



REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PLAN STRATEGIQUE NATIONALE DE LA SANTE MENTALE 2016-2020



Bujumbura, juillet 2016

Préface

Les maladies mentales et physiques sont tributaires d'un certain nombre de co-facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux). Nous savons que ces maladies peuvent être prise en charge efficacement. L'important pour un système de santé est de pouvoir comprendre et gérer la dichotomie dans le bien-être complet de l'homme (santé mentale et santé physique ou le physique et le psychique).

En effet, plusieurs se conjuguent pour provoquer les maladies mentales. La santé mentale et la santé physique sont indissociables et leurs effets réciproques sont complexes et profonds. Sur ce, parler de la santé sans mentionner la santé mentale revient à accorder un instrument en oubliant certaines notes. La santé mentale importe autant que la santé physique pour le bien-être général des individus.

Une action efficace et prolongée en santé mentale passe par l'adoption d'une politique, d'une stratégie, d'un programme et d'une législation reposant sur les connaissances actuelles et sur le respect de la dignité humaine. La réforme de la santé mentale doit s'inscrire dans la réforme du système de santé en général. Les régimes d'assurance-maladie devraient favoriser les personnes atteintes des troubles mentaux pour faciliter l'accès au traitement et de réduire la charge financière des soins

La protection de la santé mentale de la population, comme son amélioration, est une tâche complexe impliquant de nombreux acteurs. Elle oblige à dégager des priorités parmi les besoins, les maladies, les services, les traitements et les stratégies de prévention et de promotion, puis à faire des choix concernant leur financement. Enfin elle oblige à contrôler et analyser les résultats afin d'adapter sans cesse les décisions aux problèmes qui se posent.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA avec l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé et d'autres partenaires vient de mettre en place un plan stratégique national quinquennal de la santé mentale (2016-2020).

Ainsi, nous témoignons notre sincère remerciement à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette stratégie.

**Le Ministre de la Santé Publique et de la
Lutte contre le SIDA**

Dr. Josiane NIJIMBERE



ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ASC	: Agent de Santé Communautaire
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BMD	: Baccalauréat Master Doctorat
BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Central d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi
CDFC	: Centre de Développement familial et communautaire
CDS	: Centre de Santé
CNP	: Centre Neuropsychiatrique
CNPK	: Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
CTB	: Coopération Technique Belge
CTHM	: Centre de Thérapie et d'Hygiène Mentale
DISE	: Direction des Infrastructures Sanitaire et Equipement
DS	: District Sanitaire
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
FOSA	: Formations Sanitaires
FOSA	: Formations Sanitaires
HN-TPO	: HealthNetTPO (Transcultural Psychosocial Organisation) Humaine et du Genre
IEC	: Information, Education et Communication
INSP	: Institut National de Santé Publique
INSS	: Institut National de Sécurité Sociale
MCNT	: Maladies Chroniques non Transmissibles
MSNDPHG	: Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	: Organisations Non Gouvernementales
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies
PNUD	: Programme des Nations Unis pour le Développement
PPSM	: Plateforme des Intervenants en Psychosocial et Santé mentale
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	: Système d'Information Sanitaire Transmissibles
WHA	: World Health Assembly

TABLE DES MATIERES

1. I. INTRODUCTION.....	1
2. II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	2
3. III. ANALYSE DE LA SITUATION	4
3.2 II.1.SITUATION GEOGRAPHIQUE	4
3.3 III.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE	4
3.4 III.3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE	4
4. IV. ORGANISATION SANITAIRE	5
4.2 IV.1.Le niveau central	5
4.3 IV.2. Le niveau intermédiaire	5
4.4 IV.3.Le niveau périphérique	5
5. V. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE	6
5.2.1 IV.1.Conception de la maladie mentale au Burundi	6
5.2.2 IV.2. Organisation des services.....	6
5.3 V.3. Profil épidémiologique de la maladie mentale	8
5.4 V.4. Législation en santé mentale.....	10
5.5 V.5. Système d'information, surveillance et recherche	10
5.6 V.6. Coordination.....	11
5.7 VI.7. Financement des services de santé mentale	11
5.8 VII. PROBLEMES PRIORITAIRES	11
VI. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	12
6. VIII. BUT ET OBJECTIFS.....	14
6.2 VIII.1.But.....	14
6.3 VIII.2. Objectif général	14
6.4 VIII.3. Objectifs spécifiques	14
7. IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	15
7.1 Axe Stratégique 1 : SERVICES DE SANTE MENTALE ET D'AIDE SOCIALE COMPLETS, INTEGRES ET ADAPTES AUX BESOINS DANS UN CADRE COMMUNAUTAIRE.....	15
7.2 Axe Stratégique 2 : ACCES AUX MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET ANTIEPILEPTIQUES.....	20
7.3 Axe Stratégique 3 : DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES.....	22
7.4 Axe Stratégique 4 : INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION EN MATIERE DE SANTE MENTALE.....	26
7.5 Axe Stratégique 5 : RENFORCEMENT DU SYSTEME D'INFORMATION, DE LA SURVEILLANCE ET DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE.....	28
7.6 Axe Stratégique 6 : LEADERSHIP ET GOUVERNANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE.....	32
8. PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE SANTE MENTALE (2016-2020)	37
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
10. ANNEXES.....	46
11.1 ANNEXE I : CADRE LOGIQUE	46
11.2 ANNEXE II : LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION D'ELABORATION DE LA PRESENTE STRATEGIE.....	59

I. INTRODUCTION

La santé est un droit inaliénable pour tout individu. La santé mentale est essentielle à notre bien-être. Elle est indispensable à la qualité de la vie, tant qu'elle confère un bien à notre existence et nous permet d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. Une bonne santé mentale est importante à la résilience des personnes, des familles, des collectivités et des entreprises.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme étant « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »¹.

