme un **droit universel**, de renforcer la **coexistence pacifique** et de favoriser la **cohésion sociale**.

Enfin, le Plan favorisera la **participation active** et l'**autonomisation** des migrants et réfugiés dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions. Des **pairs aidants** issus des communautés migrantes seront formés et des initiatives communautaires de santé mentale seront soutenues afin de renforcer l'appropriation, la pertinence et l'efficacité des actions mises en œuvre.

Le dispositif de **suivi-évaluation** intégrera des **indicateurs spécifiques** relatifs aux migrants et réfugiés, notamment en matière d'accès aux services, de traumatismes liés aux déplacements et de qualité des soins. Des **études** et **recherches** seront également conduites afin de mieux comprendre les besoins psychosociaux des populations migrantes en Mauritanie et d'orienter les politiques publiques, le plaidoyer et l'allocation des ressources sur la base de **données probantes**.

2. MATRICE OPÉRATIONNELLE DES PARTENAIRES PAR AXE STRATÉGIQUE

Objectif de la matrice

Cette matrice vise à clarifier les **rôles, responsabilités et contributions attendues des partenaires** pour chaque axe stratégique de la Stratégie, afin de renforcer la coordination multisectorielle, l'alignement des interventions et la redevabilité.

Axe stratégique 1 – Gouvernance, leadership et coordination multisectorielle

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé (PNSMLA)	Pilotage stratégique, coordination multisectorielle, cadre normatif
Secteurs publics partenaires	Ministères de l'Éducation, de la Justice, des Affaires sociales, de l'Intérieur, des Affaires islamiques	Participation aux instances de gouvernance, intégration de la santé mentale dans les politiques sectorielles
Collectivités territoriales	Wilayas, Moughataas, Communes	Coordination locale, supervision et mise en œuvre territoriale

PTF	OMS, UNICEF, PNUD, Banque mondiale, UE, autres partenaires	Appui technique, accompagnement institutionnel, financement ciblé
OSC	Organisations de plaidoyer, associations d'utilisateurs	Participation, veille citoyenne, contribution à la redevabilité

Axe stratégique 2 – Offre intégrée et décentralisée de services de santé mentale

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé	Organisation de l'offre, intégration dans les soins de santé primaires
Structures sanitaires	Hôpitaux, centres de santé, SSP	Prestation de services intégrés, référence/contre-référence
OSC / ONG	ONG nationales et internationales	Mise en œuvre de services communautaires, innovation opérationnelle
Collectivités territoriales	Communes, acteurs locaux	Soutien à l'accessibilité et à la proximité des services
PTF	OMS, UNICEF, UNFPA, coopération bilatérale	Appui à l'intégration, formation, financement des pilotes

Axe stratégique 3 – Ressources humaines qualifiées, motivées et équitablement réparties

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé / DRH	Planification RH, décentralisation, politiques d'incitation
Éducation et formation	Universités, écoles de santé, ministère de l'Enseignement supérieur	Formation initiale et continue
Ordres et associations professionnelles	Ordre des médecins, paramédicaux, psychologues	Normalisation, déontologie, supervision
PTF	OMS, partenaires bilatéraux	Appui à la formation, supervision, mentorat
OSC spécialisées	ONG techniques	Renforcement des capacités communautaires et psychosociales

Axe stratégique 4 – Médicaments psychotropes, chaîne d’approvisionnement, équipements et infrastructures

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé	Politique pharmaceutique, régulation
Structures d’approvisionnement	Centrale d’achats/CAMEC, pharmacies	Chaîne d’approvisionnement, stockage, distribution
Autorités de régulation	Agences de réglementation pharmaceutique	Sécurité, contrôle, usage rationnel
PTF	OMS, partenaires techniques	Appui technique, quantification, normes
Partenaires privés	Fournisseurs agréés	Approvisionnement, équipements et intrants

Axe stratégique 5 – Systèmes d’information, données, suivi-évaluation et recherche

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé / SNIS	Gouvernance des données, intégration SNIS
Instituts de recherche	Universités, centres de recherche	Recherche opérationnelle, production de connaissances
PTF	OMS, PNUD, partenaires techniques	Appui méthodologique, digitalisation
OSC	ONG et associations	Collecte communautaire, feedback usagers
Autres ministères	Éducation, Justice, Social	Partage de données sectorielles

