

**MISSION D'APPUI A L'AUTO-EVALUATION  
DU PROJET IZERE SANTE MENTALE MIS EN ŒUVRE  
PAR LOUVAIN COOPERATION ET BADEC  
13 – 27 Octobre 2019**

**RAPPORT DE MISSION**  
Dr. Jaak Le Roy, Psychiatre consultant



Agents de Santé Communautaires et Membres du Comité de Santé du CDS Gatsinda



Bénéficiaires du projet et membres de la communauté de la colline Gitwa

## **Remerciements**

Nous remercions les Dr Léonidas Mbanzamihigo, Dr Jeanine Kamana et Félix Banyankindagiye, les chauffeurs de Louvain Coopération ainsi que Fidèle Banezerwe, l'Abbé Damas Niyokindi, Martin Minani et Marius Nkurunziza de BADEC-Caritas pour leur accueil, leur disponibilité et leur coopération active dans toutes les phases de la mission d'évaluation.

Cette mission n'aurait pas pu se faire sans les observations précieuses et les suggestions des prestataires, ASC, gestionnaires ainsi que des groupes de bénéficiaires.

Nous tenons à souligner la contribution importante du Dr Etienne NIYONZIMA, Directeur du PNILMCNT dans la réussite de l'évaluation, par ses observations et son engagement pour la santé mentale.

Finalement, le travail et les échanges avec les collègues du projet TWITEHO AMAGARA/UE ont été très riches et ont permis de renforcer les liens entre collègues et partenaires du Consortium.

## LISTES DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AGR	: Activité génératrice de revenus
ASC	: Agent de santé communautaire
AT	: Assistant Technique
BADEC	: Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaires – Caritas Ngozi
BDS	: Bureau du District Sanitaire
BIF	: Sigle de la monnaie burundaise
BPS	: Bureau Provinciale de la Santé
CAD	: Comité d'aide au développement (OCDE)
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS	: Centre De Santé
CNPK	: Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
CNPN	: Centre Neuro-Psychiatrique de Ngozi
CP	: Chef du Projet
CoSa	: Comité de santé
DGD	: Direction Générale pour la coopération et le Développement (du Royaume de Belgique)
DPML	: Direction de la Pharmacie des Médicaments et des Laboratoires
Dr	: Docteur (en médecine)
ENABEL	: Agence Belge de Développement
F	: Femme
FOSA /FoSa	: Formation Sanitaire
H	: Homme
HD	: Hôpital de District
Hôp	: Hôpital
HCR	: Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IMC	: International Medical Council
IOV	: Indicateur Objectivement Vérifiable
LC	: Louvain Coopération au Développement asbl, en abrégé «Louvain Coopération»
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MCDS	: Médecin Chef du District Sanitaire
mhGAP	: Mental Health Gap Action Programme
mhGAP-GI	: Mental Health Gap Action Programme – Guide d'Intervention
MEMISA	: MEdische Missie Samenwerking, ONG de développement belge
Troubles MNS	: Troubles Mentaux, Neurologiques et ceux associés à l'usage des Stupéfiants
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
MSE	: Examen de l'Etat Mental
MSV	: Médecins Sans Vacances
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non-Gouvernementale
OS	: Objectif spécifique
PAA	: Plan d'action d'activités
PeC	: Prise en charge
PM+	: Problem Management Plus (voir Guide mhGAP)
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS III	: Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
PS	: <u>Psychosocial</u>
ReCo	: Réseaux communautaires
SE	: Secrétaire Exécutif

SM : Santé mentale  
TDR : Termes de référence  
ToTS : Training of Trainers and Supervisors  
TPS : Technicien de Promotion de la Santé  
Trim : Trimestre  
QRCP : Questionnaire pour le Renforcement des Capacités du Partenaire  
UCL : Université Catholique de Louvain  
UCODE-AMR : «Union pour la Coopération et le Développement, Appui au Monde Rural »  
devenue «Association Unissons les forces pour la Coopération, le  
Développement et Appui au Monde Rural»  
UE : Union Européenne  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine  
VSF B : Vétérinaires Sans Frontières Belgique  
SIS : Système d'information sanitaire  
SSM : Soins de santé mentale  
SSP : Soins de Santé Primaires

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données sur la population et les participants aux activités	17
Tableau 2 : Répartition des contacts par type de trouble ou plainte	26
Tableau 3 : Répartition des contacts par type de problème et genre	26
Tableau 4.1 et 4.2: Répartition par type de trouble et total (5770) des contacts de prise en charge par les ASC et les prestataires des 4 formations sanitaires de Mwumba et de Kiremba	26
Tableau 5a : Répartition plans de PeC dans les 2 CDS et 2 HD des 708 personnes (7 trimestres)	29
Tableau 5b : Nombre de personnes avec un plan de PeC combiné (CDS avec HD) par diagnostic et nombre moyen des contacts de PeC	30
Tableau 5c : Nombre de personnes avec un plan de PeC au CDS uniquement par diagnostic et nombre moyen des contacts de PeC	30
Tableau 5d : Nombre de personnes avec un plan de PeC à l'HD uniquement par diagnostic et nombre moyen des contacts de PeC	31
Tableau 5e. Comparaison des prises en charge dans les FoSa entre les 2 districts	31
Tableau 6 : Répartition des contact (2016) des ASC par type de trouble (3 trimestres 2019)	32
Tableau 7 : Trajet de soins des personnes (209 contacts) avec trouble mental (3 trimestres 2019)	33
Tableau 8 : Trajet de soins des personnes (499 contacts) avec détresse psychologique (3 trimestres 2019)	34
Tableau 9 : Trajet de soins des personnes (1308 contacts) avec épilepsie (3 trimestres 2019)	35
Tableau 10 : Charges des ASC et appui pour la réinsertion socio-économique	48

## RESUME EXECUTIF

IZERE est un projet innovateur qui met en œuvre des approches pertinentes en santé mentale à base communautaire. Il est construit sur les ressources humaines et culturelles présentes. L'évaluation à mi-parcours a permis de vérifier l'état d'avancement et les performances du projet. Les visites, les entretiens et l'analyse des données sur les prises en charge et les autres activités ont été soumis aux 5 critères CAD. Nous estimons qu'en général, les changements escomptés pourront être atteints à l'échéance du projet.

Les sensibilisations, orientations, prises en charge médicales et psychosociales des personnes ainsi que le suivi des personnes souffrant de troubles mentaux, d'épilepsie ou de détresses psychologiques de santé mentale sont mis en œuvre comme prévus. Les attentes concernant la distribution de genre (50% femmes et plus) sont réalisées. Le projet et, en particulier les approches au niveau de la communauté, sont appréciés par les bénéficiaires.

Avec les différentes parties concernées au niveau des Districts Sanitaires, Provinciaux et Nationaux des recommandations ont été élaborées pour renforcer l'efficacité et la durabilité des résultats du projet. Elles répondent, entre autres, aux problèmes suivants :

- Les catégories des personnes avec trouble mental (trouble psychotique) ou dépression sévère sont peu prises en charge dans les Centres de Santé et l'Hôpital de District ;
- Un tiers des personnes identifiées avec un trouble mental ou épileptique par les ASC bénéficie de soins intégrés dans une des formations sanitaires ; un tiers ne suit pas régulièrement ou arrête sa prise en charge et un tiers reste sans soins spécifiques ;
- Les besoins des personnes avec détresse psychologique suite à des conflits et des violences intrafamiliales, sont plus importantes que prévus. Ils sont appuyés par des approches psychosociales via des agents de santé communautaires formés ;
- La disponibilité et l'accès aux médicaments psychotropes est insuffisante.