Selon les données de l'OMS, les troubles mentaux touchent presque 12% de la population mondiale. Environ 450 millions de personnes, soit une personne sur quatre dans le monde sera à un moment de sa vie atteinte d'une maladie mentale pouvant faire l'objet d'un diagnostic et d'un traitement².

En Afrique, un patient sur six présente un trouble mental.³Au Burundi, les crises sociopolitiques que traverse périodiquement le pays depuis son indépendance avec ses conséquences, laissent des souffrances psychiques: les pertes des biens et des personnes chères, les cas de violences physiques ou morales, des violences sexuelles et autres délits de règlement de compte qui perdurent ne pourraient sans doute manquer de laisser des conséquences néfastes sur la santé de la population en général et sur leur santé mentale en particulier.

La santé mentale au Burundi a toujours été reléguée au second plan et n'est pas encore intégrée totalement dans le système national de santé. L'accès à des soins de santé mentale efficaces et efficients demeure difficile avec comme conséquence des coûts à la fois économiques et humains pour l'individu, la famille et la société.

Cette situation devrait être changée par des actions efficaces et durables en santé mentale en mettant en œuvre une stratégie reposant sur les connaissances actuelles et sur le respect de la dignité humaine.

Cette stratégie mettrait l'accent sur la promotion de la santé mentale dans toutes ses dimensions, la coordination intersectorielle, la surveillance, la recherche et la mobilisation des ressources.

¹ Stratégie mondiale Santé mentale, OMS 2012

² Rapport de la santé au monde de l'OMS, 2010

³ Plan stratégique de la santé mentale au Burkina Faso 2013 -2017

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En se référant sur la résolution WHA 65.1 de la Soixante-cinquième Assemblée Mondiale de la Santé qui a statué sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays tenue en mai 2012, et partant du principe universellement accepté qu'il n'y a « pas de santé sans santé mentale », il est important d'améliorer la santé mentale de la population quelles que soient les ressources disponibles.

L'OMS souligne que les troubles neuropsychiatriques concourent aussi à plus de 40 % des maladies chroniques et sont principalement à l'origine des années vécues avec une invalidité. Les maladies mentales représentent 12,5% de la morbidité mondiale et engendrent des coûts financiers énormes de plus en plus difficiles à supporter par les individus, les familles et les collectivités⁴. Elles touchent plus de 350 millions de personnes, tout âge confondu, dans toutes les communautés, et contribuent de manière importante au fardeau mondial de morbidité⁴.

Dans les pays ravagés par les guerres et des conflits sociaux dont le Burundi, la prévalence des troubles de santé mentale varie de 12 à 40%⁵.

Les crises socio-politiques répétitives que traverse régulièrement le Burundi depuis des années, les catastrophes naturelles, la pauvreté, la consommation des substances psychoactives etc., déstabilisent l'état de la santé mentale des populations. Les problèmes psychiques ont augmenté alors que le pays n'était pas préparé pour y faire face.

Les données parcellaires en consultation psychiatrique recueillies au CNPK, le seul centre de référence national ont progressivement augmenté passant de 4228 en 2011 à 11437 en 2015. En outre, le District de Kibuye qui a été pilote dans l'intégration des soins de santé mentale avec l'appui de HN-TPO montre une prévalence de 13,20% des troubles mentaux et neurologiques (épilepsie) en 2015⁶.

Le pays fait face à d'énormes défis dans ses efforts visant à promouvoir la santé de la population. Il persiste une certaine dichotomie entre la santé somatique et la santé mentale alors que la personne humaine est une unité psychosomatique indivisible qui se traduit par le bien-être physique, mental et social.

⁴ Stratégie mondiale Santé mentale, OMS 2012.

⁵ Rapport *www.who-aims* sur le système de santé mentale au Burundi

⁶ Rapport de collecte de données de santé mentale, 2014

Néanmoins, au cours de ces dernières années, l'amélioration des conditions de vie de la population, le renforcement de l'offre de soins de qualité, le perfectionnement des connaissances scientifiques et techniques des services de santé ont grandement contribué à l'obtention des gains importants dans notre pays.

En outre, le MSPLS s'est doté en 2015 d'une politique nationale de santé mentale (2016-2025) pour orienter les interventions y relatives. Dans le but de répondre à la recommandation de l'OMS aux différents pays d'élaborer un plan stratégique de la santé mentale et en vue de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé mentale, le Burundi veut se doter d'un plan stratégique 2016-2020 en santé mentale afin d'améliorer la santé de la population en général et sa santé mentale en particulier.

III. ANALYSE DE LA SITUATION

III.1.SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Burundi est un pays enclavé, situé en Afrique centrale dans la région dite des Grands Lacs avec une superficie de 27.834 km².

Il est situé à 3°22' 34" de latitude sud et à 29°21'36" de longitude Est.

Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et le reste du territoire est occupé par la plaine de l'Imbo à l'Ouest, la dépression de Kumoso à l'Est ainsi que les lacs dont le plus grand est le lac Tanganyika.

Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluies (d'octobre à décembre), une petite saison sèche (de janvier à février), la grande saison des pluies (de mars à mai) et la grande saison sèche (de juin à septembre)⁷.

III.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Le dernier recensement de la population et de l'habitat de 2008 (RGPH-2008) a dénombré 8.053.574 habitants dont 51% de sexe féminin et 49% de sexe masculin, soit un rapport de masculinité de 97% avec un taux d'accroissement annuel de 2.4% et une taille moyenne de 4.7 personnes par ménage. La population compte un pourcentage important d'enfants et de jeunes gens ainsi qu'une faible proportion de personnes âgées. Les jeunes de moins de 15 ans constituent 44% de la population totale.

Avec une densité de 310 habitants au km², la population est inégalement répartie sur le territoire national, présentant ainsi un déséquilibre entre les provinces, variant entre 116,5 et 474 ,7 habitants au Km² respectivement pour les provinces de Cankuzo et Kayanza. Selon la même source, seul 10% de la population réside en milieu urbain.

