



## INTEGRATION DES SOINS DE SANTE MENTALE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES AU BURUNDI

Léandre SIMBANANIYE, Bonaventure NIKOYANDOYE, Mélance NDUWIMANA

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education (FPSE), Centre de Recherche et d'Intervention pour le Développement  
Individuel Communautaire et Social (CRIDIS), Université du Burundi (Bujumbura, Burundi)  
Mail : [sleandre2003@yahoo.fr](mailto:sleandre2003@yahoo.fr)

Reçu : 29/09/2025 ; Accepté : 29/12/2025 ; Publié : 31/12/2025

### Cite As:

Simbananiye, L., Nikoyandoye, B. & Nduwimana, M. (2025). *Intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires au Burundi*. Revue de l'Université du Burundi – Série : Sciences Humaines et Sociales, 22 (2), pp 60-76.

### Résumé

Les soins de santé mentale connaissent un retard par rapport aux soins de santé primaires dans les pays à faible revenu comme le Burundi. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a inscrit dans sa politique l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. Un des partenaires qui appuient dans la mise en œuvre de cette politique est Louvain coopération. Dans le cadre de son projet Santé mentale Izere de 2017 à 2021, cette organisation a initié une expérience pilote d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires dans deux districts sanitaires de Buye et Kiremba à Ngozi. L'objectif général de l'étude est d'analyser les approches d'interventions utilisées quant à leur efficacité d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. L'étude a fait un tour d'horizon sur l'état de la question d'intégration du côté des pratiques et des recherches existantes. La méthode qualitative utilisée avec les outils que sont les entretiens semi-directif et les focus group ont permis la récolte des données dont l'analyse a abouti aux résultats de l'étude. La population de la zone pilote a eu une bonne compréhension de la maladie mentale grâce à la sensibilisation communautaire. L'appui en médicaments et la chèvre offerte aux personnes souffrant de troubles mentaux leur ont permis l'accès aux soins. Les défis et difficultés rencontrés ont conduit à une ouverture en termes de propositions d'interventions pour une meilleure d'intégration.

**Mots clés :** *intégration, santé mentale, santé primaire, soins de santé, Burundi*

## INTEGRATION OF THE MENTAL HEALTH CARE AMONG THE PRIMARY HEALTH CARE IN BURUNDI

### Abstract

Mental health care remains lagging behind primary health care in low-income countries such as Burundi. The Ministry of Public Health and AIDS Control has included the mainstreaming of mental health care into primary health care in its policy. One of the partners supporting the implementation of this policy is Louvain Cooperation. As part of its Izere Mental Health Project from 2017 to 2021, this organization has launched a pilot project to integrate mental health care into primary health care in two health districts, Buye and Kiremba, in Ngozi. The overall aim of the study is to analyze the effectiveness of intervention approaches used to incorporate mental health care into primary health care. The study provided an overview of the current state of mainstreaming regarding existing practices and research. Using the qualitative method, with tools such as semi-structured interviews and focus group enabled data collection, and the subsequent analysis of this data led to the study's results. The population of the pilot area gained a good understanding of mental illness thanks to community awareness-raising. The provision of medication and goats to people suffering from mental illnesses gave them access to care. The challenges and issues experienced have led to an openness concerning proposals for interventions to improve mainstreaming.

**Keywords:** *Mainstreaming, mental Health, primary health, health care, Burundi*

---

### Introduction

Les systèmes de soins de santé utilisés un peu partout dans le monde sont de façon générale centralisés et sont axés sur l'hôpital et le personnel médical pour prodiguer des soins dans une relation soignant-soigné. Ces systèmes ainsi organisés ne parviennent pas à satisfaire les besoins des populations particulièrement en matière de santé mentale dans les pays à faible revenu. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1990, p.8) affirme que « aucun système de santé n'est complet s'il néglige les besoins de la population en matière de santé mentale ».

Le secteur de la santé mentale est un déterminant important de la santé des populations. Néanmoins, comprendre comment optimiser l'organisation du système de santé tout en faisant face à de nombreuses pressions et contraintes, demeure un défi majeur pour les acteurs de la santé. Partout dans le monde, les troubles mentaux sont un problème de santé préoccupant et coûteux qui touche des personnes de tous âges et de toutes les couches socio-économiques. Aux Etats-Unis, la Hogg Foundation for Mental Health (D'Amours et al., 2008) souligne que l'état mental et l'état de santé sont indissociables. En conséquence, l'amélioration des soins mentaux doivent être en lien avec soins médicaux généraux. »

Dès 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé d'intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins de santé primaires et soutien les pays avec des outils et des guides pour réussir cette intégration. Depuis cette prise de conscience, les soins intégrés ont fait objet des politiques nationales, des recherches considérables ont été réalisées, des programmes pilotes ont été mis en œuvre et de nombreuses publications sont disponibles à ce sujet. Dans le monde, les troubles mentaux touchent des centaines de millions de personnes. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ces troubles engendrent un énorme tribut de souffrances, d'invalidité et de perte économique. Pourtant, malgré le potentiel de traiter avec succès les troubles mentaux, seule une petite minorité de ceux qui en ont besoin reçoivent le traitement le plus élémentaire.

En Afrique en général et au Burundi en particulier, la faible couverture des services spécialisés et la pénurie en ressources humaines en santé mentale représentent de grands défis pour les systèmes de santé. Face à ces défis, l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires constitue une solution. Le modèle d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires est approprié quand trois critères sont réunis : i) il existe un réseau de soins de santé primaires qui n'aborde pas actuellement, la santé mentale, ii) le gouvernement a une politique d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, iii) il y a un hôpital spécialisé disposé à soutenir un tel travail. Ces trois conditions sont réunies pour le cas du Burundi. Pour une bonne réussite d'intégration, l'expérience montre que les services communautaires de qualité (avec un appui des hôpitaux généraux locaux) se sont avérés être la forme la plus efficace de service de santé mentale.

La méthode la plus courante pour incorporer la santé mentale aux services de soins de santé primaires existants implique la formation du personnel en vue de leur inculquer des compétences supplémentaires en matière de santé mentale. Pour les formations du personnel déjà en activité, on doit tenir compte des difficultés à transférer suffisamment de connaissances et aptitudes nouvelles à un personnel soignant déjà fort occupé et qui peut ne pas donner la priorité à la santé mentale. Une alternative, qui permet de prétendre à des soins de meilleure qualité est d'avoir un professionnel de santé mentale (un infirmier communautaire de santé mentale ou un médecin diplômé) comme membre du personnel des centres de soins de santé primaires. Cela permet de développer les compétences (y compris en matière de prescription dans les cas où la loi le permet) et de consacrer du temps aux clients qui ont souvent des besoins complexes, en particulier en se rendant chez eux. Afin de développer ces services, il est nécessaire d'avoir un partenariat solide avec les Bénévoles Communautaires.