L'évaluation a proposé et échangé au sein du Programme National Intégré de Lutte contre Maladies Chroniques Non-Transmissibles du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS), des mesures en vue d'adapter structurellement un ensemble de normes et d'outils essentiels pour rendre les soins de santé mentale opérationnels.

L'évaluation à mi-parcours propose de mettre en œuvre au niveau de chaque District Sanitaire, en collaboration avec les responsables et les prestataires des formations sanitaires et de la communauté, un plan d'action et une coordination des diverses composantes (Paquet Minimum d'Activités, formations, référence, protocoles de prise en charge médicale et psychosociale, information sanitaire, médicaments,...) de la santé mentale. Cette collaboration pourrait apporter des solutions aux difficultés constatées et garantir l'intégration des soins de santé mentale dans le paquet d'activités des Centres de Santé, des Hôpitaux de District et à la communauté, en cohérence avec la pyramide du système de soins de santé.

L'auto-évaluation a été possible grâce à la contribution importante de l'équipe de Louvain Coopération, de BADEC, du MSPLS, des ASC, prestataires et bénéficiaires

rencontrés. Les résultats de la mission ont été partagés avec les coordinateurs et les intervenants - Memisa, LC, ENABEL, MSV et CNPK - du projet résilience santé de l'UE Twiteho Amagara.

## TABLE DES MATIERES

Chapitre 1 : Introduction générale	9
1.1. Contexte du projet IZERE	10
1.2. Objectif du projet IZERE	10
1.3. Objectif de l'auto-évaluation à mi-parcours	
Chapitre 2 : Méthodologie de l'auto-évaluation.	12
2.1. Consultation des rapports et documents	12
2.2. Sources et documents partagés par l'évaluateur avec l'équipe BADEC/LC et consortium Mémisa.	13
2.3. Rencontres et entretiens avec les parties prenantes du projet dans les 2 districts Mwumba et Kiremba, la Province de Ngozi et le Ministère de la Santé à Bujumbura (Annexe 1 et 2)	13
2.4. Feedback BADEC/LC, Consortium Memisa, MSPLS	14
Chapitre 3 : Auto-évaluation et analyse des approches et des résultats des activités du projet IZERE à mi-parcours (30 septembre 2019)	15
3.1. Sensibilisation de la communauté et des autorités administratives et sanitaires à la problématique de la santé mentale	15
3.1.1. Approche	15
3.1.2. Entretiens auto-évaluation	16
3.1.3. Données	17
3.1.4. Bonnes pratiques à capitaliser et voies d'amélioration : Évaluation 5 CAD	18
3.1.5. Recommandations	18
3.2. Prise en charge et activités de santé mentale par les ASC au niveau de la communauté et par les Formations Sanitaires du District Sanitaire de Kiremba et du District Sanitaire de Mwumba	19
3.2.1. Approche	19
3.2.2. Entretiens auto-évaluation	25
3.2.3. Données	25
3.2.4. Prise en charge, suivi par ASC/FoSa et formation : bonnes pratiques et voies d'amélioration : Évaluation 5 CAD	35
3.2.5. Recommandation	40
3.3. Approvisionnement des Centres de santé et hôpitaux du District Sanitaire en médicaments	42
3.3.1. Approche	42
3.3.2. Evaluation 5 CAD du résultat	42
3.3.3. Recommandations	45
3.4. Organisation, facilitation et mise en œuvre par les ASC des interventions communautaires psychologiques et des activités visant la réinsertion socio-économique (AGR ; Mutuelles).	46
3.4.1. Evaluation 5CAD du résultat	46
3.4.2. Recommandations	49
3.5. Activités en synergie avec LC	50
3.5.1. CNP Kamenge / CNP Ngozi	50
3.5.2. AGR et mutuelle de santé	50
3.6. Organisation au niveau du District Sanitaire de l'ensemble des activités pour une intégration effective de la Santé Mentale	50
3.6.1. Organisation et coordination	51
3.6.2. Recommandations	52
3.7. Facilitation de la mise en place de la santé mentale dans le pays. Plaidoyer pour la santé mentale auprès des instances décisionnelles burundaises	52



3.7.1. Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non-Transmissibles (PNILMCNT)	52
3.7.2. Gouvernement Province Ngozi.	53
3.8. Organisation de la recherche et des capitalisations	53
3.9. Renforcement des capacités du partenaire BADEC	54
Chapitre 4 : Evaluation et Hypothèses selon Théorie du Changement	55
Chapitre 5 : Conclusions de l'évaluation du projet IZERE	57
Chapitre 6 : Projet résilience santé UE dit TWITEHO AMAGARA (p.44)	58
Chapitre 7 : Entretiens du consultant et l'équipe LC avec Dr. NIYONZIMA, Directeur PNILMCNT, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA	59
Annexes	
1. Carte Burundi	63
2. Planning de la mission d'auto-évaluation projet IZERE/DGD	65
3. Personnes et équipes rencontrées	68
4. Rapportage entretiens : résumé	70
5. Fiche de collecte	79
6. 5 critères CAD	83
7. Étude de base projet Izere	84
8. Mise en œuvre programme d'action de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	85

## **Chapitre 1 : Introduction générale**

### **1.1. Contexte du projet IZERE**

Louvain Coopération a obtenu un financement de la part du Royaume de Belgique à travers sa Direction Générale de la coopération au Développement (DGD) dans le cadre du programme quinquennal allant de 2017 à 2021 afin de réaliser un projet de santé mentale dit 'IZERE' dans les districts sanitaires de Buye et de Kiremba (province sanitaire de Ngozi). Ce projet a été mis en œuvre par le Bureau d'Appui au Développement et à l'Entraide Communautaire asbl, (acronyme BADEC-Caritas Ngozi asbl) dont le siège social se situe au Diocèse Catholique de Ngozi.

### **1.2. Objectif du projet IZERE**

Le projet IZERE vise à renforcer la santé mentale et le bien-être psychosocial de la population de Ngozi.

Cet objectif sera atteint par une approche holistique et un ensemble d'activités en santé mentale et assistances psychosociales mis en œuvre au niveau de la Communauté et par des Formations Sanitaires (FoSa) au sein des centres de santé (CDS), des Hôpitaux du District Sanitaire (HD), ainsi que des cadres des Bureaux des districts sanitaires (BDS) et du Bureau provincial de la santé (BPS).

Cette approche tient compte des composantes biologiques, psychologiques et sociales des dépresses en santé mentale et du bien-être.

Celles-ci se trouvent intégrées dans les activités de sensibilisation et de mobilisation de la communauté, par les soins médicaux, psychothérapeutiques et le suivi des patients et de leur famille au sein de la communauté.

Le projet vise aussi le plaidoyer pour la santé mentale auprès des responsables des communautés et des instances de prises de décision pour favoriser une intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.

BADEC-Caritas Ngozi bénéficie d'un appui technique et financier de LC et de la collaboration du Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK) pour la mise en œuvre de ce projet.

Le démarrage des activités du projet IZERE a eu lieu le 1 janvier 2017 et son lancement officiel a été réalisé le 30 novembre 2017.

Dès fin juin 2019, le projet a atteint une durée de 2,5 ans sur les 5 ans prévus.

### **1.3. Objectif de l'auto-évaluation à mi-parcours**

L'objectif global de l'évaluation à mi-parcours du projet IZERE est d'apprécier les performances réalisées en matière de prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale de la population bénéficiaire, en vue d'apporter des suggestions et recommandations afin d'accroître son efficacité et atteindre l'objectif escompté.

