

WHO-AIMS

**RAPPORT WHO-AIMS SUR
LE SYSTEME DE SANTE MENTALE
AU BURUNDI**



**Organisation
mondiale de la Santé**



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE
BURUNDI**

RAPPORT WHO-AIMS SUR
LE SYSTEME DE SANTE MENTALE
AU BURUNDI

Un rapport d'évaluation du système de Santé Mentale au Burundi à l'aide
de l'instrument d'évaluation conçu par
l'Organisation Mondiale de la Santé pour
les systèmes de Santé Mentale (WHO-AIMS)

(Bujumbura, Burundi)

2008



**Organisation Mondiale
de la Santé**



**Ministère de la Santé Publique
Burundi**

OMS, Burundi
OMS, Bureau régional
OMS, Département de la Santé mentale et de l'Abus des Substances (MSD)

La présente publication a été produite par l'Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de l'OMS au Burundi en collaboration avec le bureau régional de l'OMS, et avec le support de l'équipe Evidence et Recherche du Département chargé de la Santé Mentale et abus des drogues au siège de l'OMS à Genève.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

- 1) Dr. Thérèse AGOSSOU, chargée de la promotion de la Santé Mentale, Bureau régional de l'OMS, agossout@afro.who.int
- 2) Dr. Tarande Constant MANZILA, Représentant résident de l'OMS Burundi, omsburundi@bi.afro.who.int
- 3) Dr Jodi MORRIS, Département de la Santé mentale, Bureau de l'OMS à Genève. morrisj@who.int

Résumé Exécutif

La collecte des données sur le système de santé mentale au Burundi, a été réalisée grâce à l'instrument d'évaluation du système de santé mentale conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO-AIMS). Cette activité vise à fournir les données de base permettant d'évaluer le système national de Santé Mentale en vue d'envisager son amélioration. Cela permettra au Burundi de se doter d'un système d'information et d'une planification des interventions en santé mentale basée sur des données claires et des besoins réels. Le présent rapport constitue aussi un outil précieux pour mesurer les différents progrès enregistrés dans l'application et la mise en place des réformes législatives, la qualité des interventions et services communautaires, l'implication des usagers, leurs familles ainsi que des principaux acteurs dans la promotion, la prévention, les soins, la réhabilitation sociale et réintégration communautaire. Les informations condensées dans ce rapport concernent la période qui va jusqu'en Décembre 2006 et n'incluent donc pas les développements postérieurs à cette période.

Le Burundi n'a ni politique ni stratégie nationale de santé mentale. Il a cependant créé depuis 2002, un service national de santé mentale intégré au sein du Ministère de la Santé Publique dont le budget ne représente qu'environ 0,43% du Budget global alloué à la santé. La législation du domaine de la santé mentale est lacunaire en ce sens que certains codes et lois du pays ne parlent que globalement de la capacité et de la protection des malades mentaux. En plus, le personnel de soins n'est pas suffisamment formé sur la protection des droits des usagers des services de santé mentale. Les structures d'hospitalisation médico-légales sont inexistantes.

Au niveau national, il existe un seul hôpital neuropsychiatrique (CNPK) et deux structures ambulatoires de soins de santé mentale qui soignent 41% d'usagers en santé mentale et parmi eux 38% sont des femmes et 20 % des enfants et des adolescents. Il n'existe aucune donnée de surveillance et de recherche épidémiologique en santé mentale et le Ministère de la Santé Publique n'a pas doté de système de collecte d'information aux différents intervenants pour compiler certaines données importantes dans ce secteur. Les lits d'hospitalisation étaient au nombre de 65 sur une population estimée à 7.600.000 habitants (2006). Le traitement psychosocial est peu utilisé à l'hôpital psychiatrique (1-20%) tandis qu'il représente 50-80% dans les structures ambulatoires.

Les médecins des structures de soins de base sont autorisés à prescrire les psychotropes avec certaines restrictions. Ils ne disposent cependant d'aucun protocole de soins et d'évaluation de la santé mentale. Le pays possède des ressources humaines très limitées avec presque jamais de formation continue ou de recyclage (1-3%). La proportion aux 100.000 habitants est de 0,013 pour les médecins psychiatres, 0,026 médecins généralistes, 0,42 infirmières, 0,51 psychologues ainsi que 0,408 travailleurs sociaux. Les activités de promotion et d'éducation du public dans le domaine de la santé mentale ne sont pas bien coordonnées par les services du ministère. La collaboration entre les services de la santé mentale et les autres services n'est pas étroite à l'exception de certains domaines comme le programme de santé de base, la lutte contre le VIH/Sida et la protection de l'enfance.

Tables des matières

Résumé Exécutif.....	1
Sigles et abréviations.....	3
Remerciements.....	4
Introduction.....	5
DOMAINE 1 : POLITIQUE ET CADRE LEGISLATIF	6
Politique de santé mentale.....	6
Programme de santé mentale.....	6
Financement des services de santé mentale	8
DOMAINE 2 : SERVICE DE SANTE MENTALE.....	9
Intégration et organisation des services de santé mentale.....	9
Structures ambulatoires de santé mentale	9
Hôpitaux psychiatriques.....	11
Disponibilité des médicaments psychotropes essentiels	12
DOMAINE 3 : SANTE MENTALE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE	12
Formation et recyclage du personnel	12
Référence et prescription dans les structures de soins de santé primaires	12
DOMAINE 4 : RESSOURCES HUMAINES.....	13
Distribution des ressources humaines en santé mentale.....	13
Effectif de professionnels formés durant l'années 2006.....	14
DOMAINE 5 : EDUCATION DU PUBLIC ET LIENS AVEC D'AUTRES SECTEURS.....	16
Coordination des activités IEC en santé mentale	16
Relation avec les autres secteurs	16
DOMAINE 6 : SURVEILLANCE ET RECHERCHE EN SANTE MENTALE	17
RECOMMANDATIONS.....	18
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	19

Sigles et abréviations

CNPK	: Centre NeuroPsychiatrique de Kamenge
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
HealthNet TPO	: HealthNet Transcultural Psychosocial Organisation
IEC	: Information, Education et Communication
INSS	: Institut National de Sécurité Sociale
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de la Santé

Remerciements

La collecte des données sur le système de santé mentale au Burundi a été effectuée à l'aide de l'instrument d'évaluation de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO-AIMS).

Ce travail a été coordonné par Monsieur Herman NDAYISABA, Représentant de HealthNet TPO Burundi, en collaboration avec le Service National de Santé Mentale du Ministère de la santé Publique avec le soutien du bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé au Burundi.

L'instrument d'évaluation des Systèmes de Santé Mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO-AIMS) a été conceptualisé et développé par le Mental Health Evidence and Research team (MER) du département de santé mentale et abus de substances (MD), OMS Genève, en collaboration avec des collègues internes et externes à l'OMS.