Pour réaliser une couverture suffisante des couches sociales à la base, il faut avoir un cadre de travailleurs communautaires qui soutiennent le professionnel de santé mentale. Il peut s'agir de bénévoles (agents de vulgarisation en santé communautaire etc.) qui doivent être coordonnés (et équipés) pour participer régulièrement à des réunions en vue de leur formation et de la production de rapports. Ils peuvent être des personnes déjà employées par d'autres programmes de santé communautaire (vaccination, santé infantile et maternelle), ou consacrées uniquement au travail de santé mentale. Ils sont un canal important pour le travail d'éducation et de lutte contre la stigmatisation, la promotion des droits de l'homme et le plaidoyer dans les communautés.

### ***1. Les raisons d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.***

De plus en plus d'études évaluent l'efficacité de l'offre de soins en santé mentale dans les services généraux des structures communautaires et services de santé de base comme alternative aux structures hospitalières insuffisantes dans les pays moins avancés. Il en ressort que la prise en charge des troubles mentaux dans les soins de santé primaires avec un dispositif de transfert de compétences des spécialistes vers les agents de santé travaillant à proximité des patients est faisable, acceptable et efficace.

L'OMS (OMS, 2005) donne les grandes bonnes raisons justifiant cette intégration. L'accessibilité géographique qui permet aux bénéficiaires des soins de rester avec leurs familles et de maintenir leurs activités quotidiennes et leurs sources de revenu. L'accessibilité économique car les soins primaires de santé mentale sont moins coûteux que les soins en hôpitaux psychiatriques. L'acceptabilité du fait que les services de santé mentale offerts en soins de santé primaires minimisent le risque de stigmatisation et de discrimination. Les meilleurs résultats pour la raison que les personnes qui sont traitées en milieu primaire pour les

troubles mentaux évoluent mieux en comparaison avec celles traitées en hôpitaux psychiatriques. Le rapport coût-efficacité du traitement des troubles mentaux intégrés dans les soins primaires est très favorable. Ainsi, même des investissements modérés permettent de grands progrès.

L'intégration telle que décrite ci-dessus se limite à une dimension de la santé mentale en aval, quand les problèmes sont déjà là, c'est-à-dire dans ses aspects psychiatriques. De façon complète, définie dans le sens de la prévention et la promotion ; la santé mentale comprend trois dimensions à savoir : les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive.

## ***2. Les niveaux d'intégration de soins de santé mentale dans les soins de santé primaires***

Les soins de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaires sont à comprendre comme un ensemble cohérent d'activités cliniques, professionnelles, organisationnelles, systémiques et fonctionnelles visant à créer un meilleur arrimage entre les services de santé mentale et les soins primaires afin d'améliorer la performance du système de santé et le bien-être de la population. Selon le cadre conceptuel de Valentijn et al. (Menear et al., 2017), les activités d'intégration des soins se regroupent dans cinq domaines et opèrent à différents niveaux du système de santé à savoir : clinique, professionnelle, organisationnelle, systémique et fonctionnelle.

L'intégration clinique se produit au niveau micro et fait référence à la coordination des soins pour les patients dans un seul processus à travers le temps et à travers différents types de professionnels et milieux de soins. L'intégration clinique est favorisée par l'adoption d'outils de dépistage ou d'évaluation communs, les plans d'intervention partagés, la gestion de cas, la formalisation des systèmes de référence, les services de coordination, etc.

L'intégration professionnelle englobe les activités de communication, de collaboration et d'apprentissage entre professionnels et comprend des stratégies telles que les discussions de cas ou rencontres d'équipes interdisciplinaires, la colocation des professionnels, les services de coordination-consultation, la formation interprofessionnelle, etc.

L'intégration organisationnelle renvoie aux relations formelles et informelles entre les organisations qui fournissent des services aux populations données. Ces relations couvrent le continuum des activités liées à la communication, la coordination, la collaboration et l'intégration (ex. : fusions).

L'intégration systémique assure une cohérence des politiques, des lois et des incitatifs à travers les différents programmes. Les stratégies spécifiques de ce domaine comprennent la planification et la gouvernance partagée des initiatives d'intégration, les politiques ou les orientations qui facilitent l'intégration, etc.

L'intégration fonctionnelle facilite la cohérence entre différents niveaux du système de santé. Les stratégies d'intégration fonctionnelles visent à soutenir l'opérationnalisation des initiatives d'intégration par le biais de nouvelles approches de gestion des finances, de l'information, et de la qualité de soins.

## ***3. Obstacles rencontrés dans l'intégration***

Les recherches menées pour évaluer les résultats des programmes d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires dans les contextes variés mentionnent les obstacles majeurs qui doivent attirer l'attention des planificateurs de projets en la matière. A titre illustratif nous évoquons la résistance et les attitudes négatives envers le changement qui

est l'un des obstacles. Le remède à ce problème serait une préparation des esprits des bénéficiaires et des prestataires de soins pour que le programme d'intégration soit le leur. Un autre obstacle est celui des coûts d'implantation des soins intégrés ainsi que les coûts des psychotropes. Enfin, le manque de personnel soignant spécialisé en santé mentale et le problème de les retenir dans les structures de soins mentaux est un obstacle à garder à l'esprit pour trouver des voies de solution.

Malgré ces obstacles, plusieurs initiatives ont réussi à implanter les services de santé mentale dans les structures de soins de santé primaires. L'analyse des initiatives suggère que des mesures prises pour bien préparer et déployer les initiatives et assurer leur pérennité à long terme peuvent grandement faciliter le processus d'implantation.

#### ***4. Etat des lieux de la santé mentale au Burundi : nécessité d'intégration***

La santé mentale est encore très peu développée au Burundi. En matière d'infrastructures, il n'existe qu'un seul hôpital neuro-psychiatrique, le Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK) et ses deux antennes qui se trouvent à Ngozi et à Gitega. Concernant le personnel qualifié, seulement quatre spécialistes en psychiatrie dont un seul exerce au CNPK et les trois autres dans d'autres hôpitaux de Bujumbura. L'Institut National de Santé Public a une filière qui forme des infirmiers psychiatriques mais les lauréats ne sont pas encore recrutés comme on pouvait l'espérer dans les structures de soins de santé. A l'aide de la coopération Suisse, une vingtaine de médecins généralistes sont entrain de suivre une formation spécialisée en psychiatrie.