D'une manière plus spécifique, l'évaluation à mi-parcours aura pour finalités de :

- Vérifier, sur la base de l'état d'avancement et des performances du projet, si les changements escomptés pourront être atteints à l'échéance du projet particulièrement, en matière de prise en charge médicale et psychologique des patients ;
- Analyser les 5 critères habituels suivants : pertinence, efficacité, efficience (utilisation rationnelle des ressources), impact et viabilité ;

- Analyser les approches (sensibilisation communautaire, appui en médicaments psychotropes et antiépileptiques aux formations sanitaires, formation du personnel soignant, appui en activités de réintégration socio-économique dont les activités génératrices de revenus et les groupes de parole ainsi que les cartes de mutuelle de santé) et identifier les bonnes pratiques à capitaliser et proposer des voies d'amélioration ;
- Evaluer la qualité des soins offerts aux malades souffrant de troubles mentaux ;
- Evaluer la qualité des données liées à la santé mentale dans le système d'information sanitaire (SIS) et proposer des améliorations ;
- Sur base de la distribution actuelle des responsabilités des intervenants dans le processus d'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé, faire une analyse de la situation et proposer des améliorations ;
- Analyser les effets sur la santé des bénéficiaires des interventions des organisations en synergie avec Louvain Coopération (LC), dans le cadre du programme quinquennal financé par la DGD (Vétérinaires Sans Frontières - VSF Belgique et LC/Mutuelles de santé) ;
- A la fin de la mission, formuler des recommandations opérationnelles à partager avec l'équipe LC et les partenaires à sa mise en œuvre ainsi que des recommandations stratégiques à partager au cours d'un atelier de restitution avec les intervenants dans le domaine de la santé mentale au Burundi et les autorités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS).

Les thèmes transversaux (genre et environnement) feront l'objet d'une analyse par l'évaluateur. Il donnera des éléments de réponses sur la prise en compte de l'aspect genre dans la mise en œuvre des actions et des services. En outre, il montrera l'impact des actions du projet sur l'environnement.

## Chapitre 2 : Méthodologie de l'auto-évaluation

Ce chapitre expose les différentes étapes, l'approche, la méthodologie, ainsi que les sources et le programme de l'auto-évaluation.

### 2.1. Consultation des rapports et documents

L'évaluateur a étudié les rapports et documents sur le projet, produits au cours de 2017, 2018 et 2019. Ces informations lui ont été envoyées avant la mission. Ils ont servi de documents de référence lors des entretiens avec BADEC/LC et, avec les parties prenantes.

D'autres rapports faits par BADEC sur les activités du projet ainsi que des notes sur les stratégies du MSPLS ont été mis à la disposition du consultant. En particulier, les rapports avec des données sur les prises en charge qui ont été utiles lors des entretiens avec les équipes des CDS, HD et les agents de santé communautaires (ASC) de 2 communes. Ils ont aussi servi après la mission, lors des analyses en vue d'objectiver la mise en œuvre des soins en santé mentale et les résultats à mi-parcours. Il s'agit des rapports et documents suivants :

- Document de projet et cadre logique tels que fournis à la DGD ;
- Les approches d'intervention du projet : « Approche d'appui en activités génératrices de revenus (AGR) aux patients souffrant de problèmes de santé mentale (SM) » ; « Approche d'appui en médicaments aux FoSa par le projet Izere » ; « Approche de sensibilisation communautaire » ; « Approche groupe de parole » ;
- Le document de l'étude de base : « Évaluation de l'état des lieux de la Santé Mentale dans les Communes de Mwumba et Kiremba » . ;
- Rapports d'activités trimestriels 2017, 2018 et 2019 (jusqu'au 30/9/2019) ;
- Évaluations avec les critères CAD des activités du projet 2017 et 2018 ;
- Capitalisation des approches en santé mentale au Projet IZERE ;
- Leçons apprises année 2018 ;
- Les documents de politique du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) ;
  - Plan national de développement sanitaire 2019-2023 (PNDSIII)
  - Stratégie Santé Mentale 2016
  - Plan Stratégique National Intégré de lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PSNILMNT) s'inspirant du PNDS III 2019-2023
  - Intégration des soins psycho-cliniques dans le système national de santé : Paquet d'Activités Intégrées. 2012
  - Directives d'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi, octobre 2019 (version avancée).
- Le cadre général d'approche d'intégration de la santé mentale élaboré lors de la rédaction du volet santé mentale du projet TWITEHO AMAGARA résilience santé UE qui alimente le document des directives nationales d'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi. Ce dernier est en cours d'élaboration par le MSPLS ;
- Modules de formation des prestataires des FoSa et des ASC (par CNP Kamenge et Ngozi) ;

- Approche systémique à base communautaire
- Module de formation des ASC sur le counseling
- Modules de formation des ASC sur les troubles neuropsychiatriques
- Présentation supervision Izere
- Rapport de données des cas de maladies mentales 2018 et 2019 par FoSa et par commune ASC.

## **2.2. Sources et documents partagés par l'évaluateur avec l'équipe BADEC/LC et consortium MEMISA.**

A plusieurs moments de sa mission, l'évaluateur s'est référé aux informations, guides et documents du Département de Santé Mentale de l'OMS Genève pour l'implémentation du Mental Health Gap Action Program ; il les a utilisés dans divers contextes, entre autres lors de formations ou consultations de santé mentale.

Ces documents contiennent les consignes pour la mise en œuvre de l'intégration effective de la santé mentale dans les soins de santé primaires. De manière adaptée, elles aident les soignants et administrateurs à mettre en place une couverture et des soins intégrés et efficaces au niveau du pays et au niveau opérationnel du district sanitaire.

Notons le plus récent document mhGAP Community Toolkit (2019) qui explicite les activités et la manière d'organiser les interventions en santé mentale au niveau communautaire. Celles-ci sont complémentaires avec le mhGAP décrivant les activités par les prestataires des Formations sanitaires (CDS et HD).

Il s'agit de documents de l'OMS dont certains ne sont pas encore accessibles en français :

- Guide d'intervention mhGAP 2.0, OMS
- Guide d'intervention mhGAP Humanitaire
- mhGAP Operations Manual
- mhGAP Training manuels pour mhGAP 2.0 et mhGAP Humanitarian
- mhGap Community Toolkit (2019)
- Problem Management + (PM+) Manual
- International Medical Council Mental Health Toolkit
- Les premiers secours psychologiques

## **2.3. Rencontres et entretiens avec les parties prenantes du projet dans les 2 districts Mwumba et Kiremba, la Province de Ngozi et le Ministère de la Santé à Bujumbura (Annexes 1 et 2)**

L'évaluateur a utilisé une méthodologie participative adaptée au contexte du projet en cours. Il a permis aux acteurs et parties prenantes de partager, dans la mesure du possible et selon leur responsabilité et rôle dans le projet, leurs appréciations des activités à partir de leur propre expérience au sein de celui-ci ainsi que leurs recommandations. Il s'agit des groupes suivants :

- Les bénéficiaires (patients/leurs familles), leaders et organisations à base communautaire, Comités de Santé (CoSa), réseaux AGR ;
- Les intervenants au niveau des communautés notamment les ASC qui interviennent dans la sensibilisation, l'identification des personnes avec des troubles mentaux, l'orientation vers les FoSa, les visites à domicile et appui psychosocial dans le suivi des bénéficiaires ;

- Les soignants des Centres de Santé (CDS) et hôpitaux (district, province, CNP Ngozi) qui contribuent aux soins médicaux et psychologiques ;
- Les personnes responsables de l'hôpital et des CDS, les équipes cadres sanitaires du district / province, les personnes avec une fonction de supervision formative et de formation continue.

L'évaluateur a aidé les parties prenantes à expliciter la manière dont ils s'y prennent pour induire les changements de comportements nécessaires pour améliorer la capacité de résilience des bénéficiaires.