La surpopulation provoque l'exiguïté des terres cultivables ce qui occasionne des conflits fonciers permanents, l'exode rural et l'augmentation des enfants de la rue etc, sources de certains problèmes de santé mentale.

III.3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

Le Burundi est l'un des pays à croissance économique très faible, peu inclusive et peu créatrice d'emplois.⁸

L'impact désastreux des crises répétitives s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population avec un taux de pauvreté

⁷ PNDSII, 2011-2015

⁸ Croissance économique : initier un nouveau modèle de développement, PNUD, février 2015

estimé à 66,9% en 2014 et un taux de croissance économique faible car il est de 4.7% depuis 2013 jusqu'en 2014.

Cette pauvreté touche près de 69 % des ménages en milieu rural et 34% en milieu urbain.⁹ On estime qu'environ huit burundais sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour).¹⁰

Environ 17 % des malades n'ont pas accès aux soins; 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face aux dépenses de santé¹¹.

La pauvreté des ménages occasionne des fois des conflits familiaux et la multiplication des problèmes psychosociaux.

IV. ORGANISATION SANITAIRE

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Toutefois, le secteur privé n'est pas bien intégré dans le système national de santé de même que la médecine traditionnelle ainsi que la participation de la communauté. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchiques.

IV.1. Le niveau central

Le niveau central comprend des directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Permanent.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi - évaluation. Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation.

IV.2. Le niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire est composé de 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS). Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et de s'assurer de la bonne collaboration intersectorielle.

⁹ Evaluation OMD Burundi 2010

¹⁰ Rapport de la Banque Mondiale 2014

¹¹ Idem que 9

IV.3. Le niveau périphérique

Le niveau périphérique est composé de 46 districts de santé couvrant 75 hôpitaux et 957 centres de santé répartis sur les 119 communes du pays. Le cadre réglementaire du district n'est pas encore défini¹².

Le district de santé constitue l'unité opérationnelle du système de soins chargé de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

V. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE

V.1. Conception de la maladie mentale au Burundi

La notion de « maladie mentale » a un vaste champ de réflexion et appelle plusieurs paramètres lorsqu'on essaie de la saisir ; sa conception est en fonction de la culture, de la tranche d'âge, de la catégorie sociale, de la religion ou de la croyance, etc. Elle dépend alors d'une société à une autre ou d'une civilisation à une autre.

Dans la société burundaise, les malades mentaux deviennent une problématique du fait que la société ne parvient pas à gérer leurs comportements agressifs, délirants, leur instabilité psychomotrice et l'inadaptation. De plus, selon les croyances populaires, certaines personnes disent qu'une maladie mentale aurait une source dans le méso cosmos, (*ibihume, ibisigo, abaganza*). Les autres font allusion aux conflits, jalousies, sorcelleries (*amahembe, ibihago, uburozi*), fétiches, transgressions et sanctions par les ancêtres et hérédité.

Les maladies mentales sont aussi considérées comme des maladies surnaturelles, l'action des forces occultes, les esprits ancestraux (*intezi, abavyeyi, ...*), des attaques des démons (*amashetani, amadayimoni, imiyaga mibi, impwemu mbi, ibihume, amajini, imizuka...*).

Ces fausses croyances et l'ignorance de la maladie mentale entraînent la stigmatisation, la discrimination et entravent l'orientation et le recours précoce aux services de prise en charge. Certaines familles abandonnent carrément leurs malades mentaux à leur merci, d'où la chronicité de la maladie ralentissant ainsi la stabilité de ces derniers.

V.2. Organisation des services

Au Burundi, les questions de santé mentale étaient gérées par le comité interministériel créé en 1999 avant la création du Service de la Promotion de la Santé Mentale au Ministère ayant la Santé Publique dans ses attributions en 2002. Ce service est actuellement intégré au sein du Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles dès

¹² Rapport SIS, 2015

l'année 2013 suite aux recommandations de la Déclaration de Brazzaville du 06 avril 2011 sur les maladies non transmissibles.¹³

Les soins de santé mentale ne sont pas intégrés au niveau intermédiaire et périphérique. Toutefois, c'est à partir de 2004, qu'une phase pilote d'intégration des soins de santé mentale dans certains hôpitaux a été mise en place progressivement dans toutes les provinces du pays avec l'appui de HN-TPO (10 provinces) et CNPK (7 Provinces). Les stratégies utilisées ont été le renforcement des capacités (4 à 5 infirmiers/hôpital), les cliniques mobiles dans un premier temps et les cliniques semi-permanentes par la suite avec l'approvisionnement en médicaments et le suivi régulier. Des interventions psychosociales faites par différents intervenants venaient renforcer l'initiative d'intégration.

Dans la continuité de l'intégration des soins, le MSPLS a initié le projet pilote d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires au niveau des Provinces sanitaires de Kirundo et Muramvya, avec l'appui de la CTB et dans le DS de Kibuye avec l'appui de HN-TPO depuis 2013.

Malgré ces efforts, l'intégration n'a pas été effective dans les provinces ci-haut citées, suite à l'insuffisance d'appropriation compromettant ainsi le circuit normal et le continuum des soins du malade.

Au niveau national, il existe un seul hôpital neuropsychiatrique (CNPK) et ses deux antennes (Centre de Soins Mentaux de Gitega et Centre Neuropsychiatrique de Ngozi) ainsi que le Centre de Thérapie et d'Hygiène Mentale (CTHM) de Bujumbura qui prennent en charge la quasi-totalité des cas psychiatriques. La collaboration entre ces centres et les autres structures de soins à différents niveaux reste faible.

Bien que le CNPK reste le seul centre de référence national en santé mentale, ses prestations restent lacunaires par manque de mécanismes de collaboration avec la communauté pour la réinsertion psychosociale des malades stabilisés.