Les conséquences à ce manque d'infrastructures et de personnel qualifié pour prendre en charge la santé mentale sont aussi nombreuses que malheureuses. De plus en plus de personnes qui auraient pu être traitées sont exclues du système social à tous les niveaux : familial, scolaire, professionnel ; les troubles dont elles souffrent se compliquent et se chronicisent. Faute de connaissances sur la maladie mentale, la population l'attribue à la sorcellerie et au démon pour les plus plongés dans les croyances religieuses. Cette fausse conception conduit à des pratiques de soins comme les prières, qui laissent la maladie s'aggraver ; et à des conflits qui mènent souvent au meurtre quand on recherche le sorcier sensé avoir causé la maladie pour se venger.

Face à cette situation caractérisée par un manque d'infrastructures et de personnel qualifié, de faible revenu des populations ; le gouvernement du Burundi a adopté le Plan National de Développement Sanitaire (2019-2023) qui considère la santé mentale comme une priorité d'intervention où l'intégration des soins de santé mentale dans les structures publiques de soins constitue une des principales actions prioritaires. Ce souci du gouvernement s'inscrit dans la recommandation de l'OMS de 2001 d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.

Une organisation non gouvernementale œuvrant au Burundi nommée Louvain Coopération a initié pour quatre ans de 2017 à 2021, le projet de santé mentale Izere<sup>1</sup> dans les districts sanitaires de Buye et Mwumba à Ngozi. Ce projet visait à contribuer à cette politique d'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires.

La présente étude pose la question générale suivante : comment se fait l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires dans le contexte burundais ? Un objectif général à atteindre pour répondre à cette question est d'analyser les approches d'interventions utilisées dans la mise en œuvre du projet Izere de santé mentale communautaire et de proposer des

---

<sup>1</sup> Izere est un mot de la langue Kirundi qui signifie « garde l'espoir »

approches améliorées à adopter pour une bonne intégration. Cet objectif général a été opérationnalisé en trois objectifs spécifiques à savoir : i) évaluer les réalisations grâce aux approches utilisées, ii) identifier les défis et les obstacles, iii) formuler des propositions d'intervention pour l'intégration efficace des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire.

Après cette introduction, la deuxième section traite de la méthodologie, les sections trois et quatre sont consacrées respectivement aux résultats et à la discussion. Le travail se termine par une conclusion générale.

## **Méthodologie**

L'évaluation des interventions communautaires en santé mentale et leur accueil par les bénéficiaires a nécessité de recueillir des informations auprès de différentes catégories de personnes impliquées à des niveaux différents. En effet, la compréhension et la prise en charge des problèmes de santé mentale exigent de tenir en compte le jeu complexe d'influences entre l'histoire intime et les déterminants sociaux. Il s'agit de comprendre que la souffrance psychique trop souvent attribuée à des éléments de l'histoire personnelle, est en intrication étroite avec les grandes lignes de forces qui traversent nos sociétés.

### ***1. Méthode, technique et outils***

Les informations recherchées visaient à évaluer les réalisations et appréhender le vécu, le ressenti, la satisfaction des personnes concernées par le projet d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire. La méthode qualitative a été choisie car elle permet d'explorer les significations que les acteurs et bénéficiaires donnent aux apports du projet d'intégration. La technique d'enquête avec un guide d'entretien semi-directif et un guide de discussion pour les Focus Group est la mieux indiquée pour échanger par le biais du langage dans sa dimension discursive afin d'obtenir des informations détaillées.

Les entretiens semi-directifs ont été utilisés avec les prestataires des services sanitaires, tandis que les focus group ont été organisés avec les grands groupes composés des bénéficiaires directs et indirects ainsi que des agents de santé communautaires.

Trois thèmes étaient abordés pour recueillir les informations nécessaires à savoir : a) Les apports en termes de satisfaction tirée du projet santé mentale Izere, b) Les réalisations, les défis et les difficultés en rapport avec les trois approches (sensibilisation communautaire, appui en médicaments et activités génératrices de revenus), c) les améliorations souhaitées.

La méthode d'analyse des données utilisée est l'analyse de contenu - avec un codage inductif approprié aux études exploratoires - qui consiste à catégoriser et à résumer les informations fournies pour mettre en évidence celles qui correspondent aux objectifs de l'étude en triangulant les informations fournies par les différentes catégories d'enquêtés.

### ***2. Identification et choix des cibles de l'enquête***

L'échantillonnage utilisé est non probabiliste avec le choix raisonné des enquêtés. Avant le travail d'enquête sur le terrain, une identification de toutes les personnes à rencontrer a été effectuée en fonction des cibles visés par l'étude et les rendez-vous pris avec l'aide du coordonnateur chargé de l'exécution du projet au quotidien.

Les responsables impliqués dans le projet et les prestataires des services de santé (administratifs, responsables des structures sanitaires, soignants) rencontrés sont: le Directeur de l'hôpital de District de Kiremba en compagnie du Directeur des soins et du chef nursing ; le responsable du Centre de Santé Kiremba ; le Secrétaire exécutif de Bureau d'Appui au

Développement et à l'Entraide Communautaire de Ngozi en compagnie du chef des programmes ; le Point focal du Bureau Provincial de Santé ; le Point focal santé mentale du Bureau de District Sanitaire de Buye en compagnie de ses 2 collaborateurs ; le Directeur de l'hôpital de District de Buye ; le Coordonnateur du projet santé mentale Izere; la Directrice du Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles en compagnie du chef de service santé mentale et du responsable du service de santé mentale de Louvain Coopération.

Les bénéficiaires directs sont les patients réhabilités et les membres de leurs familles. Les bénéficiaires indirects sont les voisins des familles ayant un patient réhabilité. Les agents de santé communautaires constituent une troisième catégorie concernée par l'étude (Tableau 1).

**Tableau 1 : Récapitulatif des cibles rencontrées pour enquête**

| Cibles   | Effectif | Lieu                      | Technique                  |
|--|----------|---------------------------|----------------------------|
| Responsables et prestataires des services de santé | 15       | Ngozi et Bujumbura        | 8 Entretien semi-directif. |
| Bénéficiaires directs                              | 45       | Kiremba, Musasa et Mwumba | 6 Focus group              |
| Bénéficiaires indirects                            | 24       | Kiremba, Musasa et Mwumba | 3 Focus group              |
| Agents de Santé Communautaires                     | 21       | Kiremba, Musasa et Buye   | 2 Focus group              |
| Total  | 105      |                           |                            |

Lors de la récolte des données à l'aide du guide d'interview semi-directif et du guide de discussion pour les focus group, le consentement éclairé était obtenu après explication du droit pour chaque personne de s'arrêter quand elle le souhaite et de l'usage strictement scientifique des leurs propos.