Prière de se référer au WHO-AIMS (WHO, 2005) pour de plus amples informations sur le développement de WHO-AIMS au site web suivant : http://www.who.int/mental_health/WHO-AIMS/en/index.html

Le projet a reçu l'assistance financière de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement aux Dr MARIMBU Janvier, point focal de la santé mentale au Bureau de l'OMS Bujumbura et Dr. Tarande Constant MANZILA, Représentant résident de l'OMS Burundi pour avoir encadré les travaux. Nous adressons nos sincères gratitude à Shekhar Saxena, coordinateur du projet WHO-AIMS pour la mise à disposition des outils d'enquête et le suivi des travaux de cette étude. Merci également aux Dr Edwige FAYDI et Dr Carina FERREIRA respectivement de l'OMS Genève et Brazzaville, pour leurs conseils judicieux pendant leur mission de travail à Bujumbura.

Nous remercions tout particulièrement Dr Thérèse AGOSSOU, chargée de la promotion de la santé mentale au Bureau régional de l'OMS, pour sa disponibilité ainsi qu'à toute l'équipe du WHO-AIMS du siège de l'OMS comprenant Dr Benedetto SARACENO, Dr Shekhar SAXENA, Dr Tom BARRETT, Dr Antonio LORA, Dr Jodi MORRIS et Mme Grazia MOTTURI.

Le projet WHO-AIMS est coordonné par Dr Shekhar SAXENA.

Nous remercions vivement le Ministère de la Santé Publique pour sa franche collaboration et pour avoir facilité l'accès à toutes les informations nécessaires.

Introduction

Situé en Afrique centrale, le Burundi est un petit pays enclavé et densément peuplé avec une population globale estimée à 8.100.000 habitants sur une superficie de 27. 834 km² (FNUAP, 2007). La population est constituée de 50% d'enfants de moins de 15 ans (CSLP- ISTEEBU 2004). Environ 90,5 % habitent en milieu rural et survivent grâce à l'agriculture de subsistance sans aucun revenu régulier. Le taux de croissance démographique est de 3,0 % par an. L'espérance de vie à la naissance est de 46,1 et le taux d'alphabétisation des hommes est de 54,02 % tandis que celui des femmes est de 32,7 %.

Le système sanitaire au Burundi consiste en soins primaires, soins secondaires, soins tertiaires. La proportion de budget de la santé mentale par rapport au budget total alloué au ministère de la santé est de 0.43%. Le produit national intérieur brut (PNB) par habitant par an est de 110 US\$ qui équivaut à environ 0, 301 US\$ par jour (2004)¹.

Au Burundi, le domaine de la santé mentale est encore très peu développé. En dépit de la mise sur pied d'un service de santé mentale en 2002 au sein du Ministère de la santé publique, le pays ne s'est toujours pas doté de politique nationale en la matière et ne dispose d'aucun système de surveillance et de recherche épidémiologique dans le domaine de la santé mentale.

Il existe un seul hôpital neuropsychiatrique à l'échelle nationale et les activités d'assistance psychosociale et de santé mentale sont presque exclusivement réalisées par les organismes humanitaires non gouvernementaux. En 2006, le pays disposait uniquement d'un seul psychiatre. Les soins de santé mentale n'existent pas dans les structures de soins de base. Pour pallier cette insuffisance, le Centre Neuropsychiatrique et l'ONG HealthNet TPO (la seule qui disposait d'un psychiatre dans le pays) entretiennent deux structures de soins ambulatoires qui couvrent 76% du territoire national. La capacité d'accueil de cet unique hôpital neuropsychiatrique est de 65 lits et n'a pas changé durant les cinq dernières années.

Une politique et une stratégie nationale de santé mentale est en cours d'élaboration avec l'implication de tous les partenaires clés. Le pays ne dispose pas non plus de plan de contingences valide en cas de catastrophe humaine ou naturelle.

Sur le plan législatif, force est de constater que le système législatif burundais est lacunaire en matière de santé mentale. Certains codes et lois parlent vaguement de la protection des usagers souffrant de troubles mentaux sans aucune précision.

Les infrastructures de base adaptées à la santé mentale et les ressources humaines qualifiées manquent cruellement dans le pays. Cette situation est d'autant plus grave que le système éducatif burundais offre seulement 1% du volume de formation aux étudiants en médecine générale et un nombre d'heures très limitées aux élèves infirmiers (1%).

¹ ISTEEBU ,2004

DOMAINE 1 : POLITIQUE ET CADRE LEGISLATIF

Le domaine relatif à la politique et au cadre législatif en matière de santé mentale est subdivisé en 5 principaux thèmes suivants :

- la politique de santé mentale
- le programme de santé mentale
- la législation en santé mentale
- le respect des droits de l'homme ;
- le financement des services de santé mentale

Politique de santé mentale

Au Burundi, la politique de santé mentale n'a pas encore vu le jour. Le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 (PNDS) et la Politique Nationale de la Santé 2005-2015 (PNS) élaborés par le Ministère de la Santé Publique en parlent en termes généraux. L'élaboration de la politique nationale de la santé mentale a été tentée à deux reprises, et le dernier projet incomplet date de 2004. Le Burundi a souscrit au Plan d'Action sur la Santé Mentale que les Ministres de la Santé, réunis en congrès international ont amendé et adopté le 4 décembre 2004 à Rome². Une commission chargée de l'élaboration d'une politique nationale de santé mentale³ a été déjà mise sur pied en avril 2007. Pour la fourniture en médicaments, une liste de médicaments psychotropes essentiels a été dressée par le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions. Celle-ci comprend les catégories ci-après :

- les antipsychotiques anxiolytiques
- les antidépresseurs
- les régulateurs de l'humeur
- les médicaments antiépileptiques

Programme de santé mentale

Il n'existe pas de programme de santé mentale au Burundi. De ce fait, aucune stratégie n'a été élaborée en vue de promouvoir le secteur de la santé mentale. Cette situation est déplorable dans la mesure où la crise sociopolitique qui a sévi au Burundi depuis octobre 1993 s'est accompagnée de deuils multiples, de pertes de biens et de déplacements de la population.

Aucun plan de contingences n'a été spécifiquement élaboré par le MSP pour prévenir d'éventuelles conséquences en santé mentale en cas de catastrophes humains ou naturels.

Une conférence sous régionale sur l'intégration de la Santé Mentale dans les soins primaires était organisée en Juillet 2006 à Bujumbura par le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'ONG HealthNet TPO et l'OMS. Celle-ci a recommandé une décentralisation progressive des services de Santé Mentale.