Axe stratégique 6 – Financement durable, équitable et mécanismes innovants

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé / Ministère des Finances	Budgétisation, priorisation nationale
Parlement	Assemblée nationale	Vote et contrôle budgétaire

PTF	Banque mondiale, UE, agences onusiennes	Financement, cofinancement, mécanismes innovants
Secteur privé	Acteurs économiques, assurances	PPP, financement socialement responsable
OSC	Organisations de plaidoyer	Plaidoyer budgétaire, transparence

Axe stratégique 7 – Promotion de la santé mentale, prévention et engagement communautaire

Catégorie de partenaires	Acteurs clés	Rôle principal
Institution chef de file	Ministère de la Santé	Orientation stratégique, coordination
Communautés	Leaders communautaires, religieux, traditionnels	Sensibilisation, acceptabilité sociale
Médias	Publics et privés	Information, réduction de la stigmatisation
OSC	ONG communautaires, associations	Mise en œuvre de campagnes, prévention
PTF	UNICEF, OMS, partenaires	Appui technique et financier

Axe stratégique 8 – Santé mentale en milieux spécifiques et humanitaires

Milieu spécifique	Partenaires clés	Rôle principal
Éducation	Ministère de l'Éducation, établissements scolaires	Promotion, repérage précoce, orientation
Pénitentiaire	Administration pénitentiaire, Justice	Prise en charge, continuité des soins
Urgences / SAMU	SAMU, hôpitaux, sécurité civile	Urgences psychiatriques
Addictions	Office de Lutte contre la Drogue, Santé	Prévention, soins intégrés
Humanitaire	HCR, ONG humanitaires	Prise en charge migrants et réfugiés

3. APPROCHE ET METHODOLOGIE ADOPTÉE POUR L'ELABORATION DU PRESENT PLAN

La démarche du processus qui a conduit à l'élaboration du présent plan stratégique s'inscrit dans une approche collaborative et multisectorielle alignée sur les cadres conjoints de l'Organisation

mondiale de la Santé, du Programme des Nations Unies pour le Développement et de l'Équipe spéciale interagences des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (UNIATF). Elle vise à garantir un processus rigoureux, participatif, fondé sur des données probantes et cohérent avec les engagements nationaux et internationaux de la Mauritanie.

L'analyse des goulots d'étranglement (BBA) comme point d'entrée

Les groupes de travail ont mobilisé l'outil d'analyse des goulots d'étranglement et des barrières — Barrier & Bottlenecks Analysis (BBA) — promu par l'OMS. Cet outil repose sur une distinction méthodologique utile entre deux types d'obstacles :

- Les goulots d'étranglement désignent les étapes, ressources ou processus du système qui limitent sa capacité globale de délivrer les services attendus. Ils provoquent des retards, des inefficacités ou des surcharges.
- Les barrières désignent les obstacles structurels, organisationnels, financiers, sociaux ou comportementaux qui entravent la mise en œuvre ou l'utilisation effective des interventions, du côté de l'offre comme de la demande.

L'intérêt de cette approche dans le contexte mauritanien est direct : les politiques et stratégies de santé mentale existent déjà, mais les résultats restent limités car les blocages sont avant tout systémiques (organisation, accès, équité). La BBA permet d'identifier précisément où et pourquoi le système ne délivre pas les résultats attendus, et sert de point d'entrée méthodologique pour une planification stratégique fondée sur les réalités du terrain.

Quatre étapes structurantes

Le processus méthodologique du séminaire est articulé en quatre étapes séquentielles, chacune alimentant la suivante :

Étape 1 — Identifier les goulots d'étranglement

Les groupes de travail ont d'abord construit une base analytique standardisée, en s'appuyant sur les données épidémiologiques disponibles, le bilan des interventions en cours ou déjà menées et les contributions sectorielles. Ils ont ensuite identifié les goulots par catégories — politique et planification, financement, offre de services, demande, et facteurs transversaux (gouvernance, coordination, système d'information, ressources humaines) — à l'aide des outils OMS. L'analyse des causes profondes et la consolidation en plénière ont permis d'aboutir à une liste nationale partagée des problèmes prioritaires.