L'ouverture de la filière de Santé Mentale et psychiatrie à l'INSP, en 2013, est venue comme une réponse partielle au défi en ressources humaines en santé mentale en complément de certaines formations organisées en faveur des prestataires de soins par certains partenaires. Avec le nouveau système BMD, une filière de santé mentale et psychothérapie a été aussi ouverte à l'Université du Burundi au cours de l'année académique 2012-2013.

S'agissant de la disponibilité des médicaments, ceux utilisés dans le domaine de la psychiatrie ont été intégrés dans la liste des médicaments

¹³ Déclaration de Brazzaville du 06 avril 2011 sur les maladies non transmissibles

essentiels depuis 2012 mais le circuit d'approvisionnement et l'harmonisation des prix ne sont pas maîtrisés.

Les autres acteurs de la santé mentale sont les associations, les initiateurs des cabinets privés en plus de la Plateforme des Intervenants en Psychosocial et en Santé Mentale, (PPSM en sigle) qui est une synergie des acteurs locaux et internationaux dans le domaine de la prise en charge psychosociale et de la santé mentale.

Cependant, les prestations de service en matière d'IEC en santé mentale sont encore lacunaires par manque de coordination des interventions en la matière.

V.3. Profil épidémiologique de la maladie mentale

Les troubles mentaux et neurologiques (surtout l'épilepsie) figurent toujours parmi les problèmes de santé publique les moins bien compris et les moins bien traités. La stigmatisation et la discrimination des malades mentaux continuent à entraver le traitement et la gestion de ces troubles avec comme conséquence la faible fréquentation des services de soins. La faible intégration des indicateurs/services de santé mentale dans le PCA et PMA à différents niveaux du système de santé fait que le Burundi ne dispose pas de données factuelles et évidentes permettant une bonne prise de décision.¹⁴

Les tableaux ci-dessous illustrent les quelques données disponibles :

Tableau I : Données sur la santé mentale rapportées par les structures de soins¹⁵

a. Données des CDS

Pathologies	Année			
	2011	2012	2013	2014
Épilepsie	9631	11 325	14 120	19575
Troubles Psychiques suspectés	778	904	1 036	2500

¹⁴ Politique Nationale de Santé Mentale 2016-2025

¹⁵ Annuaire statistiques 2010-2015

b. Données des Hôpitaux

Pathologies	Année			
	2011	2012	2013	2014
Epilepsie	1 900	2.901	4 196	5034
Troubles psychotiques	358	605	1 439	2340
Schizophrénie	194	577	759	1744
Troubles mentaux courants	185	366	508	1915
Psychose post traumatique	55	74	123	58

Tableau II: Données collectées par le PNILMCNT en 2014 dans quatre provinces (Bujumbura Mairie, Muramvya, Kirundo et Gitega)

Type de troubles	2009	2010	2011	2012	2013
Troubles psychotiques	1715	2186	1956	2302	2560
Troubles de l'humeur	377	330	234	252	529
Toxicomanie	20	78	104	72	108
Epilepsie	4734	1304	1257	2078	2867

Tableau III : Troubles mentaux rencontrés dans le District Sanitaire de Kibuye de juillet 2013 à Octobre 2015

Type de troubles	Nombre de cas
Troubles mentaux et comportementaux lié à la consommation d'alcool	3
Troubles mentaux et comportementaux liés à la consommation de tabac	12
Troubles psychotiques	1332
Troubles de l'humeur	69
Retard mental, sans précision	1
Epilepsies	5613

V.4. 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 lois institués au Burundi permet de déceler certaines dispositions sporadiques relatives à la capacité, à la compétence et à la protection des malades mentaux. 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 des cas poursuivis au même titre qu'une personne normale alors qu'elle est pénalement irresponsable¹⁶.

Ce n'est que plus tard, après avoir écopé des sanctions (ex. l'emprisonnement) que le juge tiendra compte de l'état mental du prévenu. 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.

Les plaintes déposées publiquement pour dénoncer des cas de violation des droits des usagers ne sont pas nombreuses. Dans le domaine de la formation du personnel sur les droits de l'homme, quelques journées de sensibilisation sur le thème ont été organisées seulement par le CNPK à l'endroit de son personnel en collaboration avec des ONGs nationales et internationales.

V.5. Système d'information, surveillance et recherche

Dans le domaine de la santé mentale la surveillance et la recherche ne sont pas développées au Burundi, ce qui entraîne une insuffisance de données pouvant renseigner sur la situation réelle en la matière.

Au niveau du système d'information en santé mentale, le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, le centre de thérapie et d'hygiène mentale et les centres de soins mentaux de Gitega et le CNP de Ngozi compilent seulement les données concernant le nombre de patients hospitalisés et ambulants et les pathologies fréquentes tandis que les informations sur les autres formes de cas ne sont pas régulièrement mentionnés. Il en est de même des structures publiques et confessionnelles. Il est à noter en outre que les outils de collecte de données en rapport avec les maladies mentales restent lacunaires au niveau des structures publiques et spécialisées : les canevas ne renseignent pas sur assez de pathologies.

Au niveau de la recherche en santé mentale, l'insuffisance des ressources compromet la recherche en ce domaine.

¹⁶ Code pénale du Burundi, (Art.12)

V.6. Coordination

La coordination des interventions en santé mentale est faite par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles créé en janvier 2009 bien que d'autres Ministères soient impliqués dans ce domaine. Des actions du Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre dans le domaine du Psychosocial sont menées avec un accent particulier sur l'appui matériel et sur l'écoute des clients en encadrant les CDFC implantés dans toutes les provinces du pays.

Le secteur de la santé mentale accuse une insuffisance dans la coordination et la collaboration intersectorielle. La cartographie des intervenants n'est pas disponible et les mécanismes de suivi-évaluation ne sont pas bien développés.