² Ministère de la Santé Publique : Plan National de Développement sanitaire 2006-2010. Bujumbura 2005, p 18

³ Information recueillie auprès de Monsieur NDUWAYO Polycarpe, cadre du Ministère de la Santé

Une partie importante des besoins en santé mentale est couverte par les ONGs et le seul Centre Neuropsychiatrique de Kamenge qui appartient à la congrégation des Frères de la Charité. Malgré les efforts remarquables des ONGs notamment à travers l'extension des projets psychosociaux (HealthNet TPO) et la mise en place des unités mobiles de soins psychiatriques, les interventions n'ont pas encore couvert tout le territoire national. Deux structures mobiles de soins de santé mentale sont fonctionnelles dans 13 (76%) sur 17 provinces qui composent le Burundi.

Les activités de coordination et supervision des interventions en santé mentale ne sont pas effectuées de façon satisfaisante malgré quelques interventions du service de santé mentale créé en 2002 au sein de la Direction de la Promotion de Santé, Hygiène et Assainissement. Il compte un personnel très limité composé de 3 à 4 psychologues.

Législation en santé mentale

Au Burundi, la législation en santé mentale, au sens strict du terme n'est pas encore bien définie. Cependant, l'analyse de certains codes et loi institués au Burundi permet de déceler certaines dispositions sporadiques relatives à la capacité, à la compétence et à la protection des malades mentaux.

Ces dispositions se trouvent notamment dans :

- la loi n° 1/18 du 20/10/2004 portant promulgation de la constitution post-transition de la République du Burundi (Article 19 et 23) ;
- Le Décret-loi n° 1/024 du 28/4/1993 portant réforme du code des personnes et de la famille (Article 359 à 367).
- Décret-loi n° 1/6 du 4/4/1981 portant réforme du code pénal (article 12)
- La loi n° 1/015 du 20/7/1999 portant réforme du code de procédure pénale (art. 70)
- Le décret-loi n° 1/037 du 7/7/1993 portant révision du code du travail au Burundi (Art. 140 à 145)
- Le code de la Santé Publique (Art.85).

Force est de constater que dans la pratique, l'application de ces dernières dispositions n'est pas encore effective.

En effet, dans le système judiciaire burundais, une personne atteinte de troubles mentaux est dans la majorité de cas poursuivie au même titre qu'une personne normale alors qu'elle est pénalement irresponsable (Art.12 du code pénale). Ce n'est que plus tard, après avoir écopé de sanctions (ex. l'emprisonnement) que le juge tiendra compte de l'état mental du prévenu⁴. Cette situation démontre clairement que le niveau d'affection mentale d'une personne n'est pas un élément tenu en considération par la législation burundaise.

⁴ Propos recueillis auprès des Cours et tribunaux du Burundi

Il n'existe pas de contrôle et formation sur les droits de l'homme dans les services de santé mentale même si le Burundi a ratifié la Convention Internationale sur les Droits de l'Homme.

Ainsi, aucune inspection n'a été effectuée, jusqu'à présent, au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK), le seul hôpital neuropsychiatrique existant au Burundi, pour garantir le respect des droits des bénéficiaires. Aucune plainte n'a également été déposée publiquement pour dénoncer des cas de violation des droits des usagers.

Dans le domaine de la formation du personnel sur les droits de l'homme, quelques journées de sensibilisation sur le thème ont été organisées par le CNPK en collaboration avec des ONGs nationales et internationales⁵.

Financement des services de santé mentale

Le budget des dépenses en services de santé mentale s'élève à 55,358.00 US\$ Soit 0,43% du montant total (13, 000,000.00 US\$) alloué à la Santé. La grande part de ce montant soit 90% (50,002,007 US\$) est affectée au seul hôpital neuropsychiatrique du pays (CNPK) en guise de salaire du personnel.

Tous les soins liés aux troubles mentaux sont couverts par la sécurité sociale. Cependant, le nombre de personnes ayant accès gratuit aux psychotropes est très minime car seuls les affiliés de l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) et de la Mutuelle de la Fonction Publique peuvent les avoir gratuitement dans un pays où la majorité (plus 90%) de la population n'est pas assurée par ces deux institutions. Le nombre exact de personnes ayant bénéficié des médicaments psychotropes est inconnu, du fait que les services concernés n'ont pas pu fournir les estimations nécessaires.

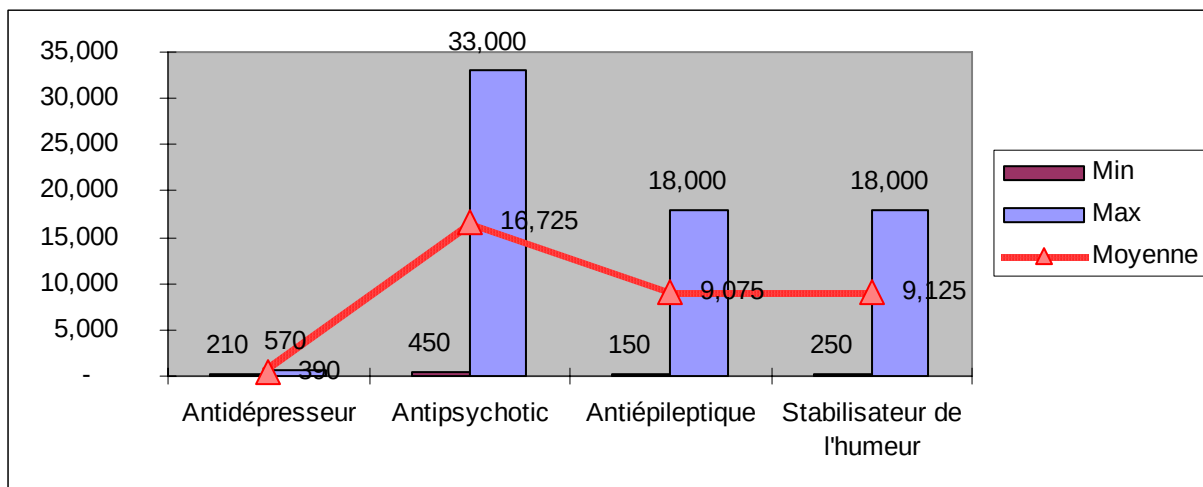
Pour les personnes qui ne sont pas couvertes par la sécurité sociale, les coûts minima des différents médicaments psychotropes et antiépileptiques sont les suivants comparés au revenu moyen⁶ par habitant :

- *Antidépresseurs : amitriptyline 25mg 3cp/j : 210 FBU par jour (10,5% du revenu journalier)*
- *Antipsychotiques :halopéridol 5mg 1cp/j, chlorpromazine 100mg 1cp/j, bipériden 2mg 1cp/j :un total de 450 FBU par jour, (22,5% du revenu journalier)*
- *Antiépileptiques :phénobarbital 100mg 2cp/j : 150 FBU par jour (7,5% du revenu journalier)*
- *Médicaments stabilisateurs de l'humeur : carbamazepine 200mg 3cp/j : 250 FBU par jour (12,5% du revenu journalier)*

Les écarts entre les produits psychotropes les moins chers et les plus chers sont énormes comme le montre le graphique ci-après :

⁵ Propos recueillis auprès du Frère Directeur du CNPK

⁶ Revenu moyen d'un burundais par an (GDP) est de 699 USD (UNDP, 2005)

Graphique no 1: Variation des coûts des médicaments psychotropes

DOMAINE 2 : SERVICE DE SANTE MENTALE

Intégration et organisation des services de santé mentale

Il existe au sein du Ministère de la Santé Publique, un Service National de Promotion de la Santé Mentale. La principale mission de ce service est de conseiller le Gouvernement sur la politique et la législation en santé mentale. Il est aussi chargé de la planification, la gestion et la coordination des activités de tout le secteur.