Étape 2 — Prioriser les goulots selon des critères partagés

Face à la multiplicité des problèmes identifiés, la priorisation a permis de concentrer les efforts de la Stratégie sur un nombre limité de contraintes majeures, afin de maximiser l'impact des actions dans un contexte de ressources limitées. Les groupes ont utilisé une grille standardisée OMS et un système de notation, en évaluant collectivement chaque goulot selon quatre critères :

- Impact potentiel sur les résultats en santé mentale.
- Faisabilité technique, institutionnelle et financière.
- Urgence au regard de la situation nationale.
- Contribution à l'équité et à la réduction des inégalités.

Les résultats ont été consolidés en plénière et validés par consensus, aboutissant à une liste hiérarchisée de goulots prioritaires qui constitue le point d'entrée pour la formulation des solutions.

Étape 3 — Identifier et analyser les solutions

Cette étape marque la transition entre l'analyse des problèmes et la formulation stratégique de la Stratégie. Les groupes ont recherché des réponses concrètes, réalistes et adaptées au contexte national, en mobilisant les données probantes (notamment les recommandations de l'OMS).

Chaque option a été évaluée selon une analyse multicritère portant sur l'impact attendu sur le goulot ciblé, la faisabilité opérationnelle, le coût et la durabilité, ainsi que la capacité de mise à l'échelle et l'acceptabilité politique et sociale, avec une attention explicite portée à l'équité. Les participants ont utilisé des matrices d'identification complétées par une approche inspirée de la théorie du changement, reliant actions, résultats intermédiaires et impacts.

Étape 4 — Construire les axes stratégiques

La quatrième étape, objet de la présente note, regroupe et organise les solutions priorisées en grands axes cohérents traduisant la vision stratégique du pays pour 2026-2030. La méthodologie repose sur une mise en correspondance systématique entre les solutions identifiées, les domaines d'action structurels et les orientations stratégiques des cadres mondiaux et nationaux. Les canevas OMS dédiés ont été utilisés pour assurer l'alignement avec le Plan d'action global OMS pour la santé mentale 2013-2030, les cibles mondiales et les priorités nationales. Chaque axe est formulé avec son objectif, sa valeur ajoutée par rapport au plan précédent et sa contribution aux résultats attendus, puis décliné en composantes opérationnelles.



Compétition sportive organisée en partenariat avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale, Oct 2025 © Emergence Magazine