## Résultats

La section présente les résultats de terrain en matière des réalisations d'intégration sur les trois axes d'activités mises en œuvre par le projet Izere à savoir la sensibilisation communautaire, l'appui en médicaments et les activités génératrices de revenu. Les personnes contactées sur terrain sont revenues sur les bienfaits des réalisations du projet et leurs limites. En effet, elles affirment que les réalisations ont permis de réduire les obstacles en rapport avec la connaissance de la maladie mentale, les longues distances pour arriver aux services de soins de santé mentale, et les coûts élevés des médicaments. Mais beaucoup d'efforts restent à fournir au vu des obstacles qui se dressent sur le chemin de l'intégration des soins des santé mentale dans les soins de santé primaires.

### 1. L'approche sensibilisation communautaire

Un des obstacles majeurs en matière de santé mentale au Burundi étant le manque de connaissances sur les maladies mentales attribuées souvent à la sorcellerie, l'approche sensibilisation est incontournable pour résoudre ce problème. Pour transmettre des connaissances sur l'origine et les soins des troubles mentaux, lutter contre les préjugés et les discriminations, différents moyens comme le théâtre sont utilisés. Cette sensibilisation a été faite auprès de trois cibles : les familles, les agents de santé communautaires et la communauté. Pour les membres des familles ayant des personnes souffrant de troubles mentaux, le contenu de la sensibilisation était des connaissances sur les pathologies mentales en vue de les aider à mieux s'orienter pour choisir la solution la plus adaptée aux patients. Ces mêmes connaissances ont été transmises aux agents de santé communautaires pour qu'ils apportent assistance aux malades, en les guidant vers les structures de soins et assurent un suivi-accompagnement. La

communauté dans son ensemble a été aussi sensibilisée en rapport avec la santé mentale pour permettre d'améliorer la qualité de l'assistance aux malades et d'éviter la stigmatisation.

Les stratégies de sensibilisation utilisées sont axées sur les canaux de communication se basant sur la communication orale, les illustrations imagées ainsi que les actions des agents de santé communautaires.

Les informations recueillies auprès de toutes les catégories d'informateurs, en rapport avec les bénéfices tirés de la sensibilisation communautaire montrent que cette activité a atteint largement son but. En effet, les malades témoignent unanimement que le projet leur a permis de savoir qu'une maladie mentale peut être bien traitée dans les structures sanitaires comme les autres maladies. Un patient s'exprime en ces termes<sup>2</sup> : « On nous a appris qu'il faut nous confier aux structures sanitaires. Nous avons eu des médicaments qui ont été utiles alors que nous avions déjà dépensé beaucoup chez les guérisseurs sans aucun résultat. » C'est un grand soulagement pour la population de savoir qu'un trouble mental se soigne à l'hôpital car souvent les familles dépensent beaucoup de leurs ressources chez les guérisseurs sans voir des résultats. Un père d'un enfant épileptique apprécie aussi le projet en ces termes<sup>3</sup> :

« Après avoir bénéficié des informations sur les maladies mentales, j'ai amené ma fille au centre de santé, on lui a donné des médicaments et elle se porte bien, elle suit bien en classe. Au début de sa maladie, je n'avais aucun espoir qu'elle s'en sortira car elle perdait connaissance et tombait par terre. Je croyais que sa maladie est du ressort des maladies à traiter par les guérisseurs et non dans un service de soins de santé comme les autres maladies. »

Des attitudes positives de soutenir un malade en état de crise ont été aussi favorisées par la sensibilisation. A ce sujet, un informateur confie<sup>4</sup> : « nous avons bien appris que l'épilepsie n'est pas contagieuse, si une personne est en crise en notre présence, nous savons comment l'aider ». Les manifestations de l'épilepsie font très peur et les gens non informés attribuent l'origine de la maladie à la sorcellerie, et craignent d'être contaminés s'ils touchent le malade.

Les patients souffrant de troubles mentaux sont assistés par les agents de santé communautaire depuis leur domicile jusqu'aux démarches à faire dans les structures de soins. Un agent de santé communautaire s'exprime en ces termes<sup>5</sup> : « Nous aidons le patient à avoir une fiche qu'il présente au centre de santé. Ça prend beaucoup de temps car il doit passer par environ cinq services. Nous l'accompagnons jusqu'à la fin et nous rentrons quand tout est en ordre. ». Le patient et sa famille ne se sentent plus seuls face aux troubles mentaux tant redoutés.

## **2. L'approche d'appui en médicaments**

L'accès aux soins des troubles mentaux au Burundi se heurte au faible revenu des patients et leurs familles et à la rareté des médicaments psychotropes dans les pharmacies. Dans le but de résoudre ce problème le projet Izere a fourni les psychotropes et les anti-épileptiques dans les Centres de Santé (CDS) qui les donnent à son tour aux bénéficiaires. Le

---

<sup>2</sup> Baratwigishije kuja kwa muganga, baraduha imiti, mbona ingwara nahora nivuza mu kirundi irakize, twari twarasesaguye uburyo bwinshi mu bapfumu atakivamwo

<sup>3</sup> Bamaze kutwigisha ivyerekeye indwara zo mu mutwe, naciye njana kwa muganga umwana wanjye, baraduha imiti none ubu afise imyaka umunani kandi arakwirikira neza mw'ishure. Akigwara nabona ko atako azoshobora kuvamwo kuko yarata ubwenge akitura hasi nkibaza ko arwaye indwara zo mu kirundi zitavugwa kwa muganga

<sup>4</sup> Twaratahuye ko intandara zitandukira, uwufashwe turi kumwe turazi ingene tumufasha

<sup>5</sup> Umurwayi turamufasha akaronka fiche, akaba ariyo yerekana kugira bamwakire kwa muganga. Bifata umwanya muremure kuko araca nk'ahantu hashika kuri hatanu, aho hose tuba turi kumwe tumufasha gushika aho abonana na muganga akamwumviriza uko arwaye. Amwandikiye umuti turamufasha kuwurondera tugataha vyose bitunganye



processus d'acquisition des médicaments est le résultat d'une procédure participative et transparente où LC et BADEC-Caritas Ngozi ont impliqué les partenaires-clés depuis les gestionnaires des Formations sanitaire (FOSA) jusqu'au Bureau Provincial de Santé (BPS) en passant par les instances intermédiaires qui sont les Bureaux des Districts Sanitaires (BDS).

Les informations recueillies sur terrain auprès des cibles de l'étude témoignent d'une grande satisfaction en rapport avec l'appui en médicament au début du projet lors de la fourniture d'un kit gratuit de roulement en médicaments psychotropes et anti épileptiques dans les deux districts sanitaires concernés. Quand les médicaments gratuits et le stock de démarrage à vendre se sont épuisés, les recettes attendues de la vente n'ont pas été à la hauteur de servir au réapprovisionnement. Un responsable d'une structure sanitaire confie<sup>6</sup> : « le projet nous a donné un kit de roulement dont les bénéfices de vente allaient servir au réapprovisionnement, mais les choses se sont passées autrement. » La raison essentielle est le coût élevé des médicaments amplifié par le pouvoir d'achat limité des bénéficiaires. A ce sujet, un bénéficiaire le précise en ces termes<sup>7</sup> : « nous avons beaucoup apprécié la fourniture des médicaments au début du projet mais quand il a été question de nous réapprovisionner, on nous a signifié que nous devons les acheter, ce qui ne nous a pas été possible au regard de leur coût très élevé ».