Toutefois, aucun outil ou guide de contrôle et d'évaluation de la qualité des services de santé mentale n'a été élaboré jusqu'ici. Les services de santé mentale ne sont pas organisés sous forme de secteur.

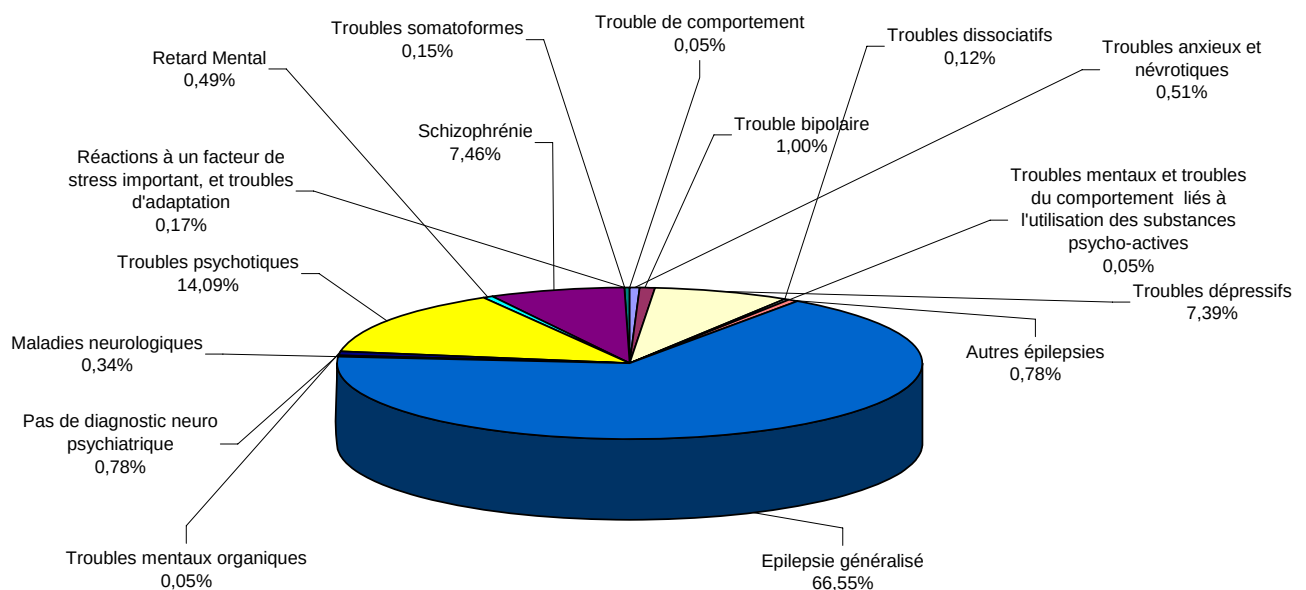
Structures ambulatoires de santé mentale

Il existe seulement deux structures ambulatoires de santé mentale dans tout le pays. 53 usagers pour 100.000 habitants sont suivis dans ces structures. Les deux intervenants qui entretiennent ces structures sont: l'ONG HealthNet TPO Burundi et le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK). Les structures ambulatoires couvrent environ 76% du territoire national soit 13 sur 17 provinces. Les femmes suivies dans ces structures représentent 48%. Le nombre de contacts de soins en ambulatoire est de 3,84 par usager.

Il n'existe aucune structure de santé mentale s'occupant spécifiquement des enfants et adolescents. Une des structures ambulatoires de santé mentale fait le suivi psychosocial par l'intermédiaire des assistants psychosociaux basés dans la communauté qui collaborent étroitement avec les unités mobiles de soins psychiatriques.

Environ 37% d'usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale sont des enfants et adolescents. Durant l'année 2006, 4 087 usagers de ces structures ont été consultés 15 704 fois (en moyenne 3,84 consultations par personne). La majorité des cas pris en charge par les structures ambulatoires sont des cas d'épilepsie et de psychose chronique ou aiguë. Il est probable que la grande majorité des cas dit « troubles mentaux courants » comme la dépression, les troubles d'anxiété et le traumatisme restent sans traitement psychiatrique. Les ONGs ayant des services psychosociaux reçoivent un bon nombre de ces cas, qui sont pris en charge par des interventions comme le counselling individuel, familial ou de groupe. A titre indicatif 31.96% de patients ont été consultés seulement une fois. Pour la plupart, les diagnostics retenus étaient les troubles bipolaires, les troubles du comportement liés à l'utilisation d'une substance psycho-active, le retard mental, les troubles de comportement et troubles mentaux organiques ou encore les troubles anxieux et névrotiques ainsi que les problèmes d'épilepsie, de dépression, quelques troubles psychotiques et schizophréniques. Environ 28.84% de patients ont été consultés en moyenne deux à trois fois. Pour ces derniers, il s'agissait du traumatisme, des troubles dépressifs psychotiques mais aussi de l'épilepsie et de la schizophrénie. Autour de 39.2% de patients ont été consultés en moyenne plus de trois fois et le diagnostic de leur problème est l'épilepsie, la schizophrénie et les troubles psychotiques. Dans le souci d'enclencher un processus d'intégration des services de Santé Mentale dans les soins de base, une commission pour l'élaboration des modules de formation des prestataires de soins de base en Santé Mentale a été mise sur pied par le gouvernement en 2006. La commission a produit un module de formation qui a été validé par le MSP et ses partenaires pour usage national. Des formations sont planifiées pour commencer dans un proche avenir et pour un minimum de 5 infirmiers par province sanitaire dans un premier temps.