4. CADRE LOGIQUE, CHRONOGRAMME ET BUDGET

Axe	Objectif Stratégique	Résultat	Interventions	Indicateurs	Source de vérification	PNSM/MSA					Responsable	Co-responsable	Chronogramme USD					Budget MRU et chronogramme					%			
						Baseline	juin 2028	Target 2030	2026	2027			2028	2029	Total par	2026	2027	2028	2029	Total MRU						
1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP MULTISCTEURIELS	Renforcer le Programme national de santé mentale et de lutte contre les addictions à travers un dispositif de gouvernance institutionnel et d'un mécanisme de coordination multisectoriel	D'ici 2030, un cadre institutionnel, stratégique et juridique complet et opérationnel est en place, assurant un pilotage efficace, une coordination multisectorielle fonctionnelle et la protection des droits des personnes vivant avec des troubles mentaux et des addictions.	1. Elaboration et adoption de la Stratégie nationale santé mentale et	Stratégie nationale valide et officielle (Dui/Nor)	Journal officiel, rapport MS	Non	Stratégie valide	Stratégie mise en œuvre	Ateliers techniques pour consultations multisectorielles et	PNSM/MSA	Ministère de la Santé, tous les ministères concernés, OMS, PTFs											0 MRU	0%			
			2. Rendre opérationnel le mécanisme national de coordination des	Nombre de réunions du comité multisectoriel	PV réunions, rapports	0	≥2 réunions/an	≥4 réunions/an + mécanisme institutionnel	Reunions périodiques (4 réunions par an) + 15 personnes	PNSM/MSA	Ministères sectoriels, OMS, PTFs	\$4 443	\$4 443	\$4 443	\$4 443	\$4 443	\$22 213	177 000 MRU	177 000 MRU	177 000 MRU	177 000 MRU	177 000 MRU	885 000 MRU	1%		
			3. Mise en place d'un mécanisme national de coordination	Nombre de réunions du comité multisectoriel	PV réunions, rapports	0	≥2 réunions/an	≥4 réunions/an + mécanisme institutionnel	Création du comité, 10 membres, 18 réunions périodiques (10 personnes)	PNSM/MSA	Ministères sectoriels, OMS, PTFs	\$9 588	\$9 588	\$9 588	\$9 588	\$9 588	\$47 941	382 000 MRU	382 000 MRU	382 000 MRU	382 000 MRU	382 000 MRU	1 510 000 MRU	1%		
			4. Mise en place d'un mécanisme de coordination au niveau national						1 réunion par mois, 15 personnes	PNSM/MSA	OMS, PTFs	\$1 581	\$1 581	\$1 581	\$1 581	\$1 581	\$7 905	63 000 MRU	63 000 MRU	63 000 MRU	63 000 MRU	63 000 MRU	215 000 MRU	0%		
			5. Renforcement du cadre juridique et réglementaire en santé mentale	Nombre de textes législatifs/réglementaires adoptés	Journal officiel	Très limité	≥2 textes adoptés	Cadre juridique complet opérationnel	Revue législative, drafting, pladoyier parlementaire (50 personnes pour 4 fois)	PNSM/MSA	Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense, Ministère des Affaires Sociales	\$14 106					\$14 106	562 000 MRU					562 000 MRU	0%		
			6. Intégration de la santé mentale dans les politiques sectorielles (santé, éducation, justice, social)	% de politiques sectorielles intégrant la santé mentale	Documents politiques sectoriels	Faible	50% secteurs	100% secteurs clés	Revisions politiques, ateliers intersectoriels (4 réunions par années visant 20 personnes)	PNSM/MSA	Tous les ministères concernés, OMS	\$5 623		\$5 623			\$11 646	232 000 MRU		232 000 MRU			464 000 MRU	0%		
2. OFFRE INTEGREE ET CENTRALISEE DE SERVICES	Intégrer la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires et structurer un parcours de soins continu, du communautaire au spécialisé	D'ici 2030, une offre intégrée, décentralisée et de qualité de services de santé mentale et de lutte contre les addictions est accessible à tous les niveaux du système de santé, avec un parcours de soins continu du niveau communautaire au niveau spécialisé.	1. Intégration de la santé mentale et la lutte contre les addictions dans les soins de santé primaires (SSP)	% formations sanitaires offrant un paquet minimum SM	DHS2, rapports MS	<10%	0,5	≥80%		PNSM/MSA	Directions Régionales de la Santé, OMS	\$51 335					\$51 335	2 045 250 MRU					2 045 250 MRU	1%		