V.7. Financement des services de santé mentale

Les allocations financières de la santé mentale rentrent dans le cadre global du financement des activités des structures de santé. Les principales sources de financement des activités en santé mentale sont le budget de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers. Il n'existe pas cependant une rubrique spécifique de financement des actions de santé mentale ce qui a pour conséquence l'insuffisance de la prise en compte de ces activités dans les plans d'action des différentes structures de santé.

Tous les soins de santé mentale sont couverts par les malades ou leurs familles sauf ceux affiliés à la mutuelle de la fonction publique, à la CAM et les bénéficiaires des bons de prise en charge. Dans tout le pays, seul le district sanitaire de Kibuye (BPS Gitega), certains hôpitaux publics, le CNPK et ses antennes (Ngozi et Gitega), CTHM et Kira Hospital dispensent des soins de santé mentale et neurologiques (épilepsie) à la population.

VI. PROBLEMES PRIORITAIRES

- ✓ Prévalence élevée de l'épilepsie et des troubles psychotiques ;
- ✓ Prévalence élevée de la consommation d'alcool et d'autres substances psycho actives chez les jeunes et adolescents ;
- ✓ L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé mentale est limitée ;
- ✓ L'insuffisance de ressources ;
- ✓ Barrières et pesanteur socioculturelles ;
- ✓ Coordination et collaboration intersectorielle insuffisantes ;
- ✓ Faible implication communautaire ;
- ✓ Cadre institutionnel relatif à la santé mentale faible ;
- ✓ Cadre légal lacunaire ;
- ✓ Méconnaissance des problèmes de santé mentale par les décideurs et la communauté ;
- ✓ Faible implication des décideurs administratifs et publics en santé mentale
- ✓ Système d'information, surveillance et recherche non performant
- ✓ Circuit d'approvisionnement des psychotropes non performant

VII. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
<p>-Existence d'un service de santé mentale dans le Programme Nationale Intégré de lutte contre les MCNT.</p> <p>-Existence de la politique Nationale de la santé mentale;</p> <p>-Décentralisation du système sanitaire</p> <p>-Existence du CNPK : centre de référence nationale+ ses extensions.</p> <p>-Existence d'un partenariat avec des organisations de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé mentale.</p> <p>-Existence des filières de santé mentale et psychologie dans les institutions tant publiques que privées;</p> <p>- Disponibilité du personnel en charge du Service de promotion de la santé mentale ;</p> <p>-Existence de la politique nationale de santé prenant en compte la lutte</p>	<p>-Insuffisance de ressources humaines qualifiées en qualité et en quantité dans la prise en charge des maladies mentales ;</p> <p>-Insuffisance d'infrastructures et équipements adaptés de prise en charge ;</p> <p>-Non intégration des services de santé mentale dans le PMA et PCA</p> <p>-Non harmonisation des outils de collecte des données de santé mentale</p> <p>- Faible implication communautaire dans la promotion de la santé mentale ;</p> <p>-Insuffisance de médicaments psychotropes au niveau de la CAMEBU;</p> <p>-Insuffisance de Partenaires Techniques Financiers dans le domaine de santé mentale</p> <p>-Faible mobilisation des ressources financières ;</p> <p>-Insuffisance des assurances médicales couvrant les maladies mentales ;</p>	<p>-Présence des prestataires de soins dans les formations sanitaires</p> <p>-Engagement au niveau mondial dans la lutte contre les maladies mentales;</p> <p>-Engagement politique dans la lutte contre les maladies mentales ;</p> <p>-Promotion du financement basé sur la performance ;</p> <p>-Existence des cartes d'assistance médicale dans toutes les FOSA publiques ;</p> <p>-Existence de Mutuelle de la Fonction Publique ;</p> <p>-Existence de pharmacies de gros privés pour l'importation de médicaments ;</p> <p>-Existence d'un Projet d'urgence sur les violences basées sur le</p>	<p>-Instabilité socio-politique;</p> <p>-Barrières culturelles</p> <p>- Catastrophes naturelles</p> <p>-Pays aux ressources limitées</p>

<p>contre les MCNT y compris les problèmes de santé mentale;</p> <p>-Existence de la direction du système nationale d'informations sanitaires ;</p> <p>-Intégration des psychotropes et antiépileptiques dans la liste des médicaments essentiels depuis 2012 ;</p>	<p>- Non utilisation des cartes d'assistance médicale dans les formations sanitaires confessionnelles ;</p> <p>-Insuffisance de terrains de stages en santé mentale pour les lauréats qui terminent les écoles paramédicale, la médecine générale et la psychologie clinique.</p> <p>-Absence de la législation sur les droits des personnes atteintes des maladies mentales</p>	<p>genre dans la région des grand lacs.....</p>	
---	--	---	--

VIII. BUT ET OBJECTIFS

VIII.1. But

Contribuer au bien-être mental des populations dans un système intégré garantissant la santé pour tous avec solidarité, équité et éthique en offrant des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité, accessibles géographiquement et financièrement, avec la participation effective et responsable de tous les acteurs.

VIII.2. Objectif général

Réduire la charge de morbi-mortalité liée à la maladie mentale, par des soins adaptés au contexte burundais et accessibles à la communauté.