Lors des visites de terrain et des entretiens, l'évaluateur était accompagné par des membres de l'équipe de BADEC/LC qui ont établi le rapport de ces rencontres. Ceux-ci peuvent servir aux participants et à BADEC/LC comme outil de suivi. Leurs éléments principaux sont intégrés au sein du rapport du consultant (Annexe 3).

Chaque soir après les visites de terrain, une séance de mise en commun des points à retenir après chaque étape, a été organisée avec le/les personnes de BADEC/LC accompagnantes. Les participants ont mené une réflexion sur le travail en cours et ont identifié les priorités ainsi que les points à approfondir.

#### **2.4. Feedback BADEC/LC, Consortium MEMISA et MSPLS**

A la fin de la visite du projet Izere, un rapport avec les premières conclusions et recommandations a été présenté et discuté au siège de Louvain Coopération. Cet échange a dégagé des pistes concrètes et les leçons apprises pour la suite de la mise en œuvre du projet Izere.

Dans cette deuxième partie de la mission, l'évaluateur a aussi donné un appui technique à l'équipe LC pour la préparation des différentes composantes du projet dont LC a la charge dans le projet Résilience/UE, Twiteho Amagara, Consortium MEMISA.

Il a formulé des recommandations opérationnelles lors des réunions avec l'équipe et les partenaires du Consortium MEMISA et avec les autorités du MSPLS.

Pour ses conseils, l'évaluateur s'est référé aux recommandations du programme mental health GAP de l'OMS et à ses expériences comme consultant et formateur dans d'autres projets d'intégration des soins de santé mentale à base communautaire.

## **Chapitre 3. Auto-évaluation et analyse des approches et des résultats des activités du projet IZERE à mi-parcours (Du 1 janvier 2017 au 30 septembre 2019)**

Ce chapitre présente l'évaluation à mi-parcours, par activité, du projet IZERE. Pour chacune de ces activités, nous rapportons l'approche, les témoignages, les données supplémentaires, l'évaluation avec les critères du Comité d'aide au développement (CAD) et les recommandations.

### **3.1. Sensibilisation de la communauté, des autorités administratives et sanitaires à la problématique de la santé mentale via les médias, les ateliers, les entrevues et les réunions**

#### **3.1.1. Approche**

- Sensibilisation de la communauté  
L'objectif spécifique du projet est l'amélioration de la prise en charge de toutes les composantes de la santé mentale (biologique, psychosociale et sociétale) de la population de la zone du projet. La réalisation de ce résultat nécessite des actions de sensibilisation surtout, au niveau communautaire, par des moyens adaptés et efficaces.

Au Burundi, les pathologies en santé mentale font partie des principales maladies en santé publique (Étude état des lieux). La crise que le pays a vécu a laissé beaucoup de blessures et de dégâts dans la société dont, des problèmes de santé mentale. Dans la communauté, de nombreuses personnes ont des problèmes de santé mentale mais méconnaissent ou sous-estiment leur état. La maladie mentale est considérée comme une malédiction ou une atteinte par les esprits maléfiques. La méconnaissance des maladies mentales dans la communauté (confusion entre les maladies mentales et la sorcellerie, réduction de toute maladie mentale à la folie) entraîne la discrimination, le traitement dégradant (ligotage, isolement, ...), la stigmatisation des malades et la faible assistance. Il manque également au sein de la communauté, un système de prévention, de détection précoce et de prise en charge des maladies mentales. Cet état de fait, induit la nécessité de contribuer à la sensibilisation de la communauté.

Dans le projet IZERE, cette sensibilisation permet à la communauté et ses leaders, d'acquérir plus de connaissances sur les troubles mentaux et les détresses psychologiques les plus fréquents, mais aussi sur les manières de les prévenir ou de les gérer au sein de la famille et de la communauté.

Lors de ces séances de sensibilisation organisées et conduites dans différents lieux des sous-collines par les Agents de Santé Communautaires (ASC), les possibilités de prise en charge dans les Formations Sanitaires – CDS et HD – sont présentées et conseillées. L'ASC propose aussi que les familles ayant un membre souffrant de tels troubles, puissent prendre contact avec ceux-ci après la sensibilisation ou lors d'une visite à domicile.

Ces sensibilisations se font avec des groupes de participants de 30 à 40 personnes de manière très interactive et si possible, en présence des

personnes qui ont suivi un traitement et/ou qui sont sous traitement. Les participants prennent conscience que ces troubles sont fréquents, représentent d'importants fardeaux économiques et sociaux et sont à la base de marginalisations, de stigmatisations et d'atteintes aux droits humains.

Pour les familles qui ont un membre souffrant de troubles mentaux, la sensibilisation est vécue comme une reconnaissance et un appui indirect qui les engage, ainsi que leur communauté, à se prendre en charge et promeut une certaine résilience. Les ASC informent aussi les participants qu'ils sont disponibles pour les orienter vers les structures de soins et pour leur assurer un suivi et un accompagnement lors de la prise en charge.

Dans une perspective de prévention, les sensibilisations permettent aussi de donner des informations sur des problèmes psychosociaux (conflits familiaux, perte, drogue et alcool) qui sont à la base des détresses psychologiques, de plaintes physiques médicalement inexplicables ou de troubles mentaux. A cette occasion, à partir de cas concrets, des conseils peuvent être donnés pour apporter des changements et des solutions faisables.

- Sensibilisation des autorités administratives et sanitaires ainsi que du public en général à la problématique de la santé mentale.

Par divers canaux de communication publique, un certain nombre de messages-clé sont adressés à la population et aux autorités administratives en vue de les sensibiliser sur les comportements adéquats et aux changements d'attitudes nécessaires au développement de la santé mentale et du bien-être psychosocial des citoyens.

Ainsi, BADEC a organisé et mis en œuvre les activités suivantes :

- La production de pièces de théâtre par une troupe locale et la présentation de celle-ci sur des places publiques ;
- La diffusion des vidéos de ces pièces de théâtre et chansons sur des écrans publics (par exemple dans les salles d'attente du CDS Kirembe) ;
- Des communications dans les églises ;
- Des entretiens diffusés sur radio et télévision nationale et régionale et la contribution active aux activités lors des Journées Mondiales de la Santé Mentale.

Quelques sessions de sensibilisation ont été données aux personnels administratifs et sanitaires au niveau de la Province de Ngozi (police, services justice et santé).

### **3.1.2. Entretiens auto-évaluation**

- Lors des entretiens, les leaders et les communautés qui ont bénéficié de ces séances de sensibilisation disent être bien informés et satisfaits de l'apport des ASC. Ils indiquent savoir à qui s'adresser pour trouver des soins. Ils confirment aussi qu'ils se sentent bien soutenus par les ASC et ont confiance en eux car ils font partie de la même communauté qu'eux ;
- Les ASC et membres des CoSa rapportent l'engouement et la forte mobilisation pour les séances de sensibilisation. Le calendrier et le contenu des séances de sensibilisation sont adaptés à la suite des réunions qu'ils ont avec BADEC. Par exemple, une séance de sensibilisation est consacrée à l'épilepsie (symptômes, causes, prise en charge psychosociale et



pharmacologique, psychoéducation des familles et communauté, attitudes et droits humains, suivi) tandis qu'une autre, se consacrera aux détresses psychologiques liées aux violences familiales ou domestiques ;

- Les ASC indiquent que, à la suite de ces séances, les personnes et leurs familles s'adressent effectivement à eux pour partager leur situation de santé mentale problématique, recevoir un conseil ou être référé au CDS/HD. Cet entretien avec la famille est la première étape pour un trajet de prise en charge (voir plus loin). Certains informent aussi les communautés sur les frais (consultation, médicaments) et l'existence de mutualisation et d'associations qui regroupent des usagers de soins mentaux dans les collines ;
- Les ASC ont été formés pour cette sensibilisation par un formateur du Centre Neuro-psychiatrique de Ngozi. Ils utilisent un canevas pour ces sessions, établi lors de cette formation ;
- Les membres des CoSa ont proposé d'étendre la formation aux autres leaders communautaires en santé qui n'ont pas été ciblés par le projet IZERE.