			2. Formation en cascade des prestataires de terrain et déploiement des interventions (épave, prise en charge et accompagnement)	Nombre de prestataires formés	Rapports de formation	Faible	264	528	Former 2 prestataires par Moughataas + 1 par OMS (15 jours de formation et supervision), 12 formateurs	PNSM/MSA	OMS, PTFs	\$277 384	\$277 384	\$277 384	\$277 384	\$1 109 535		11 051 250 MRU	11 051 250 MRU	11 051 250 MRU	11 051 250 MRU		44 205 000 MRU	28%		
			4. Développement des services de santé mentale et lutte contre les addictions au niveau communautaire	% districts disposant de services SM communautaires	Rapports districts	Faible	40%	≥75%	Personnes âgées, personnes vulnérables, agents relais (identification, référencement et PPT) - 25 prestataires par Moughataas, pendant 3 jours de formation + 2 personnes à l'écoute	PNSM/MSA	PNSP, PTFs	\$129 477	\$129 477	\$129 477	\$129 477	\$517 900		5 158 500 MRU	5 158 500 MRU	5 158 500 MRU	5 158 500 MRU		20 636 000 MRU	13%		
			5. Renforcement des services spécialisés (niveau secondaire/tertiaire)	Nombre de structures spécialisées fonctionnelles	Rapports MS	Très limité	24	40	Recrutement spécialisés (formation dans 8 hôpitaux - CHC, CHM, CMO, CPH, CHN, CHCZ, CHN, NHH + Nouakchott pour la première année et à l'intérieur pour les autres années) + 15 personnes dans chaque	PNSM/MSA		\$30 496	\$30 496	\$30 496	\$30 496	\$30 496	\$152 481	1 215 000 MRU	1 215 000 MRU	1 215 000 MRU	1 215 000 MRU		6 075 000 MRU	4%		
			4. Renforcement des capacités des pharmaciens	Nombre des pharmaciens formés	Rapports MS	Faible	20	40	Atelier de formation de 3 jours pour 20 pharmaciens et vendeurs pharmaceutiques avec 2 formateurs	PNSM/MSA	DAMPS, Ordre des Pharmaciens, CAMEC	\$5 647		\$5 647			\$11 295	225 000 MRU		225 000 MRU			450 000 MRU	0%		
			5. Mise en place de circuits de référence et contre-référence fonctionnels à tous les niveaux	Nombre de personnels formés	Rapports MS	Très faible	30	120	Elaboration protocoles, formation, outils de référence (atelier pour 15 personnes pour 15 jours, deux fois)	PNSM/MSA	Sociétés Savantes, Hôpitaux, DAPLM	\$40 850		\$40 850			\$81 700	1 627 500 MRU		1 627 500 MRU			3 255 000 MRU	2%		
3. RESSOURCES HUMAINES	Former, renforcer, réaffecter et répartir les personnels nécessaires à la prise en charge de la santé mentale et la lutte contre les addictions sur tout le territoire	D'ici 2030, des ressources humaines compétentes, motivées et équilibrées réparties assurent la prévention, le dépistage, la prise en charge et le suivi des troubles mentaux et des addictions sur l'ensemble du territoire.	7. Intégration des services de santé mentale et addictologie dans les urgences, SAMU et soins essentiels	Nombre de personnels formés	Rapports MS	Très faible	60	100	Formation pour 20 personnel des urgences pendant 3 jours avec 2 formateurs	PNSM/MSA	DAPLM, SAMU, CHC/SP, Hôpitaux	\$5 572	\$5 572	\$5 572	\$5 572	\$5 572	\$27 861	222 000 MRU	222 000 MRU	222 000 MRU	222 000 MRU	222 000 MRU	1 110 000 MRU	1%		
			8. Développement de services mobiles et atterrée des zones éloignées	Nombre d'équipes mobiles opérationnelles	Rapports MS	0	≥5 équipes	≥10 équipes	1 caravane par ans de 7 jours, visant 100 personnes, avec une équipe de 10 personnes + "Ras transport"	PNSM/MSA	OMS, PTFs	\$8 082	\$8 082	\$8 082	\$8 082	\$8 082	\$40 411	322 000 MRU	322 000 MRU	322 000 MRU	322 880 MRU	322 000 MRU	1 610 000 MRU	1%		
			10. Intégration de la santé mentale dans les programmes prioritaires (VPH, TB, NHA, santé maternelle, etc)	% programmes intégrant SM	Rapports programmes	Très faible	50%	≥80%	Organisation des sessions de formation avec les programmes prioritaires afin d'intégrer la santé mentale et lutte contre les	PNSM/MSA	Programmes VPH, TB, Paludisme, MNT, Santé Maternelle, Nutrition	\$3 890		\$3 890			\$7 781	3 890 MRU		3 890 MRU			7 781 MRU	0%		