Un autre problème avec l'accès aux médicaments a été la péremption vue que le rythme d'achat ne suivait pas, alors que le projet avait déposé le kit en une fois. Le souhait émis par les responsables des districts aurait été qu'ils se réapprovisionnent selon les besoins plutôt qu'un lot en une fois qui risque d'être périmé. De plus, la chronicité de la maladie qui exige des soins au long cours s'ajoute à la liste des problèmes.

Un autre problème d'accès aux médicaments se rapporte au manque de ressources humaines suffisantes et qualifiées. Par district, la formation en la matière n'a touché que deux médecins et deux infirmiers. Cela transparaît dans le témoignage d'un agent de santé communautaire qui dit ceci<sup>8</sup> : « Un jour j'ai accompagné un malade au CDS pour chercher les médicaments. L'infirmière qui était sur place nous a dit que la personne habilitée à nous les fournir était absente ». Les longues distances à parcourir pour arriver aux structures sanitaires habilitées à fournir les médicaments dissuadent certains patients à poursuivre un traitement au long cours. Un point focal s'exprime ainsi : « Les longues distances empêchent le suivi des malades en rupture avec les médicaments ». Aussi, le long circuit actuel d'approvisionnement via la Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU) ne permet pas la disponibilité des médicaments psychotropes dans les hôpitaux de district et dans les centres de santé.

### ***3. L'approche Activités Génératrices de Revenus***

Le coût élevé des médicaments psychotropes constitue une entrave à l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. Le projet Izere a voulu résoudre ce problème dans la zone pilote en utilisant l'approche centrée sur les activités génératrices de revenus pour aider à la réinsertion socioéconomique des patients guéris, stabilisés ou en convalescence et renforcer la cohésion et le soutien mutuel entre les bénéficiaires du projet. L'organisation de l'appui en Activités Génératrices de Revenus (AGR) a été structurée de la manière suivante : le choix de l'activité d'élevage de chèvre par les bénéficiaires du projet IZERE a été fait de manière participative pour garantir son exécution. Les bénéficiaires

---

<sup>6</sup> Baraduhaye imiti kugira amafaranga tuzoyigurisha azoshobore kugura iyindi ariko ntivyashobotse

<sup>7</sup> Twarashimye imiti baduhaye mu ntango umugambi ugutangura, ariko iyo miti imaze kuduherana twarashimye kuyirondera batubwira ko ubu ari kwigurira hama dusanga irazimvye cane.

<sup>8</sup> Narigeze guherekeza umurwayi aje kurondera imiti turayibura kandi ihari kubera umuforoma twahasanze atariwe yari abijejwe.

interrogés reconnaissent à la chèvre les avantages suivants : elle est moins exigeante en pâturage, elle résiste aux maladies des bêtes, les produits pharmaceutiques sont disponibles et moins coûteux mais aussi les chèvres se multiplient rapidement. La désignation des bénéficiaires a été faite par les Agents de Santé Communautaire (ASC) encadrés par le projet Izere dans le respect des critères d'éligibilité. Une liste des bénéficiaires a été établie et validée par un groupe des parties prenantes incluant les ASC, les Techniciens de Promotion de la Santé (TPS), les administratifs et le personnel de BADEC-Caritas Ngozi. Le processus d'octroi des caprins a procédé par plusieurs étapes dont l'appel d'offre, l'octroi des caprins aux bénéficiaires, la gestion de l'AGR par les bénéficiaires, le suivi-accompagnement par BADEC-Caritas par l'intermédiaire des ASC et du personnel du projet Izere. L'évaluation des effets des AGR sur les bénéficiaires a été menée par l'équipe de BADEC-Caritas Ngozi. L'équipe a relevé des témoignages sur l'amélioration de l'état de santé des patients stabilisés ou en convalescence et des conditions de vie de leurs ménages.

Les informations recueillies sur terrain auprès des bénéficiaires témoignent une grande satisfaction apportée par l'offre d'une chèvre. Les bénéfices reconnus et appréciés sont le fumier pour les champs et l'argent issu de la vente en cas de besoin. Un patient stabilisé se confie<sup>9</sup> : « Je suis tombée malade et j'ai été obligée de vendre la chèvre puisque mon mari avait refusé de me faire soigner ». Cette utilité évoquée par la bénéficiaire ne s'inscrit pas totalement dans l'esprit du projet. Ce problème se remarque à plusieurs niveaux : bien qu'apprécié par les bénéficiaires, les chèvres fournies n'ont pas résolu le problème d'autonomisation et d'accès aux médicaments. La personne bénéficiaire est un malade qui nécessite elle aussi une prise en charge par sa famille et son entourage. Les besoins primaires et en médicaments sont quotidiens alors que les fruits (progénitures de la chèvre) ne suivent pas le même rythme. Un témoignage illustratif<sup>10</sup> : « Nous habitons dans des maisons en pailles qui laissent pénétrer par le toit l'eau de pluie, qui sont sales et nous n'avons pas de savons ». Avec cette extrême pauvreté, il est évident que tout input de contribution est vite absorbé par le premier besoin urgent qui se présente. Si la chèvre a pu être utile pour certains dans l'achat de médicaments, pour d'autres par contre, son usage a été au service des besoins les plus urgents comme l'alimentation et l'habillement.

## Discussion

Les résultats de l'étude montrent que les activités d'intégrations réalisées dans la zone pilote ont globalement satisfait la population mais restent insuffisants au vu de l'immensité des obstacles à surmonter. Les pistes choisies par le projet Izere pour appuyer la politique d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires s'inscrivent dans la recommandation de l'OMS de 2001, pour les pays à faible revenu, d'organiser une offre de soins de santé mentale en première ligne à savoir dans les Centres de Santé (CDS). En effet, ces derniers se trouvent au sein des communautés et sont facilement accessibles à la population. Cette option porte des fruits là où elle est implantée. Une étude réalisée en Guinée, un pays semblable au Burundi en matière de couverture de soins en santé mentale conclut : « l'étude montre que dans le contexte guinéen où l'accès aux soins spécialisés en santé mentale est très limité, les malades mentaux, même atteints de pathologies lourdes, peuvent être suivis dans des Centres de santé par un personnel non spécialiste mais formé en santé mentale. » (Sow, A., et al. 2020). La santé mentale comporte beaucoup de sortes de souffrance qui n'ont pas besoin de

---

<sup>9</sup> Indwara yaramfashe, kugira nivuze naciye ngurisha nya mpene kubera umugabo wanjye yari yanse kumvuza,

<sup>10</sup> Tuba muri nyakatsi, turavigwa, tuba habi nta gasabuni.

traitements spécialisés et qui peuvent être pris en charge dans les structures de soins de base et dans la communauté.