### 3.1.3. Données

**Tableau 1 : Données sur la population et les participants aux activités**

	Nombre habitants 15 ans et +	Nombre séances	Nombre participants	Participants / séance	Nombre ASC	Séances / ASC	Couverture
Commune Kiremba	67502	1840	86222	47	45	41	127%
Commune Mwumba	56749	1074	45252	42	29	37	80%
Total	142971	2914	131473		74		

Les rapports trimestriels donnent les chiffres suivants :

De janvier 2018 au 30 septembre 2019 (7 trimestres),

- 45 ASC ont donné 1840 séances de sensibilisation dans les sous-collines appartenant à la Commune de Kiremba ; une moyenne de 41 séances par ASC pour les 7 trimestres soit une moyenne de 6 séances par ASC par trimestre ; Le nombre de participants à ces séances est de 86.222 personnes ; en moyenne 47 participants par séance ;  
Selon l'étude de base du projet Izere, le nombre d'habitants de 15 ans et plus représente 55% de la population soit 67.502 personnes pour Kiremba.
- 29 ASC ont donné 1074 séances de sensibilisation dans les sous-collines appartenant à la Commune de Mwumba ; une moyenne de 37 séances par ASC pour les 7 trimestres soit une moyenne de 5,3 séances par ASC par trimestre ;  
Le nombre de participants à ces séances est de 45.252 personnes ; en moyenne 42 participants par séance.  
Selon l'étude de base du projet Izere, le nombre d'habitants de 15 ans et plus représente 55% de la population soit 56.749 personnes pour Mwumba.

Les 127 % de Kiremba et les 80 % de Mwumba indiquent que probablement la majorité des personnes adultes ont participé à une ou plusieurs séances.

### 3.1.4. Bonnes pratiques à capitaliser et voies d'amélioration : Evaluation 5 CAD

- **Pertinence** : les sensibilisations constituent une approche importante et essentielle de la stratégie d'intégration des soins de santé mentale et de la couverture. Par des activités diverses de sensibilisation des ASC et de BADEC, le projet aide la population en général et, en particulier, les familles atteintes de troubles mentaux et de détresses psychologiques à trouver et à bénéficier des soins nécessaires ;
- **Efficienc**e : vu le nombre considérable de séances données par ASC (5 – 6 par trimestre) et de participants/séance (42-47), on peut considérer que cette activité est efficiente ;
- **Efficacit**é : les réactions des bénéficiaires et ASC/ReCo rencontrés semblent indiquer que les objectifs de ces sensibilisations sont atteints. Les échanges effectués avec les ASC et BADEC n'ont pas permis l'analyse de la qualité des sensibilisations, des points forts et des problèmes éventuels rencontrés au cours de ces activités ;
- **Impact** : un impact important se situe au niveau de la Province de Ngozi mais aussi au niveau du pays. Les campagnes de sensibilisation ont contribué à ce que la santé mentale devienne au Burundi, un vrai sujet de société et un enjeu à prendre au sérieux par les gouvernants ;
- **Durabilit**é : IZERE est un projet pilote dans 2 communes. Les connaissances et les pratiques de sensibilisation devraient pouvoir être pérennisées et développées au-delà de 2021 et, au-delà des limites de ces deux communes. Étant donné que, dans l'avenir, BADEC ne disposera plus des ressources pour former et superviser les ASC (en place, les nouveaux et les additionnels), une stratégie complémentaire est à envisager afin de garantir la qualité et la quantité des sensibilisations à court terme.

### 3.1.5. Recommandations

Il serait souhaitable :

- Que les ASC et BADEC/LC puissent évaluer le contenu et la conduite des sessions afin de réfléchir à partir des résultats et des évaluations, à éventuellement adapter et rendre les sensibilisations plus efficaces ;
- Que, à la suite de la demande du Gouverneur de la Province Ngozi, des sessions sur la santé mentale soient organisées envers les agents de police, de sécurité et de justice, pour éviter l'impact traumatique des comportements inadéquats de certains agents ;
- Que des sessions soient proposées au personnel et responsables d'écoles primaires/secondaires sur certaines thématiques, comme les expressions de problèmes mentaux des enfants et adolescents, la stigmatisation, les attitudes et stratégies à prendre ainsi que les orientations ;
- Qu'une équipe d'ASC / TPS formateurs (8-10) soit constituée. Ces ASC formateurs devraient à leur tour former les autres ASC/CoSa aux tâches concernant la santé mentale ; entre autres la sensibilisation. BADEC/LC est en mesure d'élaborer un programme de formation des formateurs ASC et un canevas adapté pour la pratique des ASC. Cette équipe serait appuyée ensuite par BADEC pour qu'elle puisse organiser son travail, son calendrier des formations/supervisions et le suivi. L'objectif serait de préparer aussi la durabilité.

### **3.2. Prise en charge et activités de santé mentale par les ASC au niveau de la communauté et par les Formations Sanitaires du District Sanitaire de Kiremba et du District Sanitaire de Buye**

#### **3.2.1. Approche**

- **Activités de formation / supervision projet IZERE**  
Dans le District Sanitaire de Buye et celui de Kiremba, 8 prestataires de l'Hôpital du District (2 médecins et 2 infirmiers par HD) et 4 prestataires d'un Centre de Santé (celui de Mwumba et celui de Kiremba ; 2 infirmiers par CDS) ont été formés fin 2017 et en 2018 à la prise en charge de personnes avec un trouble mental ou une détresse psychologique. Ces formations, suivies par un stage, ont été données par des formateurs des Centres neuro-psychiatriques de Kamenge et Ngozi qui ont été formés préalablement au programme mhGAP de l'OMS. Un suivi de cette formation et une supervision ont eu lieu en 2019. Notons que, 74 ASC (45 ASC de la Commune Kiremba, 29 ASC de la Commune Mwumba ; 1 par colline), 6 prêtres et 4 TPS ont été formés à la sensibilisation, le suivi des personnes sous traitement dans les FoSa et l'accompagnement psychologique et social dans la communauté. En 2019, un suivi de cette formation et une supervision ont eu lieu.

Ces formations ont été données par des formateurs des Centres neuropsychiatriques de Kamenge et Ngozi. Les contenus de ces formations ont été construits et adaptés à partir du guide mhGAP de l'OMS (Annexe 8). Le guide mhGAP est un outil permettant d'organiser efficacement et de mettre en œuvre des soins de santé mentale dans les structures de santé publiques au niveau du district sanitaire par des personnes non-spécialistes (les médecins, infirmiers des HD et des CDS, des techniciens de promotion de la santé (TPS) et agents communautaires dans la communauté).

- **Activités de prise en charge du projet IZERE**  
Le projet IZERE ne se réfère pas explicitement à la stratégie d'intégration conseillée par l'OMS. Les différents composants du projet proposés dans l'étude de base et décrits dans le cadre logique depuis 2018 ainsi que leur mise en œuvre correspondent à l'esprit et au contenu du modèle de l'OMS. Les activités du projet IZERE répondent aussi aux Directives du Ministère de Santé de 2012 et de 2019. Dans l'évaluation, en particulier de la pertinence, de l'efficacité et de la durabilité, il est utile de se référer à la mise en œuvre des soins selon le Programme d'Action mhGAP (OMS) et de s'en servir pour apporter des améliorations et recommandations.