Graphique n°2: Répartition des usagers suivis dans la structure ambulatoire de santé mentale de HealthNet TPO selon le type de diagnostic enregistré :



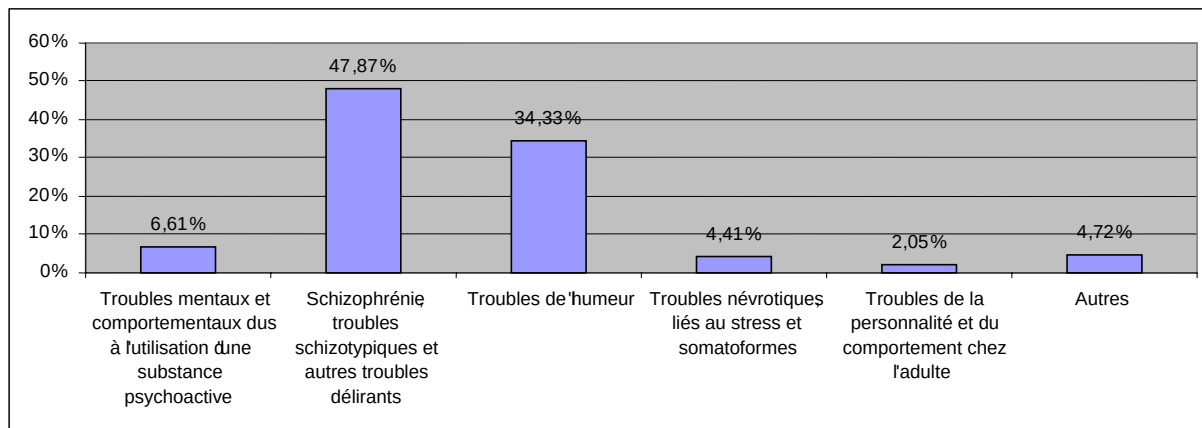
Les structures de traitement de jour et les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires intégrées dans la cité n'existent pas dans le pays.

Hôpitaux psychiatriques

Il existe un seul hôpital neuropsychiatrique (CNPK) dans le pays avec une capacité d'accueil de 65 lits. Cette capacité d'accueil n'a pas changé au cours des cinq dernières années. Il y a moins d'un lit pour 100.000 habitants et 39 % de patients suivis dans cet hôpital sont des femmes.

La répartition des usagers selon le type de diagnostic est la suivante :

Graphique n° 3 : Répartition des usagers selon le type de diagnostic (CNPK)



Il existe une autre structure résidentielle, celle de Mutwenzi (centre du pays en province de Gitega) en dehors du système de santé permettant de délivrer des soins à des patients présentant des troubles mentaux dans le pays. Cette structure accueille des personnes de tout âge présentant un retard mental.

Disponibilité du traitement psychosocial dans les structures de santé mentale

Sur un nombre de 778 personnes qui ont bénéficié des services d'hospitalisation du CNPK, entre 1-20 % ont bénéficié d'une intervention psychosociale durant l'année 2006. Au niveau des structures ambulatoires de santé mentale, le nombre d'usagers qui ont reçu une intervention psychosociale est élevé au cours de l'année 2006, il varie entre 51 à 80 % des personnes consultées.

Disponibilité des médicaments psychotropes essentiels

Dans le seul hôpital neuropsychiatrique que possède le pays, au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique est disponible tout au long de l'année. Il en est de même pour les deux structures ambulatoires disponibles dans le pays, soit 100 % des structures ambulatoires existantes. Les usagers du milieu rural représentent 80% des soins reçus dans les structures ambulatoires, ce qui est relativement proche de la proportion de la population rurale au Burundi (89% ; UNFPA, 2007).

Le principe d'équité à l'accès aux services de santé mentale à travers différents groupes de la population (ethnique et religieux) est respecté au pays. La population Burundaise parle la même langue: le Kirundi.

DOMAINE 3 : SANTE MENTALE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE

Les activités liées à la santé mentale ont véritablement débuté en 2002 par la création d'un service de santé mentale, le premier dans l'histoire de la santé publique au Burundi.

Formation et recyclage du personnel

Sur le plan éducatif, seulement 1% des heures de formation de base des étudiants en médecine est consacré à la santé mentale tandis que le même volume horaire se retrouve dans les curricula de base des candidats infirmiers.

Aucun médecin prestant dans les structures publiques de soins de base n'a suivi de stage de recyclage en psychiatrie ou santé mentale durant l'année 2006.

Référence et prescription dans les structures de soins de santé primaires

Aucun protocole de prise en charge et d'évaluation pour les situations clés en santé mentale n'est disponible dans les structures de soins de santé primaire.

Le nombre de patients orientés par les médecins des structures de soins de base vers les structures de soins psychiatriques de niveau supérieur n'est pas connu car dépendant de la volonté du médecin traitant et de la proximité des structures de référence.

Jusqu'en 2006, quelques interactions entre certains médecins des structures de santé primaire et les services de santé mentale étaient enregistrées. Les médecins des structures de base sont autorisés à prescrire des médicaments psychotropes avec certaines restrictions.

Moins de 20% des structures de soins de base ont au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique en psychiatrie à savoir: les médicaments anti-psychotiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, anxiolytiques et antiépileptiques.

La proportion d'infirmiers prestataires dans les structures de soins de base ayant reçu une formation continue dans le domaine de la santé mentale sont au nombre de 76 infirmiers sur 2 562, soit 3%.

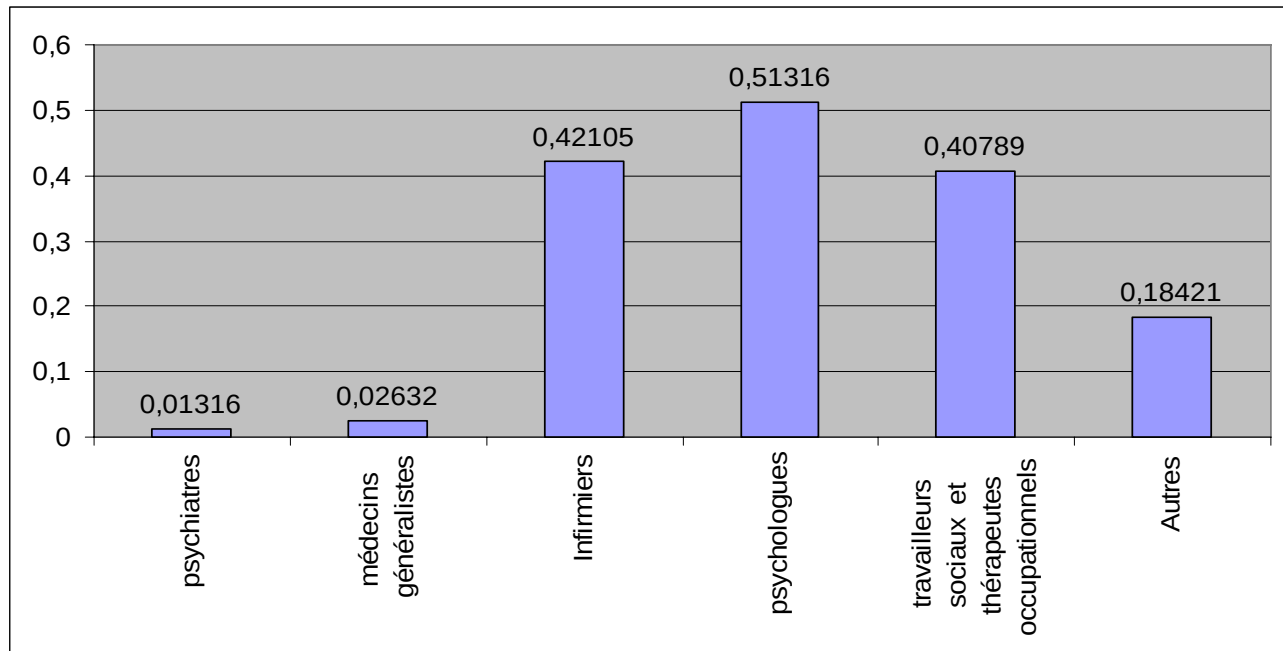
Les structures de soins non médicalisées à la base en soins de santé mentale et l'interaction formelle entre les soins de base et les soins alternatifs ou traditionnels n'existent pas.