### *1. Les acquis et les limites des pistes d'intégration utilisées*

Le travail de sensibilisation a permis de mesurer l'étendue des besoins en matière de changement de mentalité face à une conception de la maladie mentale véhiculée par une longue tradition. Les connaissances en rapport avec la santé mentale ont contribué au changement significatif de mentalités des populations des deux communes couvertes par le projet et à une prise en charge appropriée des malades atteints des troubles mentaux. Néanmoins, cette sensibilisation n'a pas encore atteint toutes les couches de la population concernée. Les Techniciens de Promotion de la santé (TPS), pourtant très proches de la population dans leur travail quotidien, n'a pas bénéficié de sensibilisation en matière de la maladie mentale. Un autre défi est en rapport avec la mobilité du personnel des soins de santé, ce qui plaide pour une formation et une sensibilisation continue et qui s'étend à un grand nombre de prestataires de soins. Parmi les difficultés, le faible niveau des ASC par rapport à la thématique des maladies mentales dont ils ont une conception et des pratiques traditionnelles qui ne facilitent pas l'intégration de la conception scientifique des maladies mentales et leur traitement.

La sensibilisation des agents de santé communautaires (ASC) et des leaders communautaires comme les prêtres a permis d'assurer un suivi-accompagnement des patients. En effet, les ASC rencontrés accompagnent les patients au centre de santé, les assistent dans les méandres administratifs qui sont longs, et assurent un suivi-accompagnement à chaque fois que les patients vont chercher des médicaments. Les leaders communautaires interviennent surtout quand il est question de référer un patient au centre spécialisé, et que cela demande du transport, un coût de consultation et des médicaments. Cela est une réalité à l'hôpital de Kiremba où le Directeur a donné des témoignages des services offerts aux patients qui nécessitent d'aller au centre de Mubuga (transport, hospitalisation, achat de médicaments).

Dans les conditions de vie actuelles de la population burundaise, l'approche appui en médicaments imaginée par le projet « santé mentale Izere » est pleinement justifiée et a été appréciée par toutes les personnes concernées (bénéficiaires et soignants). En effet, l'éloignement de l'hôpital de référence (CNPK) et ses deux antennes de Gitega et Mubuga (Ngozi) par rapport aux deux districts que couvre le projet pilote ne permet pas aux populations un accès aux médicaments nécessaires pour traiter les troubles neuropsychiatriques.

La fourniture des médicaments aux deux districts sanitaires qui ont servi de zone pilote a donc enlevé cette barrière de distance. Cependant, pour éviter que les médicaments ne soient périmés sans être utilisés, il ne faudrait plus déposer tout le kit à l'hôpital de district, mais laisser ce dernier s'approvisionner en fonction des besoins. Néanmoins deux barrières de taille sont restées : celle du coût élevé des psychotropes eu égard aux ressources financières de la population, et leur indisponibilité sur le marché. Pour contribuer à surmonter ces obstacles un des moyens serait d'inscrire les psychotropes sur la liste des médicaments essentiels et de créer des mutuelles de santé pour tous.

L'appui en médicaments psychotropes offerts au début du projet puis vendus par la suite n'a eu qu'un effet positif limité. Les malades qui ont les moyens ont continué de s'en procurer puisqu'ils étaient déjà au courant de l'existence des médicaments appropriés et en apprécient les effets sur leur santé et leur vie en société. Toutefois, l'obstacle majeur reste l'accessibilité d'un triple point de vue : financier, géographique et approvisionnement à différents niveaux.

L'activité génératrice de revenu proposée par le projet était une bonne réponse à la question du faible pouvoir d'achat qui limite les patients à avoir accès aux médicaments. Mais en plus de cet aspect, elle visait à rendre autonome les personnes bénéficiaires.

Les données de terrain montrent une satisfaction évidente chez les bénéficiaires des chèvres fournies qui apprécient les dividendes tels que le fumier pour les champs, l'argent issu de la vente qui permet l'achat des médicaments et la satisfaction de certains autres besoins urgents. La distribution n'a pas pu atteindre tous les bénéficiaires. Certains attendaient encore alors que le projet touchait à sa fin. Aussi, l'autonomisation visée par l'activité laisse à désirer. Au regard de ces défis, il est souhaitable que d'autres types d'AGR, dont l'usage est souple, soient envisagées. Même si une chèvre se reproduit rapidement, elle ne peut pas suivre le rythme des besoins quotidiens des populations qui n'ont pas d'autres sources de revenu. Pour pallier aux limites de ce qui a été mis en œuvre, la diversification des activités permettrait à chaque bénéficiaire d'être servi selon ses ressources, ses capacités ses intérêts. Aussi, un partenariat entre les bénéficiaires et les encadreurs formés permettrait un meilleur choix des activités, un bon encadrement et une organisation des associations sous forme de coopératives ouvertes à l'ensemble de la communauté.

Les trois approches utilisées pour l'intégration sont complémentaires ; il n'est donc pas question d'en faire une hiérarchie dans la mesure où chacune vise un aspect particulier du processus d'intégration. Concernant la pérennité des réalisations, la durée limitée du projet est un grand obstacle. En effet, les actions initiées ne peuvent pas être poursuivies sans financement que le projet avait mis en place. De façon générale le grand obstacle qui s'oppose à l'intégration au Burundi comme dans d'autres pays à faible revenu est justement les moyens financiers de l'Etat qui ne permettent pas la construction des infrastructures de soins de santé mentale, la formation du personnel qualifié et l'achat des médicaments psychotropes.

## ***2. Propositions de nouvelles pistes d'intégration***

L'étude menée dans les deux districts sanitaires de Buye et Kiremba a permis d'identifier les actions efficaces eu égard à leur impact positif auprès des bénéficiaires directs, de leurs familles et de la communauté entière ; mais aussi eu égard à la politique du gouvernement en matière de soins de santé mentale, aux infrastructures et aux ressources humaines disponibles. Les pistes proposées sont des ouvertures enrichissantes en renforcement de celles déjà expérimentées.