Résumons le modèle mhGAP OMS. Les directives de l'OMS et son programme d'action mhGAP maintenant mis en œuvre dans 90 pays, prennent leur appui sur la stratégie et la politique de l'intégration des soins de santé mentale (SSM) dans les structures de soins primaires. Les soins étant donnés au plus près du lieu de vie et dans/par la communauté couvre tous les troubles fréquents, qu'ils soient mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances psychoactives (troubles MNS). Les plans de prise en charge comportent le diagnostic, la prise en charge psychosociale et

pour certains troubles mentaux et neurologiques nécessitant une prise en charge médicale (psychose, épilepsie, dépression sévère) et un suivi (Annexe 8).

Le mhGAP conseille que le plan de prise en charge suive une organisation et un système de (contre)référence des soins conformément à la pyramide des soins de santé : d'abord une PeC dans les CDS combinée avec un suivi et/ou un accompagnement psychosocial par des ASC dans la communauté.

Les personnes avec des troubles moins sévères et détresses psychologiques peuvent être traitées par des interventions psychologiques au niveau de la communauté. Une hospitalisation dans un HD peut être nécessaire en cas d'urgence et d'examen supplémentaires. Le patient est ensuite contre-référencé pour la suite de la PeC dans le CDS/communauté. Une hospitalisation dans un centre psychiatrique spécialisé n'est conseillée que dans des cas compliqués et ayant besoin d'un examen approfondi.

Pour l'ensemble des problèmes de SM, l'OMS conseille l'implication de la communauté, à travers les ASC, des leaders et organisations à base communautaire pour des actions qui favorisent une réintégration dans la vie sociale par un appui social, économique et des activités associatives de la communauté.

- Dans le projet IZERE les activités de prise en charge sont :
  - **Identification et orientation des personnes ayant un problème mental** ou une détresse psychologique (voir ci-haut 3.1).  
Les ASC et les prêtres formés et équipés font le travail de sensibilisation dans la communauté, l'identification des cas (troubles mentaux et détresse psychologique) et l'orientation auprès des 2 CDS (Gatsinda dans la commune Mwumba et Kiremba dans la commune Kiremba).  
Les cas simples sont traités par les ASC au niveau de la communauté tandis que les autres sont orientés vers les CDS pilotes. Il y a une fiche remplie par l'ASC pour exposer le cas au prestataire qui le prendra en charge ;
  - **Traitement (appelé counseling) des cas simples de détresse psychologique** : les ASC et les prêtres ont eu une formation de préparation sur les symptômes du traumatisme et de la maladie mentale ainsi que de l'écoute active afin de pouvoir détecter les personnes en détresse psychologique dans la communauté tout en assurant une écoute active pour gérer la détresse.  
Il apparaît que les détresses psychologiques sont principalement dues à des conflits dans les rapports familiaux, à des traumatismes suite à des violences basées sur le genre ou politique, la perte de personnes chères, des maladies incurables, l'abus de drogues et alcool.  
L'hypothèse est que la personne en détresse peut s'ouvrir plus facilement à une personne de confiance, ASC qui peut contribuer à la résolution des problèmes.
  - **Suivi – accompagnement des patients traités** : une fois traités, les patients retournent dans la communauté ; le rôle des ASC est de les accompagner par des visites à domicile afin de s'assurer du bon suivi

des conseils et d'une meilleure intégration afin d'éviter les cas de rechute ;

Le suivi de la prise de médicaments est assuré par les membres de la famille du patient et vérifié par l'ASC. Ce dernier rappelle aussi aux patients de visiter l'agent de santé du CDS pour le suivi, la vérification de son état de santé et bénéficier de l'appui psychosocial.

- **Groupes de parole** : ASC/BADEC organise des séances de groupes de parole entre patients rétablis d'une part et, d'autre part, entre les membres de leurs familles ou de leurs proches ;

Ces séances permettront d'échanger sur leur expérience de la maladie, de la prise en charge et de la guérison ainsi que des manières de s'intégrer dans la vie familiale et sociale. L'appui interpersonnel renforce l'estime de soi et la résilience.

### 3.2.2. Entretiens auto-évaluation

- **Prise en Charge en général** : les entretiens avec les prestataires des CDS de Gatsinda et Kiremba et des HD de Buye et de Kiremba ainsi que les ASC, confirment que les activités décrites ci-dessus sont effectivement pratiquées. Ils rapportent que leur PeC et suivi amènent le patient à retrouver une certaine stabilité entraînant une diminution ou la résolution des symptômes. Cette constatation est basée sur les témoignages des familles et des patients.
- **Orientation, références et contre-références.** Coopération entre soignants :
  - A moins que BADEC fasse le lien, il n'y a eu pas/peu de contacts entre les prestataires de l'HD/CDS et les ASC qui s'occupent d'un même patient ;
  - Seuls quelques patients qui se sont adressés aux ASC et sont suivis au CDS ont dû être référés à l'HD. Le prestataire de l'HD ne contre-réfère pas son patient vers le CDS ou l'ASC ;
  - Selon les ASC, certains patients et/ou leur famille, plus spécialement en cas de trouble mental (trouble psychotique), ne font pas confiance aux CDS ou HD de leur commune et préfèrent s'adresser directement au Centre Neuro-psychiatrique (CNP) de Ngozi.  
Les prestataires des CDS et de l'HD sont en contact (par Whatsapp) avec le CNP de Ngozi pour une consultation à distance ou l'achat d'un psychotrope mais certains cas sont pris en charge dans leur structure sans devoir le référer au CNP.
- **Prise en charge pharmacologique et disponibilité des psychotropes** :
  - Tous les patients ont des difficultés à payer ou à s'acheter les médicaments prescrits. Il s'agit de personnes avec un trouble mental ou épileptique dont le traitement pharmacologique est de longue durée (au moins un an). Ceux qui n'y arrivent pas, lors de la première consultation ou après un ou deux mois, arrêtent le traitement. Ceci explique essentiellement les rechutes après un premier temps d'amélioration et la déception, sinon la mise en question, de la qualité des soins et de l'accueil.  
Ces personnes restent sans traitements à la maison ce qui constitue un fardeau pour la famille à laquelle l'ASC essaie d'apporter un soutien

psychosocial. Les personnes reprises sous un statut d'indigent bénéficient d'une carte d'assistance médicale (CAM) et ne doivent payer que 900 BIF à la fois pour la consultation et les médicaments. Mais les FoSa ne récupèrent pas toute la somme : le reste est à la charge de la FoSa ;

- Les psychotropes prescrits par le prestataire ne sont pas régulièrement disponibles dans la pharmacie du District et de la structure CDS/HD. Les raisons sont multiples : non-disponibilité du médicament à la Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU), normes actuelles sur l'utilisation/prescription des psychotropes dans les structures, normes actuelles concernant la prescription de psychotropes se trouvant ou non sur la liste nationale des médicaments essentiels (LNME), limitation du budget pour achat des médicaments dans les pharmacies privées, une gestion inadéquate et le non-renouvellement du stock par l'administration de la Province et des Districts Sanitaires.