			11. Digitalisation et télémédecine en santé mentale et lutte contre les addictions et mettre en place d'équipes patients électroniques	Existence de services télé-médecine SM (Dui/Nor)	Rapports projets	Non	Projet pilote	Extension nationale	Implanter une unité en télé-médecine au niveau national + formation de 2 personnes par structures + équipement (écran, camera, écouteur...) (première année	PNSM/MSA	DPECS, Direction des Systèmes d'Information, OMS	\$319 054		\$319 054			\$639 108	319 054 MRU		12 731 360 MRU			13 050 414 MRU	8%		
			TOTAL AXE 2											\$418 930	\$497 589	\$481 012	\$830 954	\$481 012	\$2 638 436	4 127 695 MRU	19 851 250 MRU	17 968 750 MRU	32 564 300 MRU	37 968 750 MRU	52 442 945 MRU	59%
			4. MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	Garantir la disponibilité continue, l'accessibilité et l'utilisation optimale des médicaments psychotropes essentiels à tous les niveaux du système de santé	D'ici 2030, les médicaments psychotropes essentiels sont disponibles en centres, accessibles et utilisés de manière rationnelle et sécurisée à tous les niveaux du système de santé.	1. Elaboration et mise en œuvre d'un plan national de développement des ressources humaines en santé	Existence d'un plan RH SM (Dui/Nor)	Document officiel MS	Non	Plan valide	Plan opérationnel et financé	Analyse situation RH, base des données RH, élaboration plan, validation (atelier de 1 journée à 100 participants) via les RH MS - 3 ateliers pour 15 personnes de 3 jours	PNSM/MSA	DRH, Ministère de la Santé	\$7 304			\$7 304	\$14 608	291 000 MRU		291 000 MRU			582 000 MRU	0%
2. Amélioration de la répartition géographique des ressources	Ratio personnel SM par région	Données RH				Très inégal	Reduction des écarts	Répartition équilibrée		PNSM/MSA	DRH, Ministère de la Santé, Ministère des Finances	\$11 577	\$11 577	\$11 577	\$11 577	\$11 577	\$57 886	461 250 MRU	461 250 MRU	461 250 MRU	461 250 MRU	461 250 MRU	2 306 250 MRU	1%		
3. Développement des compétences spécialisées (généralistes, psychologues, travailleurs sociaux, généralistes, PM+...)	Nombre de spécialistes formés/certifiés	Registres RH				Très faible	180	300	Mission de formation (2 formateurs internationaux et 1 formateur national, pour une semaine et adressée à 15 personnes chaque	PNSM/MSA	Université, Sociétés Savantes, OMS, PTFs	\$47 639	\$47 639	\$47 639	\$47 639	\$47 639	\$238 197	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	1 898 000 MRU	9 490 000 MRU	6%		
4. Mise en place d'un système de supervision formelle et équilibrée	Nombre de supervision/an par district	Rapports supervision				Faible	12	20	2 ateliers de supervision de 4 jours (12 semaines - 16 du programme + 5	PNSM/MSA	DRS, Hôpitaux régionaux, OMS, PTFs	\$22 690	\$22 690	\$22 690	\$22 690	\$22 690	\$113 451	904 000 MRU	904 000 MRU	904 000 MRU	904 000 MRU	904 000 MRU	4 520 000 MRU	3%		
5. Mise en place d'un système d'information de gestion des centres de soins communautaires et centres de soins de santé mentale et des addictions sur l'ensemble du territoire.	Mécanisme national opérationnel (Dui/Nor)	Documents RH				Non	Mis en place	Fonctionnel	Mission de pladoyier avec les PTFs - 2 réunion de 1 journée pour 20 personnes	PNSM/MSA	PTFs, Ministère de la Santé, Ministère des Finances	\$351	\$351	\$351	\$351	\$351	\$1 757	14 000 MRU	14 000 MRU	14 000 MRU	14 000 MRU	14 000 MRU	70 000 MRU	0%		
5. Fonctionnement du centre d'addictologie de Nouakchott - centre pilote pour une année (RH + 6. Intégration de la santé mentale et addictologie dans les curricula de formation initiale	Centre pilote (Dui/Nor)	Rapport du PNSM/MSA				Non	Mis en place	Fonctionnel	Opérationnalisation du centre	PNSM/MSA	Hôpital Cheikh Zayed, OMS, PTFs	\$51 003		\$51 003			\$103 003	2 032 000 MRU					2 032 000 MRU	1%		
5. SYSTÈMES D'INFORMATION ET DE RECHERCHE	Renforcer les systèmes d'information, de suivi-évaluation et de recherche en santé mentale afin de produire des données fiables et orienter la prise de décision, le pladoyier et la planification	D'ici 2030, un système d'information intégré et performant produit des données fiables et régulièrement utilisées pour la planification, la prise de décision, le suivi-évaluation et le pladoyier en santé mentale et lutte contre les addictions	9. Partenariats académiques et internationaux pour le renforcement des capacités	Nombre de partenariats actifs	Accords signés	Faible	≥3	≥5	Accords université et centres hospitaliers, coopération technique 1 voyage à l'étranger pour 7 jours pour 2 personnes du Programme + 3	PNSM/MSA	OMS, Université, partenaires académiques	\$46 086	\$46 086	\$46 086	\$46 086	\$46 086	\$196 742	1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	1 860 000 MRU	7 440 000 MRU	5%		