### ***2.1. Le plaidoyer***

Pour renforcer le travail de sensibilisation, le plaidoyer est un des moyens utiles à inclure dans le paquet des interventions d'intégration. Le Guide des Politiques et des Services de Santé Mentale, (OMS, 2005), explique que :

« le plaidoyer en faveur de la santé mentale a été conçu pour promouvoir les droits humains des personnes souffrant de troubles mentaux et pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Il s'agit de diverses actions visant à lever les principaux obstacles structureaux et attitudeaux afin d'obtenir les résultats positifs en matière de santé mentale des populations ».

Le mouvement de plaidoyer a influencé les politiques et la législation concernant la santé mentale dans certains pays et il est un important facteur de l'amélioration des services dans d'autres. Dans plusieurs pays, il est à l'origine de la sensibilisation accrue au rôle de la santé mentale dans la qualité de vie des populations. La sensibilisation communautaire ne doit pas être pensée en termes d'événements ponctuels mais en termes de processus. Pour cela, elle doit comporter un volet plaidoyer continu pour changer les attitudes et les comportements. Les troubles mentaux érodent l'aptitude des personnes qui en souffrent à pleinement s'impliquer

dans la vie sociale de leurs communautés. Cette réalité décuple le poids de leur souffrance. Le plaidoyer doit directement cibler et lever les barrières qui empêchent la pleine jouissance des droits de l'homme à tous les niveaux de la société. L'une des voies les plus importantes pour y parvenir est le développement des opportunités d'auto-plaidoyer en soutenant les groupes de bénéficiaires.

## ***2.2. La prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale***

La prévention et la promotion en matière de santé mentale se distinguent par leur but respectif mais certaines de leurs activités sont interreliées et peuvent s'entrecouper. Les facteurs environnementaux et sociaux qui influencent la santé la santé mentale nécessitent d'être étudiés et pris en charge en amont. Selon l'OMS (WHO, 2025) :

«Les interventions en matière de promotion et de prévention visent à identifier les déterminants individuels, sociaux et structurels de la santé mentale, puis à agir pour réduire les risques, accroître la résilience et créer des environnements propices à la santé mentale. Elles peuvent être conçues pour des individus, des groupes spécifiques ou des populations dans leur ensemble ».

La prévention cible les facteurs à risque qui peuvent être abordés de façon pratique. On peut citer à titre d'exemples la violence domestique, les sévices corporels, les abus sexuels, la consommation d'alcool et de drogue. Il est important de prêter particulièrement attention aux groupes vulnérables de la société et éliminer certaines voies par lesquelles elles sont discriminées. Les femmes sont particulièrement vulnérables à cause des problèmes tels que la violence domestique, les dangers liés à l'accouchement à risque, etc. Elles sont également plus exposées au cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé mentale. Pour s'assurer que les programmes comprennent une forte approche genre, il faut entre autres, consulter des femmes lors de l'analyse des besoins et veiller à ce que les problèmes qui les rendent vulnérables soient abordés dans les activités des projets de santé mentale.

Les recherches effectuées par McDonald et O'Hara, cité par (D'Amours et al., 2008), proposent des facteurs négatifs sur lesquels les actions de prévention des troubles mentaux doivent agir. Les environnements socio-économique, physique, politique et communautaire qui ont une influence négative sur la santé mentale des individus. L'exclusion sociale qui fait que les individus sont stigmatisés et exclus de la société sur la base du genre, de la classe sociale, de la santé mentale, ou d'autres raisons discriminatoires. Les inégalités socio-économiques en rapport avec le revenu, l'éducation, la connaissance, etc. Le stress engendré par un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources d'un individu pour y répondre. Les facteurs biologiques négatifs qui entravent le développement et le fonctionnement normal du cerveau tels que les toxines (alcool et autres) de même que les privations alimentaires, cognitives et sociales.

La promotion de la santé mentale agit sur les déterminants de la santé. Elle repose sur le postulat que la santé mentale n'est pas seulement l'absence de maladie et sur une conception positive de la santé mentale. Les auteurs mentionnés ci-haut proposent également les catégories de facteurs positifs sur lesquelles la promotion de la santé mentale devrait s'appuyer. Il s'agit des infrastructures, des services, de l'accès à des milieux de soins stimulants et sécuritaires pour avoir un environnement favorable ; de l'inclusion et soutien sociale, de favoriser l'estime de soi et l'accroissement des ressources personnelles de base en termes de connaissances, compétences et attitudes permettant à un individu de faire face aux demandes et aux défis de la vie.

### ***2.3. Les interventions psychosociales***

Un programme de santé mentale comprend idéalement deux dimensions : Les activités cliniques et les interventions psychosociales. Ces dernières visent à créer, restaurer et maintenir le fonctionnement social des individus atteints de troubles mentaux ; ainsi que leur équilibre affectif et émotionnel au sein de leur environnement social. Les deux dimensions se complètent et se renforcent mutuellement pour contribuer à préserver et à restaurer l'équilibre des personnes affectées ; qui pourront alors répondre aux défis quotidiens, ressentir et exprimer un éventail d'émotions et maintenir des relations de qualité avec leur environnement social.

Les processus psychiques et sociaux étant étroitement liés ; les interventions psychosociales ont des effets sur la situation personnelle et, inversement, l'amélioration clinique des individus a des répercussions sur la dynamique collective. En effet, la reconstruction du tissu social contribue à réduire sensiblement, voire à éliminer les conditions qui produisent des troubles psychologiques. En retour, l'équilibre individuel incite l'individu à s'engager activement et de manière positive au sein de sa communauté, promouvant ainsi la cohésion sociale.

Le Burundi dispose d'un bon nombre de psychologues cliniciens formés qui peuvent s'occuper de ces activités d'interventions psychosociales et jouer pleinement un rôle primordial dans la mise en œuvre de la politique d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires par l'approche communautaire.

En matière d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, il existe de bons témoignages en faveur d'interventions paramédicales efficaces en cas de certaines pathologies. En guise d'exemple, pour gérer la dépression et l'anxiété, l'expérience montre que la psychothérapie simple est aussi efficace que les nouveaux antidépresseurs. La combinaison des interventions psychosociales et pharmacologiques est plus efficace que le traitement médicamenteux seul en cas de schizophrénie et de troubles bipolaires (prévention de rechute, aide au respect des prescriptions etc.). Le travail de psychothérapie est donc un complément indispensable aux traitements chimio- thérapeutiques et peut, dans certain cas, éviter ces derniers.

L'éducation thérapeutique est pratique qui favorise l'intégration. Elle vise à rendre les patients confrontés à la maladie chronique plus autonome en facilitant leur adhésion aux traitements et en améliorant leur qualité de vie. Pour l'OMS (2008), l'éducation thérapeutique est un processus par étapes, intégré aux soins mis en œuvre par les différents professionnels de santé. Centrée sur le patient, elle comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernés et les comportements de santé et de maladie sur le patient.