VIII.3. Objectifs spécifiques

- Intégrer les soins de santé mentale dans au moins 20% des structures de soins ;
- Réduire d'au moins 10% la prévalence de l'épilepsie et des troubles psychotiques ;
- Réduire d'au moins 10 % la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres substances psycho actives chez les jeunes et adolescents ;
- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé mentale ;
- Renforcer les capacités des ressources humaines en qualité et en quantité ;
Faire un plaidoyer auprès des décideurs et de la communauté pour s'impliquer dans la lutte contre les problèmes de santé mentale ;
- Renforcer la coordination et collaboration intersectorielle ;
- Renforcer les capacités institutionnelles et managériales ;
- Accroître le budget alloué à la santé mentale ;
- Améliorer le système d'information, la surveillance et la recherche en santé mentale ;
- Améliorer le circuit d'approvisionnement des psychotropes.
- Améliorer la législation en santé mentale

IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Axe Stratégique 1 : SERVICES DE SANTE MENTALE ET D'AIDE SOCIALE COMPLETS, INTEGRES ET ADAPTES AUX BESOINS DANS UN CADRE COMMUNAUTAIRE

1. Contexte spécifique

Le Burundi n'a qu'un seul centre de référence national (CNPk) et 3 autres centres au niveau intermédiaire. Il dispose d'un seul psychiatre pour tout le pays qui preste dans le secteur privé et les soins de santé mentale ne sont pas intégrés dans les soins de base. La maladie mentale étant considérée comme une malédiction, le malade mental n'est pas toléré par sa famille et la communauté d'où sa discrimination et par conséquent sa prise en charge reste problématique. Les services offerts en santé mentale sont lacunaires : pas d'identification des besoins et de lignes directrices pour les interventions en santé mentale.

Ces facteurs sont des obstacles importants à l'accès aux soins de qualité pour beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux.

Le renforcement des soins médicaux et psychosociaux, le renforcement des capacités des ressources humaines, la disponibilité des psychotropes et autres intrants, l'intégration des soins de santé mentale à tous les niveaux, le développement des stratégies de lutte contre l'épilepsie, l'amélioration du système de référence et contre référence, etc. contribueront à l'amélioration de la qualité de prise en charge des problèmes de santé mentale.

2. Problèmes prioritaires qui se posent au niveau des services de qualité en santé mentale

- Prévalence élevée de l'épilepsie et des troubles psychotiques ;
- Insuffisance des services de santé mentale dans les structures de soins généraux et au niveau intermédiaire et périphérique;
- L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé mentale est limitée ;
- Faible connaissance et implication communautaire dans la prise en charge des maladies mentales;
- Insuffisance de personnes-ressources en santé mentale au pays.
- Faible intégration dans la prise en charge, des groupes spécifiques (toxicomanes, alcooliques, malades mentaux errants, enfants et adolescents...)
- Insuffisance des structures d'accueil et de réhabilitation des malades mentaux

3. Objectif général : Améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé mentale

4. Objectifs spécifiques

- ✓ Intégration des soins de santé mentale dans au moins 20% des structures de soins publiques;
- ✓ Réduction d'au moins 10% de la prévalence de l'épilepsie et des troubles psychotiques

5. Actions à mener

Objectifs spécifique 1 : Intégration des soins de santé mentale dans au moins 20% des structures de soins publiques;

Actions à mener :

- ✓ Renforcer les capacités du personnel existant ainsi que les ASC
- ✓ Mettre en place un mécanisme d'Intervention dans les situations d'urgence humanitaire
- ✓ Promouvoir les assurances médicales en santé mentale
- ✓ Promouvoir la réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux
- ✓ Améliorer la qualité des infrastructures et équipements
- ✓ Mettre en place des outils de prise en charge des troubles mentaux et épilepsie
- ✓ Promouvoir des interventions au niveau communautaire
- ✓ Mettre en place des programmes efficaces d'aide et de sensibilisation destinés aux parents, dès le stade de la grossesse
- ✓ Mettre en place des mécanismes de prévention des troubles psychotiques pour les groupes spécifiques (Toxicomanes, alcooliques, enfants et adolescents....)

Objectifs spécifique 2 : Réduction d'au moins 10% de la prévalence de L'épilepsie et des troubles psychotiques

Actions à mener :

- ✓ Sensibiliser la population sur l'épilepsie
- ✓ Informer/éduquer les familles avec patients épileptiques ou psychotiques sur l'importance du traitement

**Axe Stratégique 1 : SERVICES DE SANTE MENTALE ET D'AIDE SOCIALE COMPLETS, INTEGRES ET ADAPTES
AUX BESOINS DANS UN CADRE COMMUNAUTAIRE**

Objectif général : Améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé mentale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	ACTIONS	SOURCES DE VERIFICATION	RESPONSABLE	ACTEURS	ECHEANCIER					CONTRAINTES	COUT
						2016	2017	2018	2019	2020		
1. Intégration des soins de santé mentale dans au moins 20% des structures de soins publiques;	D'ici 2020, 20% des structures publiques auront intégré les soins de santé mentale	Renforcer les capacités du personnel existant ainsi que les ASC	Rapports d'ateliers de formation	MSPLS/PN ILMCNT	PTF BPS BDS	X	x	x	x	x		100 millions
		Mettre en place un mécanisme d'intervention dans les situations d'urgence humanitaire	plans d'intervention disponibles	MSPLS / PNILMCNT	PTF BPS BDS		x					60 millions
		Promouvoir les assurances médicales en santé mentale	Nombre de mutualités qui intègrent la santé mentale	MSPLS / PNILMCNT	PTF Communautés		x	x	x	x		PM
		Promouvoir la réinsertion socioprofessionnelle des personnes	% des patients réinsérés socio	MSPLS	PTF BPS BDS Commun		x	x	x	x		100 millions

		stade de la grossesse	Rapport d'activités	MSPLS/PN ILMCNT	PTF BPS BDS Communauté															
		Mettre en place des mécanismes de prévention des troubles psychotiques pour les groupes spécifiques (Toxicomanes, alcooliques, enfants et adolescents...)																		100 millions
		Sensibiliser la population sur l'épilepsie et les troubles psychotiques	Rapports d'ateliers de sensibilisation	MSPLS/PN ILMCNT	PTF BPS BDS Communauté															100 millions
		Informier/éduquer les familles avec patients épileptiques ou psychotiques sur l'importance du traitement	Rapports de séances d'information/éducation	MSPLS	PTF BPS BDS Communauté															50 millions
Réduction d'au moins 10% de la prévalence de l'épilepsie et des troubles psychotiques	D'ici 2020, la prévalence de l'épilepsie et des troubles psychotiques sera réduite de 10%																			
Sous total																				760 million

Axe Stratégique 2 : ACCES AUX MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET ANTIEPILEPTIQUES

1. Contexte spécifique

La disponibilité des médicaments de base pour le traitement des troubles mentaux dans les structures de soins de santé primaire est particulièrement faible. Leur utilisation est limitée en raison du manque d'agents de santé qualifiés autorisés à les prescrire. L'inaccessibilité géographique et financière ainsi que la paupérisation de la communauté burundaise forment une entrave de la prise en charge des malades mentaux. Par ailleurs, la mutualité communautaire n'est pas bien structurée dans le pays.