Les FoSa confessionnelles, comme l'HD de Kiremba et le CDS de Gatsinda, arrivent quant à elles à acheter les psychotropes au CNP Ngozi qui, par la filière CNP Kamenge, peut s'approvisionner directement en Belgique ;

- Le stock de psychotropes mis à la disposition par le projet IZERE fin 2018 a été utilisé mais n'a pas été renouvelé régulièrement à partir des recettes issues de la vente du médicament aux patients. Les pharmacies des Districts Sanitaires de Kiremba et de Ngozi n'ont pas disposé de ce fait, de stocks de psychotropes entre janvier et juin 2019.
- Parmi les psychotropes les moins disponibles (pourtant d'habitude les moins chers à acheter), il y a les médicaments de base (mhGAP guide) à prescrire en premier choix pour le traitement comme l'Haldol pour les troubles psychotiques et le phénobarbital pour l'épilepsie. Cet état de fait amène les prestataires à prescrire des psychotropes qui sont plus chers (comme l'Acide Valproate) ou les médicaments du dépôt.
- Il est à remarquer que la pharmacie du CNP de Ngozi dispose de tous les psychotropes qui se trouvent sur la LNME et d'autres médicaments plus spécialisés disponibles dans les pharmacies du réseau des centres psychiatriques en Belgique.

Le CNP de Ngozi est en mesure de prescrire et de mettre à la disposition de leurs patients, dont certains viennent des Communes de Kiremba et de Mwumba, les psychotropes nécessaires. Ils sont en mesure de répondre, sur demande, aux besoins de l'HD de Kiremba et le CDS de Gatsinda.

- **Prise en charge psychosociale :**

- Le plan de Prise en Charge de tous les troubles mentaux, neurologiques et ceux liés aux substances psychoactives comporte toujours une intervention psychosociale (psychoéducation, accompagnement psychosocial, counseling pour la résolution de conflit, conseils divers pour les patients et les aidants, ...) qui a pour but d'influencer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux des troubles.

Au cours de l'évaluation des plaintes et l'entretien du prestataire avec le patient, celui-ci doit explorer les difficultés et les ressources d'ordre psychosocial du patient et de son environnement. Cette analyse devrait

permettre de trouver des éléments et points d'appui pour des interventions psychosociales à développer dans la prise en charge ; par exemple, dans la plupart des troubles de type dépressif, anxieux ou de plaintes physiques médicalement non-expliquées mais aussi dans les troubles plus « lourds » comme la psychose, les expériences de tensions, de conflit, de perte dans les relations familiales ou sociales ayant provoqué ou entretenu l'état mental en difficulté.

Pour arriver au rétablissement d'un état mental plus satisfaisant, il est nécessaire pour le bénéficiaire et les aidants ou les personnes de la communauté, de se sentir écouté, de faire l'expérience d'une attention ciblée aux problèmes sous-jacents et de participer à un accompagnement qui vise un changement de la situation ou à des manières plus résilientes de gérer les difficultés (par le counseling, résolution de conflit, les conseils ou la médiation) ;

- Dans les seuls cas de troubles mentaux (trouble psychose ou bipolaire), d'épilepsie et/ou de dépression sévère, un traitement pharmacologique est indiqué. Il peut être prescrit pour une certaine durée sinon pendant toute la vie ; dans un état de crise aiguë, on peut prescrire un médicament permettant de mettre fin à la crise.

Les ASC peuvent accompagner le patient et sa famille par un suivi psychosocial en concordance avec le plan de traitement des FoSa et un appui psychologique dans les cas de problèmes et détresses psychologiques ;

- Les prestataires, médecins et infirmiers indiquent qu'ils ne se sentent pas assez formés et/ou que, vu les salles d'attentes pleines, ils n'ont pas le temps de porter une attention aux dimensions psychosociales dans la consultation et le traitement comme décrits dans les paragraphes précédents. Ils réclament pour ce faire, la présence d'un psychologue dans le service. Leur intervention se réduit donc à un simple diagnostic et un traitement pharmacologique.

Un autre facteur qui explique ce manque est que, les seules prestations qui comptent pour l'évaluation de productivité des services, sont les traitements pharmacologiques. Donner plus de temps aux entretiens avec une attention plus accrue aux dimensions psychologiques reviendrait à une perte de productivité et à un rapport négatif.

- Les ASC ont indiqué que la formation qu'ils ont reçue pour le counseling a été utile mais, qu'ils doivent cependant développer plus leurs capacités à prendre en charge les personnes en détresse psychologique suite aux situations de conflit conjugal ou familial ;

- Type de difficultés/troubles pris en charge

- Dans les rapports du BADEC du projet et lors des entretiens avec les FoSa et ASC, il a été souvent remarqué que la plupart des cas qu'ils ont pris en charge souffrent essentiellement d'épilepsie. Il y a moins de cas de trouble mental (entre autres trouble psychotique) qu'attendu, ainsi que de dépression. (Etude de situation : annexe 7).

Les personnes qui sont identifiées avec une détresse psychologique couvrent un ensemble de plaintes dont la dépression. Le nombre réduit de cas de trouble mental (psychose) dans les PeC s'expliquerait, selon les ASC, par le fait que les patients souffrant d'un trouble mental sont

souvent délaissés ou stigmatisés par la communauté ; leur maladie étant considérée comme causée par la sorcellerie, n'est alors pas du ressort de la médecine mais plutôt de la thérapie traditionnelle et des groupes de prière.

La plupart de ces familles vivent dans la pauvreté et n'ont pas les moyens de se faire soigner. Les familles avec un membre souffrant de psychose et qui disposent de plus de moyens financiers, cherchent directement des soins dans le CNP de Ngozi. Le peu de personnes ayant une dépression serait dû au fait que, selon les habitudes culturelles, la population ne se livre pas sur ses difficultés personnelles et relationnelles à un prestataire de santé, ou auprès d'un CDS ni d'un HD. Ils peuvent éventuellement partager leurs difficultés avec un ASC proche.

- Les prestataires, ASC et équipes cadres des Districts, n'ont pas de vision commune sur les choix thérapeutiques des personnes ayant des problèmes mentaux. Les ASC estiment qu'à cause des problèmes financiers des familles et des frais importants des traitements, un tiers des personnes ne cherche pas à se faire soigner, un tiers arrête la PeC après un ou quelques mois et, un tiers arrive à suivre le traitement. Une autre observation souvent partagée par les ASC pendant la rencontre avec les bénéficiaires est que 6 familles sur 10 (en particulier les femmes), souffrent de violences et de conflits conjugaux. Conséquence des interdits de la culture burundaise, les femmes ne peuvent pas s'exprimer librement sur les traumatismes qu'elles subissent et/ou se retrouvent seules et sans ressources pour s'occuper de leur famille et chercher des ressources afin de pouvoir être soignées.
- **Outillage :**
  - Les CDS et HD indiquent qu'ils n'ont pas d'espaces adaptés et les conditions requises pour le suivi des patients, quand ces derniers sont dans une phase aiguë. La présence du patient dans cet état au sein de la FoSa constitue un danger pour les autres patients présents dans les services. Ils considèrent aussi que les moyens de transport pour les visites à domicile des prestataires ou les transferts des patients agités vers les HD empêchent une PeC correcte. Néanmoins, avec l'aide de BADEC, des ASC ou des familles affectées, les FoSa arrivent à accueillir les patients qui s'y présentent. Dans tous les cas, une hospitalisation la plus brève possible (quelques jours) et un traitement de la crise suivie dans un CDS proche de leur colline est toujours plus recommandé que des séjours de longue durée en milieu hospitalier ;
  - BADEC a mis à la disposition des ASC et aux prestataires, des fiches (Annexe 5) pour permettre à la FoSa d'enregistrer le diagnostic, le lieu du traitement et la prescription médicamenteuse (à destination de la FoSa ou pour l'ASC, le counseling / orientation du patient vers la FoSa). Chaque contact avec un patient est alors enregistré et, permet de lister l'ensemble des contacts avec les soignés dans la communauté et dans les FoSa. Ces données ont permis au consultant de faire des analyses. Dans les HD, les dossiers utilisés pour les patients atteints de troubles de santé mentale sont les mêmes que ceux utilisés dans les Centres Neuro-Psychiatriques de Ngozi et Kamenge.