			TOTAL AXE 3											\$148 560	\$134 388	\$128 544	\$141 094	\$128 544	\$674 538	5 608 250 MRU	5 197 250 MRU	5 446 250 MRU	5 137 250 MRU	26 874 250 MRU	17%	
			1. Mise à jour et adoption de la liste nationale des médicaments psychotropes essentiels	Liste nationale valide (Dui/Nor)	Document officiel MS	Partielle	Liste actualisée	Mise à jour régulière institutionnalise	Revue liste OMS, validation nationale - 1 réunion pour 20 personnes pour une forme à Nouakchott	PNSM/MSA	DAMPS, CAMEC, OMS	\$3 414			\$3 414	\$10 241	136 000 MRU		136 000 MRU			408 000 MRU				
			2. Amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau périphérique (SSP) et mise en place d'un système de gestion des stocks performant (LMS) et un	% centres de santé disposant des psychotropes essentiels	Rapports supervision	Très faible	60%	≥85%	Réunion de pladoyier avec DAMPS et CAMEC de 1 journée, pour 15 personnes	PNSM/MSA	DAMPS, CAMEC, DAPLM, OMS	\$1 362			\$1 362		\$4 250 MRU					54 250 MRU	0%			
			3. Elaboration et diffusion de protocoles nationaux de traitement	Protocoles disponibles et utilisés (Dui/Nor)	Documents officiels	Non	Protocoles validés	Utilisation généralisée	2 ateliers de 3 jour pour 30 personnes à Nouakchott	PNSM/MSA	Sociétés Savantes, DAMPS, OMS	\$13 930		\$13 930			\$27 861	555 000 MRU		555 000 MRU			1 110 000 MRU	1%		
			4. Réduction des barrières d'accès financier aux médicaments (intégration des psychotropes dans les médicaments	% patients accédant aux médicaments essentiels	Enquêtes, registres patients	Faible	50%	≥80%	Atelier avec CNAM, CHASS et DRS de 1 jour pour 20 personnes	PNSM/MSA	CNAM, CHASS, Ministère de la Santé, Ministère des Finances	\$1 707		\$1 707				68 000 MRU					68 000 MRU	0%		
TOTAL AXE 4												\$4 631		\$4 631		\$9 262	369 000 MRU		369 000 MRU			738 000 MRU	0%			
	1. Intégration des indicateurs de santé mentale et addictologie dans le système national DHS2	Nombre d'indicateurs SM intégrés dans DHS2	DHS2	0-2 indicateurs	≥8 indicateurs	≥15 indicateurs standardisés	Révision cadre indicateurs, intégration DHS2 - Organiser un atelier pour 15 personnes pendant 5 jours en dehors de Nouakchott pour réviser les outils de gestion et les formations agents Superviseurs qualité données - Organiser une formation sur la gestion des données et confidentialité pour 20 Revises (intermédiaires au niveau du Programme, feedback data avec les régions - 4 réunions de 2 jours avec	PNSM/MSA/DPECS	Direction des Systèmes d'Information, OMS	\$9 161		\$9 161			\$18 323	365 000 MRU		365 000 MRU			730 000 MRU	0%				
	2. Amélioration de la complétude et de la qualité des données SM et addictologie	Nombre de personnes formés	DHS2, rapports supervision	Faible	20	40			PNSM/MSA/DPECS	DRS, Districts sanitaires	\$11 847		\$11 847			\$23 694	472 000 MRU		472 880 MRU			944 000 MRU	1%			
	3. Utilisation des données pour la prise de décision	Nombre des réunions décisionnelles utilisant données SM	PV réunions, rapports	Très faible	12	20			PNSM/MSA/DPECS	DPECS, OMS	\$18 524		\$18 524		\$18 524	\$74 005	738 000 MRU		738 000 MRU			738 000 MRU	2%			
	4. Réalisation d'une enquête nationale en santé mentale et	Estimation de protocoles data governance (Dui/Nor)	Documents officiels	Non	Protocoles établis	Application généralisée			PNSM/MSA/DPECS	ANSADE, Université, OMS	\$300 000		\$300 000			\$11 952 300 MRU	1 210 000 MRU		738 000 MRU			11 952 300 MRU	8%			
	TOTAL AXE 5												\$309 161	\$30 371	\$18 524	\$39 532	\$16 524	\$416 112	12 371 300 MRU	1 210 000 MRU	1 576 000 MRU	738 000 MRU	16 578 300 MRU	11%		



وزارة الصحة
MINISTÈRE DE LA SANTÉ