Pendant longtemps, la relation soignant-soigné a été dominé par le paradigme de la prescription et de l'injonction. Ce modèle s'est révélé inefficace dans le cas de la maladie chronique. C'est ainsi qu'est née, une vision de la médecine et du soin qui considère que le patient a le droit de savoir, de choisir, de décider, d'agir, de contrôler et d'exister à travers sa maladie et son traitement. L'éducation thérapeutique se fait à travers des programmes structurés et coordonnés suivant une démarche en quatre étapes (Untas et al., 2020) : la réalisation d'un bilan éducatif partagé pour connaître le patient, ses ressources, ses difficultés, ses besoins et ses connaissances, la création d'un programme personnalisé, la mise en place des séances d'éducation thérapeutique pendant lesquelles le patient est accompagné dans le développement des compétences nécessaires pour gérer sa maladie et son traitement et dans l'acquisition des

ressources pour vivre au mieux avec sa maladie, l'évaluation du patient qui doit être réalisée à la fin de chaque action éducative ou en cours de programme. Elle a pour but d'observer l'évolution du patient en termes de changement et d'acquisition de connaissances et de compétences, mais aussi de vérifier si les objectifs éducatifs ont été atteints.

## Conclusion

L'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires dans les districts sanitaires de Buye et Kiremba est une première expérience très intéressante au Burundi. L'étude réalisée avait pour objectifs d'évaluer les résultats des interventions, d'identifier les défis et les obstacles, et de faire des propositions de nouvelles pistes d'intégration pour une bonne santé mentale communautaire.

Les résultats montrent un impact positif du projet Izere pour la population d'avoir un service de soins de santé mentale dans les Centres de Santé. En effet, les interventions d'intégration axées sur ces derniers ont réduit les obstacles majeurs qui sont : la mauvaise conception des troubles mentaux, le coût élevé des soins, les longues distances à parcourir pour atteindre les rares structures spécialisées de soins mentaux. Les interventions ont contribué à montrer que la santé mentale n'est pas seulement l'affaire des spécialistes des soins et du seul malade ; mais qu'elle concerne aussi les soignants non spécialistes, les familles, les proches, la communauté et la société toute entière qui ont un rôle à jouer dans la prévention, le traitement, le contrôle des troubles mentaux et de la détresse psychologique.

Un résultat visé par le projet n'a pas été atteint, il s'agit de l'autonomisation basée sur l'élevage d'une chèvre offerte à chaque personne ayant un parcours psychiatrique. Cette activité génératrice de revenu n'a pas survécu à la fin du projet à cause des sources de revenu de la population très limitées, ce qui plaide en faveur d'une diversification des activités et d'un système de mutuelle de santé pour tous. En plus du faible revenu, les autres obstacles majeurs à l'intégration et qui dépassent le cadre du projet évalué sont notamment le manque de personnel qualifié, la mauvaise conception de la santé mentale basée largement sur les croyances en rapport avec la sorcellerie, la faible implication des communautés locales à cause d'un niveau d'instruction bas ou inexistant.

Les résultats de l'étude ouvrent à une proposition de nouvelles pistes d'intégration en complément à celles expérimentées par le projet Izere. Le présent document est un bon outil pour les futures politiques de santé publique en matière de santé mentale et une référence à disposition des partenaires du Burundi qui envisagent des interventions d'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires. Une attention particulière devrait être accordée à la question d'une mutuelle pour tous, à la liste des médicaments psychotropes et à la formation continue du personnel soignant.

Les recherches futures pourraient s'intéresser aux questions suivantes : a) la compréhension de la maladie mentale par la population en vue de proposer de l'introduire dans les écoles et dans la communauté par divers canaux de communication, b) le suivi des patients ayant un parcours psychiatrique en vue d'une réhabilitation dénuée de stigmatisation, c) les facteurs environnementaux et sociaux qui influencent la santé mentale dans le contexte burundais, pour une planification des actions de prévention.

### **Respect des normes d'éthique**

Le consentement libre et éclairé a été expliqué verbalement aux enquêtés et obtenu avant de procéder aux interviews et aux focus group. Il a été expliqué que la finalité du travail est scientifique et que l'anonymat des informateurs est garanti.

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier Léonidas Mbanzamihiho (Ph.D.), Directeur National de Louvain Coopération au Burundi qui a mobilisé les fonds de la recherche et établi un partenariat avec le CRIDIS, Abbé Adelin Ndayishimiye, Secrétaire exécutif du Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire de Ngozi et le personnel d'appui au projet Izere pour avoir facilité les contacts lors du travail de récolte de données, Dr Jeanine Kamana et Faraj Zoulikha, faisant partie de l'équipe technique de Louvain coopération, qui ont facilité le travail de collecte de données et toutes les personnes qui ont participé à l'enquête.

**Conflits d'intérêt :** Aucun à déclarer

**Utilisation de l'Intelligence Artificielle :** Aucune

### **Contributions des auteurs**

Léandre Simbananiye, Bonaventure Nikoyandoye et Mélance Nduwimana ont collaboré étroitement durant tout le processus du travail depuis la conceptualisation, la collecte des données, l'analyse, la rédaction jusqu'à la révision du manuscrit.

---

## **Références**

- D'Amours, G., Poissant, J., Desjardins, N., Laverdure, J., & Masse, R., (2008), Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux. *Promot Educ, Supp* (1), pp.54-59.  
<https://doi.org/10.1177/1025382308094001>
- Hogg Foundation for Mental Health, (2008), Unir le corps et l'esprit : Guide sur les soins de santé intégrés au Texas et aux Etats-Unis. In *L'information psychiatrique* 2014/5 Volume 90 p. 331 à 339.
- Menear M., Gilbert M., & Fleury M-J., (2017), Améliorer la santé mentale des populations par l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires, *Revue Santé mentale au Québec*, Volume 42, numéro 1, p 243-271
- Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, République du Burundi (2015). *Politique nationale de Santé mentale 2016-2025*.
- Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, République du Burundi (2019). *Directives Nationales pour l'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi*.
- Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, République du Burundi. *Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023*.
- OMS, (2005), *Guide des Politiques et des Services de Santé Mentale*. Plaidoyer en faveur de la santé mentale, Genève.
- OMS, (2025), *Santé mentale*, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Consulté le 24 septembre 2025
- Sow, A., Criel, B. Branger B., Roland, M., & De Spiegelaere, M. (2020) « Expérience d'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée », in *Pan African Medical Journal*.



Untas, A., Lelorain, S., Dany, L. & Koleck, M. (2020), Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives, In *Pratiques Psychologiques*, 26(2), 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.005>.

WHO et WONGA (2008). Integrating mental health into primary care. A global perspective. <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/Integratingmhintopriarycare2008>. Consulté le 1/10/2025