2. Problèmes prioritaires qui se posent au niveau de l'accès aux psychotropes

- Les médicaments sont chers et ne sont pas subventionnés
- Insuffisance d'agents de santé compétents pour la prescription des psychotropes et antiépileptiques
- inaccessibilité géographique et financière ainsi que la paupérisation de la communauté burundaise
- mutualité communautaire précaire
- Circuit d'approvisionnement lacunaire

3. Objectif général : Améliorer l'accès aux psychotropes essentiels en qualité et en quantité

4. Objectifs spécifiques

- ✓ Amélioration du circuit d'approvisionnement des médicaments psychotropes et antiépileptiques

5. Actions à mener

- ✓ Promouvoir l'intégration et l'utilisation des psychotropes dans le circuit normal d'approvisionnement des FOSA au niveau périphérique.
- ✓ Mettre en place des directives de suivi de l'utilisation des médicaments psychotropes et antiépileptiques

Axe Stratégique 2 : ACCES AUX MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET ANTIEPILEPTIQUES

Objectif général : Améliorer l'accès aux psychotropes essentiels en qualité et en quantité

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	ACTIONS	SOURCES DE VERIFICATION	RESPONSABLE	ACTEURS	ECHEANCIER					CONTINGENTES	COUT
						2016	2017	2018	2019	2020		
Amélioration du circuit d'approvisionnement des médicaments psychotropes et antiépileptiques	Les médicaments psychotropes sont disponibles dans au moins 20% des FOSA	Promouvoir l'intégration et l'utilisation des psychotropes dans le circuit normal d'approvisionnement des FOSA au niveau périphérique.	Rapports d'activités	MSPLS	PTF BDS	x	x	x	x	x		10 millions
		Mettre en place des directives de suivi de l'utilisation des médicaments psychotropes et antiépileptiques	Rapports d'activités	MSPLS	PTF BDS FOSA		x					10 millions
Total												20 millions

Axe Stratégique 3 : DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

1. Contexte spécifique

Le pays accuse une insuffisance de ressources humaines qualifiées en santé mentale. En effet, le pays dispose d'un seul psychiatre qui exerce dans une structure privée, 2 infirmiers psychiatriques A1 (une au CNPK, un autre à HealthN- TPO) pour une population estimée à près de 9 millions d'habitants, un nombre significatif d'assistants psychosociaux mais insuffisant dans le secteur de la santé mentale, un nombre suffisant de psychologues cliniciens formés qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé mentale.

Les lauréats de la Faculté de Médecine de Bujumbura accusent des lacunes en santé mentale car n'ayant bénéficié que 30 heures uniquement de cours théoriques de psychiatrie, sans aucun stage pratique.

La mise en place des filières de santé mentale à l'INSP et une autre à l'Université du BURUNDI dans la faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education est venue partiellement corriger cette lacune en ressources humaines.

Malgré tout cela, les besoins en ressources humaines restent immenses.

Par ailleurs, il existe des spécialistes burundais en santé mentale en formation ou déjà en fonction à l'étranger, ceux-ci devraient être motivés pour revenir prêter au pays.

Ainsi, au regard des ressources humaines en matière de la santé mentale dont dispose le pays, l'amélioration de la qualité des services de santé mentale devra nécessairement passer par leur formation en qualité et en quantité suffisante dans le secteur spécifique et ce à tous les échelons.

2. Problèmes prioritaires

- L'insuffisance du personnel formé et qualifié en santé mentale,
- L'inadaptation des programmes de formation et l'insuffisance du volume horaire des cours de santé mentale dans les écoles paramédicales et autres institutions supérieures d'enseignement médical,
- Le personnel du service de santé mentale n'est pas renforcé en termes de capacité managériale (formation, échange d'expériences)
- Insuffisance de renforcement des capacités des prestataires et des agents de santé communautaire en santé mentale
- Insuffisance de terrains de stage pour les lauréats qui terminent les écoles paramédicales, la médecine générale et la psychologie clinique
- Mobilité du personnel formé en santé mentale

3. Objectif Général

Amélioration des capacités des ressources humaines en santé mentale.

4. Objectifs spécifiques

- ✓ Renforcement de la formation en santé mentale dans les institutions d'enseignement
- ✓ Amélioration des compétences du personnel en cours d'emploi
- ✓ Amélioration de la stabilité des ressources qualifiées en santé mentale

5. Actions à mener

Objectifs spécifique 1 : Renforcement de la formation en santé mentale dans les

Institutions d'enseignement

Adapter les cursus de formations à tous les niveaux

Objectifs spécifique 2 :

- Amélioration des compétences du personnel n cours d'emploi
- Renforcer/Recycler les capacités du personnel à tous les niveaux

Objectifs spécifique 3 :

Amélioration de la stabilité des ressources qualifiées en santé mentale

Motiver les spécialistes formés en santé mentale disponibles, à rester au pays et ceux œuvrant à l'étranger pour faciliter leur retour.et employer les psychologues dans les hopitaux

AXE STRATEGIQUE 3 : DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Objectif général : Amélioration des capacités des ressources humaines en santé mentale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	ACTIONS	SOURCES DE VERIFICATION	RESPONSABLE	ACTEURS	ECHEANCIER					COUT RAINTES	COUT
						2016	2017	2018	2019	2020		
1. Renforcement de la formation en santé mentale dans les institutions d'enseignement	Nombre d'institutions d'enseignement qui intègrent la formation en santé mentale	Adapter les curricula de formations à tous les niveaux	Documents (curricula) validés et les rapports d'activités	PNILMCNT	MSPLS MEESRS les associations et les ONG's		X	x	x			30 millions