DOMAINE 4 : RESSOURCES HUMAINES

Distribution des ressources humaines en santé mentale

Les ressources humaines oeuvrant dans les structures de soins de santé mentale publiques et privées sont en nombre limité comme le montre le graphique sur la distribution du staff des structures de soins en santé mentale par profession:

Graphique no 4: Proportions des ressources humaines pour 100.000 habitants



Le pays dispose d'un seul médecin psychiatre (soit 0,01316 médecin psychiatre par 100.000 habitants). Dans le même ordre, nous retrouvons 2 médecins généralistes (soit 0,02632 pour 100.000 habitants), 32 infirmiers (soit 0,42105 pour 100.000 habitants), 39 psychologues (soit 0,51316 pour 100.000 habitants), et 31 travailleurs sociaux (soit 0,40789 pour 100.000 habitants).

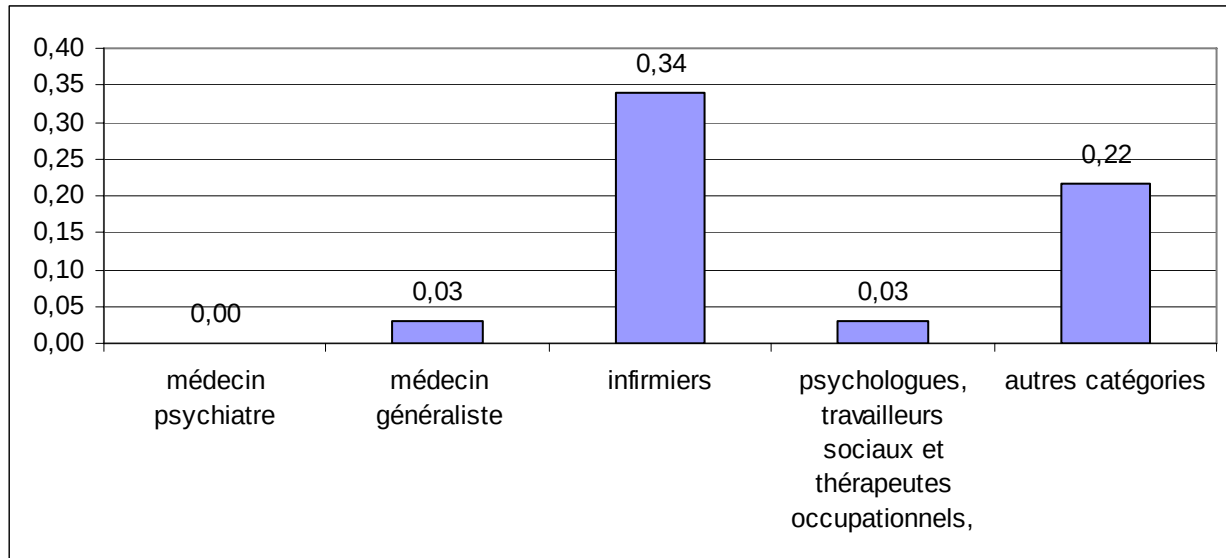
En 2006, le seul psychiatre en activité au Burundi travaillait dans le secteur humanitaire au sein d'une ONG internationale.

Concernant le secteur d'affectation des psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et thérapeutes occupationnels, 9% travaillent dans des services publics tandis que 91% prestent aux seins des ONGs et pratiques privées. Aucun d'entre eux ne preste dans les secteurs public et privé à la fois.

Les services ambulatoires emploient un médecin psychiatre, 2 médecins généralistes, 14 infirmiers, 29 psychologues, assistants sociaux et thérapeutes occupationnels ainsi que 11 autres staffs appartenant aux autres catégories. Les services psychiatriques communautaires intégrés dans la cité n'existent pas au Burundi.

Au niveau de l'hôpital psychiatrique, la proportion des ressources humaines par lit d'hôpital est répartie comme suit.

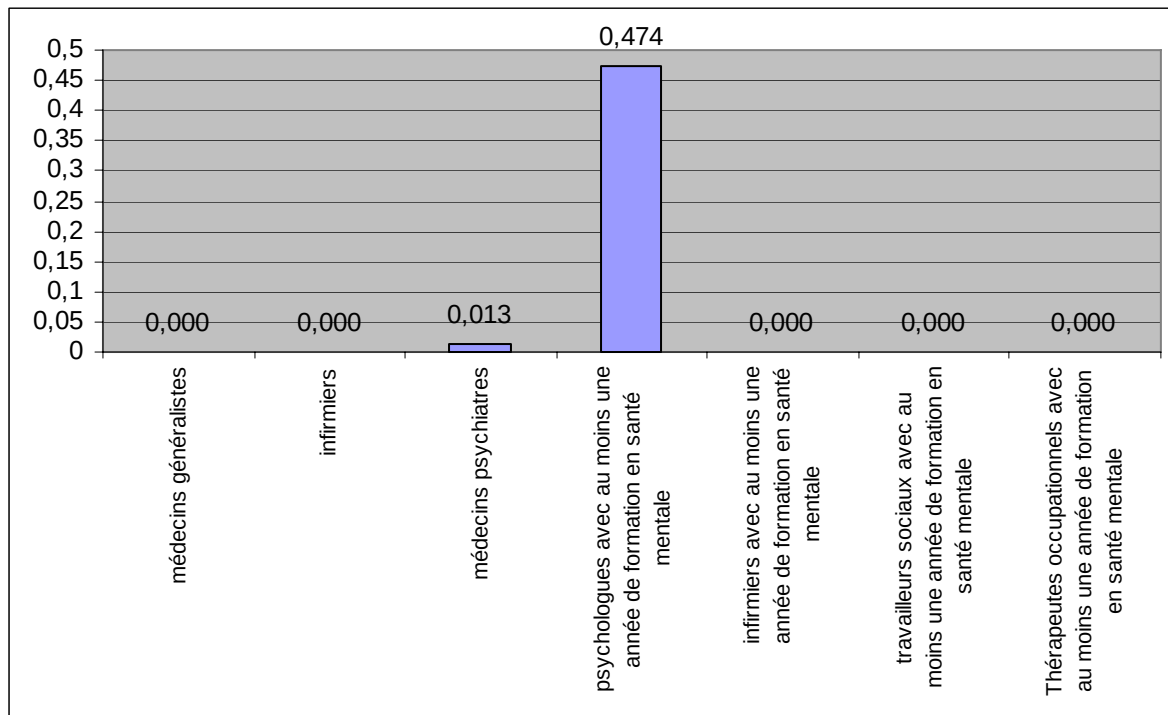
Graphique no 5 : Proportion du personnel par lit d'hôpital