2. Amélioration des compétences du personnel en cours d'emploi	20% du personnel impliqué en santé mentale est renforcé en compétences	Renforcer/Recycler les capacités du personnel à tous les niveaux	Rapports des ateliers de formation	PNILMCNT	MSPLS, OMS, CNPK et autres partenaires	x	X	x	x	x	x	100 millions
3. Amélioration de la stabilité de ressources humaines qualifiées en santé mentale	-Nombre de ressources humaines qualifiées en psychiatrie et en psychologie prestant au Burundi	Motiver les spécialistes en santé mentale formés disponibles à rester au pays et ceux œuvrant à l'étranger pour faciliter leur retour au pays.	Contrats de services signés	MSPLS/PNILMCNT	Gouvernement du BURUNDI		X	x	x	x	x	30 millions Fbu
Sous total												160 millions

Axe Stratégique 4 : INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION EN MATIERE DE SANTE MENTALE

1. Contexte spécifique

Au Burundi, les malades mentaux sont victimes d'une stigmatisation et d'une discrimination sans précédent. Pourtant, des campagnes de sensibilisation sont organisées dans le but de faire disparaître cette stigmatisation et discrimination. Les résistances au changement d'attitude vis-à-vis de la stigmatisation et la discrimination que subissent les malades mentaux de la part des individus relèvent de la conception erronée de la maladie mentale.

La communication pour le changement de comportement est fondamentale dans tout projet de santé. Pour la santé mentale, la communication peut permettre prévenir l'apparition des troubles mentaux et leur conception dans la communauté. Il s'agira de développer des actions de prévention à l'intention de la population générale et à certains groupes spécifiques notamment les toxicomanes et les alcooliques.

Ainsi, le programme de sensibilisation en santé mentale devrait être développé.

2. Problèmes prioritaires

- L'inexistence des programmes de sensibilisation en santé mentale et de prévention des problèmes psychosociaux,
- L'insuffisance des organes et agents de sensibilisation et de mobilisation ;
- La faible implication des communautés dans la prise en charge des problèmes psychosociaux ;
- Les personnes ressources et institutions de soins de santé mentale ne sont pas suffisamment exploitées en matière d'information, d'éducation et de communication.

3. Objectif Général

Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de
la santé mentale

4. Objectifs spécifiques

- ✓ Sensibilisation des communautés à la prévention et à la prise en charge des problèmes de santé mentale et psychosociaux.

5. Actions à mener

- ✓ Concevoir des programmes spécifiques d'information et d'éducation en santé mentale adapté à chaque groupe,
- ✓ Intensifier les campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation du public,

STRATEGIQUE 4 : INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION EN MATIERE DE SANTE MENTALE

Objectif général : Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé mentale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	ACTIONS	SOURCES DE VERIFICATION	RESPONSABLE	ACTEURS	ECHEANCIER					CONTAINANTS	COUT
						2016	2017	2018	2019	2020		
1. Sensibilisation des communautés à la prévention et à la prise en charge des problèmes de santé mentale et psychosociaux	Nombres d'ateliers et réunions organisés Emissions diffusées	Concevoir des programmes spécifiques d'information et d'éducation en santé mentale adaptés à chaque groupe Intensifier les campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation du public	Les documents disponibles et les rapports validés	PNIL MCNT	MSPLS, OMS, HN-TPO Burundi, CNPK et autres partenaires, Associations et ONG's		x	x				100 millions
			Les rapports d'activités	PNIL MCNT	MSPLS MEESRS Min. Solidarité Min. de la Jeunesse, sports et de la culture Facultés de Médecine, de Psychologie et l'INSP Les associations et les ONG's			x	x			200 millions
Sous total												300 M

Axe Stratégique 5 : RENFORCEMENT DU SYSTEME D'INFORMATION, DE LA SURVEILLANCE ET DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE

1. Contexte spécifique

L'information, les bases factuelles et la recherche sont des composantes essentielles d'une politique, d'une planification et d'une évaluation appropriées en matière de santé mentale.

Au Burundi, la surveillance et la recherche en matière de santé mentale sont peu développés dans la mesure où les données ne sont pas intégrées dans le SNIS. Aucune enquête nationale ni publication n'ont été faites pour renseigner sur la prévalence de ces maladies. La promotion de la recherche et le renforcement de la surveillance en santé mentale donneraient aux décideurs des pistes d'orientation stratégique.

2. Problèmes prioritaires

- ✓ L'inexistence d'une banque des données en santé mentale à tous les niveaux ;
- Manque de surveillance basée sur les données en santé mentale ;
- Manque de recherche dans le domaine de santé mentale.

3. Objectif général : Amélioration de la qualité du système d'information sanitaire, de la surveillance et la recherche en santé mentale.

4. Objectifs spécifiques :

- ✓ Améliorer le circuit de l'information et la surveillance en matière de santé mentale ;
- ✓ Développer la recherche en santé mentale.

5. Actions à mener

Objectif spécifique 1 : Améliorer le circuit de l'information et la surveillance en matière de santé mentale :

- ✓ Améliorer l'intégration des données de santé mentale dans le système d'information sanitaire de routine ;
- ✓ Développer les mécanismes d'échange d'information en santé mentale ;
- ✓ Mettre en place un système de surveillance en santé mentale.

Objectif spécifique 2 : Développer la recherche en santé mentale.

- ✓ Mettre en place un centre de documentation en santé mentale ;
- ✓ Mobiliser des fonds pour le financement des recherches en santé mentale ;
- ✓ Renforcer la disponibilité des données probantes en santé mentale.