La distribution des ressources humaines entre la ville et la campagne est inégale. Le milieu citadin est mieux servi que la campagne aussi bien en terme de médecin psychiatre que d'infirmiers étant donné que tous les spécialistes travaillent dans les cabinets privés en ville ou à l'hôpital neuropsychiatrique.

Effectif de professionnels formés durant l'année 2006

Durant l'année 2006, un médecin psychiatre et 36 psychologues ont été formés avec au moins plus d'une année de cours en santé mentale. La proportion de professionnels formés en 2006 pour 100.000 habitants est présentée dans le graphique ci-après :

Graphique no 6: Proportion du nombre de professionnels formés en 2006 pour 100.000 habitants

En ce qui concerne la formation de recyclage des prestataires des soins dans l'usage rationnel des psychotropes, 100 % des médecins psychiatres et des médecins généralistes qui travaillent dans le secteur de santé mentale en ont reçu une tandis que le personnel infirmier, qui n'est pas normalement autorisé à prescrire de tels médicaments, n'a pas bénéficié de cette formation.

La proportion du personnel qui a participé à des ateliers de recyclage en assistance psychosociale est en grande partie constituée de psychologues (84%) et de personnel non médical travaillant dans la communauté (100%).

L'effectif du personnel formé en santé mentale des enfants et des adolescents est présenté par catégorie dans le tableau ci-après :

Tableau n°1: Répartition du personnel ayant reçu une formation en santé mentale des enfants et des adolescents

Fonction	Nombre	Pourcentage
Psychiatres	0	0 %
Médecins non spécialisés en psychiatrie	2	100 %
Infirmiers	0	0 %
Psychologues, assistants sociaux et thérapeutes occupationnels	9	13 %
Autre staff	8	57 %

Le nombre de personnes ayant bénéficié de la formation continue dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents représentent 64 % du staff affecté dans ce secteur. Presque tous les médecins psychiatres Burundais formés ont immigré à l'étranger (50%). Quelques 4 à 5 psychiatres Burundais ont été formés à l'étranger et ne sont pas retournés. Les associations d'utilisateurs ou de familles des membres d'associations d'utilisateurs n'existent pas encore. Les intervenants en santé mentale dans le pays sont essentiellement des ONGs nationales et internationales estimées au nombre de sept sur tout le territoire national.

DOMAINE 5 : EDUCATION DU PUBLIC ET LIENS AVEC D'AUTRES SECTEURS

Coordination des activités IEC en santé mentale

Il existe des institutions qui font la promotion de la santé mentale comme les ONGs, les associations locales, les agences internationales ainsi que quelques services publics. Un service de coordination des interventions en santé mentale existe depuis 2002 au MSP. Cependant, les prestations de ce service en matière d'IEC en santé mentale sont encore lacunaires. Chaque intervenant organise ses propres activités à sa manière.

La sensibilisation est dirigée vers la population en général et les professionnels de santé. Les catégories de la population les plus fréquemment ciblées pour les activités d'éducation sont surtout les enfants et adolescents en difficulté, les personnes victimes du traumatisme psychologique, les femmes et autres groupes vulnérables.

Les groupes de professionnels visés par les différentes campagnes de sensibilisation sont surtout les prestataires de soins de santé, ceux qui s'occupent des soins de santé alternatifs et traditionnels, les enseignants, les travailleurs sociaux, les leaders politiques et autres groupes de professionnels attachés à la santé.

Relation avec les autres secteurs

Force est de constater que le cadre légal définissant les normes de collaboration entre les services dédiés à la protection sociale est déficient. En effet, il n'existe pas de mesure législative pour la protection des personnes présentant des troubles mentaux en ce qui concerne l'emploi, la non discrimination au travail, les avantages financiers pour le logement ou encore la non discrimination dans l'obtention du logement.

Il en résulte ainsi une faible collaboration entre le service chargé d'assister les personnes ayant des troubles mentaux et les autres services ou département. Cependant, il y a lieu de noter l'existence d'une collaboration officielle entre les services de santé mentale et les programmes de santé de base, ceux chargés de la lutte contre le VIH/SIDA ou encore les institutions responsables de la protection de l'enfance.

En marge des services de santé mentale, il n'existe pas d'autres structures qui s'occupent des besoins autres que psycho médicaux des personnes qui souffrent des troubles mentaux.

Seules 0,3% (9/3031) des écoles primaires et secondaires emploient un professionnel de santé mentale et environ 1-20% d'entre elles sont touchées par les activités de promotion de la santé mentale. Quelques officiers de police ont été impliqués dans le programme d'éducation en santé mentale tandis qu'aucun des professionnels de la loi comme les juges et les avocats n'a participé à ce genre d'activités de manière formelle.

Les cas de personnes souffrant des troubles mentaux sont monnaie courante dans les institutions pénitentiaires mais les chiffres et les pourcentages des cas psychotiques et des retardés mentaux demeurent inconnus des responsables de ces maisons. Toutefois, on estime qu'entre 1 et 20% des maisons correctionnelles ont au moins un prisonnier qui suit un traitement de santé mentale par mois.

Les enquêtes révèlent aussi qu'environ 6% (29/478) des personnes recevant une rente d'handicap de la part des institutions d'assurance sociale sont handicapées à la suite d'un trouble mental.

DOMAINE 6 : SURVEILLANCE ET RECHERCHE EN SANTE MENTALE

Dans le domaine de la surveillance et recherche en santé mentale au Burundi, il n'existe pas de liste officielle de données élémentaires devant être recueillies par les intervenants.

Au niveau du système d'information en santé mentale, l'hôpital neuropsychiatrique compile seulement les données concernant le nombre de lits, le nombre de patients hospitalisés et le nombre de jours d'hospitalisation tandis que les diagnostics par usagers et les informations sur les cas de contention physique ne sont pas régulièrement mentionnés.

Pour ce qui est des structures ambulatoires de santé mentale, 100% d'entre elles enregistrent régulièrement les informations relatives au nombre d'usagers traités et à l'effectif d'usagers contactés. Seules 50% des structures ambulatoires de santé mentale ont collecté et transmis les données (2006) au MSP. Signalons également que le service de santé mentale du ministère a publié un rapport avec des données non commentées. Au niveau de la recherche en santé mentale, le seul médecin psychiatre en activité et environ 1- 20% d'infirmiers et de psychologues ont été impliqués dans la recherche en santé mentale comme investigateur ou co-investigateur durant les cinq dernières années.

La consultation du PubMed n'a montré aucune publication en rapport avec la santé mentale sur le Burundi durant les 5 dernières années. Les recherches publiées (dans la littérature grise) étaient focalisées sur les évaluations cliniques non épidémiologiques ainsi que les études portant sur les services et les interventions.

RECOMMANDATIONS

La présente étude porte sur la période qui va jusqu'à fin 2006, année marquée à la fois par la signature des accords définitifs de cessez-le-feu, synonymes de fin de guerre et par la succession d'une forte sécheresse et d'inondations à l'origine d'une famine meurtrière.

Cette étude contient des éléments à partir desquels une politique et un plan stratégique de santé mentale pourront se bâtir. A ce propos, il est souhaitable d'avoir un plan réaliste, un plan même évolutif qui permette aux différents bailleurs de financer ce qui est urgent ou prioritaire quand ils ne peuvent pas tout soutenir en même temps. Il est impératif d'avoir un département au Ministère de la Santé Publique qui coordonne les activités des différents acteurs dans le domaine de la santé mentale, et c'est ce même département qui se chargerait de donner l'information au public en vue d'éduquer ce dernier sur les sujets de la santé mentale et des droits de l'Homme en utilisant des outils adaptés au contexte et validés par les différents partenaires. Le plan devrait prendre en considération la part majoritaire des jeunes dans la population burundaise dans l'organisation et la mise en place des services de santé mentale.

En terme de planification, le gouvernement et ses partenaires sont appelés à renforcer les récentes initiatives de décentralisation des soins jusqu'aux BPS et structures de soins généraux. Cela non seulement rend les soins accessibles mais aussi permettra d'intégrer les informations de santé mentale dans le système général d'information sanitaire. Toutefois, la décentralisation ne pourra qu'être progressive étant donné l'état carenciel des ressources matérielles et humaines dont souffrent les structures de soins de santé de base au Burundi.

Eu égard à la situation de sortie de crise et aux capacités limitées des structures de santé au Burundi, un plan viable reposerait sur une approche biopsychosociale basée sur le schéma de pyramide inversée suivant : des actions éducatives qui couvrent la plupart de la population (section haute de la pyramide), des interventions de groupe ciblées pour des contextes spécifiques (section intermédiaire), et des interventions spécialisées pour le plus petit nombre atteint de troubles graves (section basse).

La confection des modules de formation, la formation des prestataires de soin, l'établissement des protocoles de traitement ainsi que la participation de la communauté dans la planification de ces changements sont des préalables à l'introduction des soins de santé mentale au niveau périphérique des soins.

L'encouragement par l'état des différents partenaires ainsi que leur coordination conduira à la qualité et l'efficacité des interventions. Une société civile active dans la protection des personnes vulnérables, notamment des associations d'usagers de santé mentale, est encouragée à se positionner en partenariat dans les différentes initiatives entreprises dans ce domaine.

A la suite d'un nombre grandissant de publications qui mettent en évidence la relation entre santé mentale et développement, le CSLP mentionne brièvement l'importance de la santé mentale, un premier pas dans une collaboration à développer dans la lutte contre la pauvreté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CNPK(2007). *Rapport annuel d'activité*, Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, Bujumbura,

HealthNet TPO(2007). *Rapport biannuel d'activités de pour la période 2005-2006*, Bujumbura.

ISTEEBU(2004). *Rapport annuel 2004*, Institut des statistiques et d'études économiques du Burundi, Bujumbura.

MiniJust(1962). *Codes et lois du Burundi*, Ministère de la justice, Bujumbura.

Minisanté(2007). *Document sur la stratégie nationale de santé mentale, Draft*, Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le SIDA, Bujumbura.

Minisanté(2006). *Liste des médicaments essentiels révisés*, Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le SIDA, Bujumbura.

Minisanté(2005). *Plan de développement sanitaire 2006-2007*, Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le SIDA, Bujumbura.

UNFPA(2007). *Etat de la population mondiale 2007*, Bujumbura.

WB(2006). *Document sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Banque mondiale, Bujumbura.

En 2007, des informations sur le système de santé mentale au Burundi pour la période allant jusqu'en 2006 ont été collectées à base d'un instrument (WHO-AIMS) développé à cet effet par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les données recueillies concernent principalement: politique et législation en santé mentale, les services de santé mentale, l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de base, les ressources humaines, l'éducation publique et liens avec d'autres secteurs ainsi que le monitoring et recherche.

Jusqu'en 2006, le Burundi ne dispose pas encore de politique de santé mentale ni de législation tenant réellement compte de cet aspect. La faible proportion du budget de la santé mentale (0.43%) par rapport au budget total alloué au Ministère de la Santé témoigne du niveau d'importance accordé à ce domaine.

Les services de santé mentale consistent en un seul hôpital psychiatrique sans médecin psychiatre depuis 11 ans avec une capacité d'accueil de 65 lits ainsi que 2 services ambulatoires de soins. Les informations de santé mentale ne sont pas incluses dans le système général d'information sanitaire.

Le pays dispose d'un seul médecin psychiatre (soit 0,01316 médecin psychiatre par 100.000 habitants). Dans le même ordre, nous retrouvons 2 médecins généralistes (soit 0,02632 pour 100.000 habitants), 32 infirmiers (soit 0,42105 pour 100.000 habitants), 39 psychologues (soit 0,51316 pour 100.000 habitants), et 31 travailleurs sociaux (soit 0,40789 pour 100.000 habitants). Un seul médecin psychiatre burundais se partage entre le cabinet privé et l'appui aux ONGs humanitaires.

La disponibilité des services de santé mentale dans les soins de santé primaire est encore très faible. Les prestataires des soins à la base reçoivent une formation très limitée en santé mentale (1%) par rapport aux autres cours du cursus. La population burundaise, en majorité vivant sous le seuil de pauvreté, ne peut accéder aux soins de santé mentale librement que lorsque ceux-ci sont gratuits ou subventionnés, ce qui est encore l'exception au Burundi (moins de 10% seulement de la population bénéficie d'un système de sécurité sociale, les autres devant assumer la charge complète de leurs frais de santé).