Au CDS, les données (avec diagnostic et traitement du patient) sont reprises dans un registre général. Il n'existe pas de dossier unique par patient qui pourrait contenir toutes les informations de diagnostic et de prise en charge par tous les intervenants (HD, CDS, ASC). Le Système National d'Information Sanitaire (SIS) ne permet pas d'enregistrer les cas autres que l'épilepsie.

### 3.2.3. Données

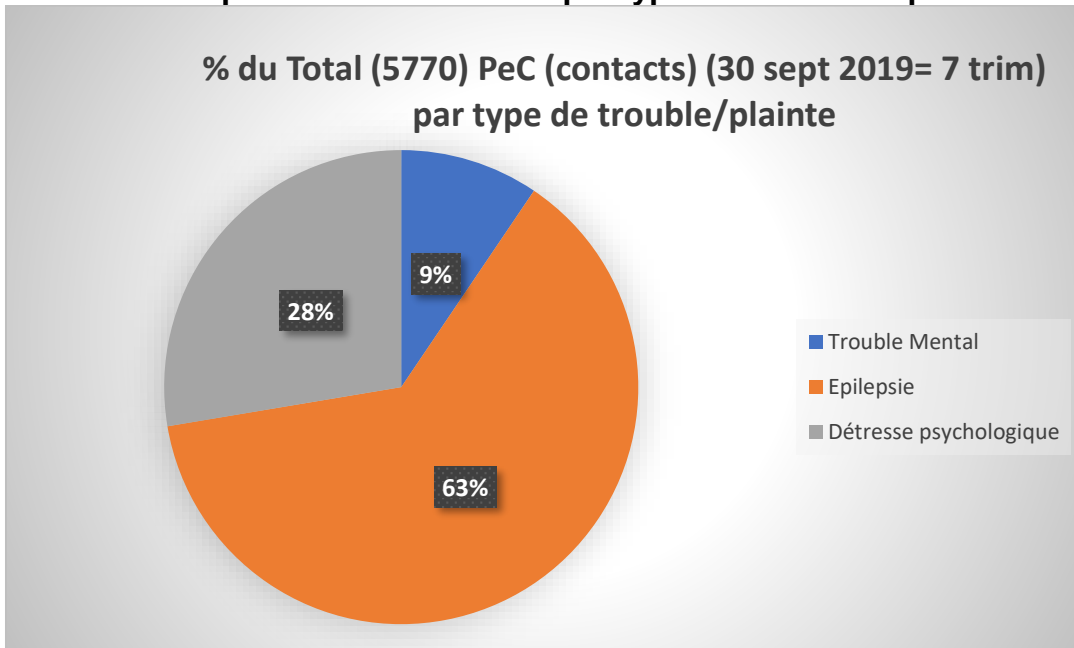
L'évaluateur a tenté, à l'aide des données rapportées par le chef de projet de BADEC et l'Assistant Technique de Louvain Coopération, d'analyser un certain nombre de constats faits lors des entretiens avec les prestataires, les ASC et les bénéficiaires. Un 'cas' dans les listes de données des prestations rassemblées par BADEC, représente un contact avec le patient identifié. Il a été inscrit suite à une consultation de prise en charge avec un prestataire ou un suivi/counseling avec un ASC. Quand cette même personne a de nouveau un entretien 15 jours plus tard, il est de nouveau noté comme 'nouveau cas'. Il n'y a donc pas de distinction faite entre un contact avec un 'nouveau' cas ou un 'ancien' cas empêchant toute vérification sur les listes de données.

- Types de problème PeC, genre et types de PeC  
Selon ces constatations, le total des 'cas' repris sur les listes ne représente pas le nombre de personnes qui ont réellement été traitées. Certaines ont été suivies par les FoSa et ASC plusieurs fois, certaines une seule fois.  
Le nombre de cas indique plutôt la charge de travail des prestataires. Les tableaux « Répartition des contacts par rapport aux catégories de problèmes et de genre » sont présentés sur les tableaux 2-4 ;
- Nombre de personnes, types de problème et nombre de contacts par personne  
Il est malgré tout important de vérifier le nombre de personnes car ce nombre est un critère pour les résultats attendus du projet (7.760 'cas' sur les 5 ans du projet). Pour avoir une vue réelle sur le nombre de personnes mais aussi, sur le nombre de contacts que ces personnes ont pu avoir avec le soignant, nous avons pu analyser les listes des personnes prises en charge dans les 4 FoSa en 2018 et jusque fin septembre 2019.  
Les tableaux 5a-5d traitent du nombre de contacts par personne, par catégories de problèmes et par type de prise en charge.  
Le nombre de contacts est un facteur de la PeC et un indicateur de qualité ;
- Type de PeC, types de problèmes  
Dans les tableaux 6-9 nous analysons les types de parcours de soins par catégorie de problème.

### 3.2.3.1. Types de problèmes pris en charge, genre et types de Prise en charge (tableaux 2-3)

Nous avons repris les trois catégories de problèmes mentaux et neurologiques suivis par les prestataires et les ASC sur la fiche. A mi-parcours du projet, le total des contacts de 'cas' suivant une PeC via les prestataires des 4 FoSa et les 74 ASC pour 7 trimestres (4 trimestres 2018 et 3 trimestres de 2019) est de 5.770. Parmi eux, 63% ont un diagnostic d'épilepsie, 28% de détresse psychologique et 9 % de trouble mental.

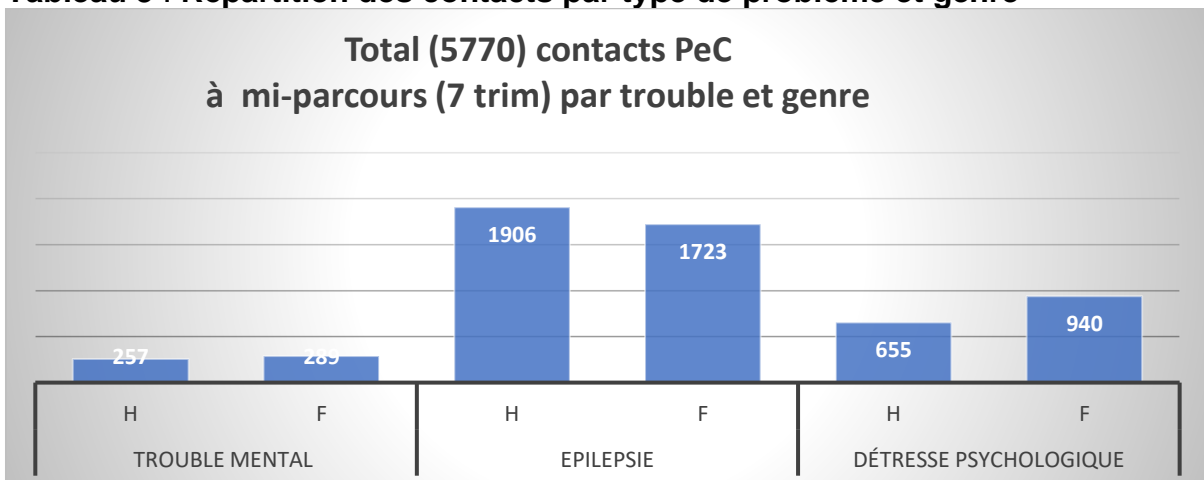
**Tableau 2 : Répartition des contacts par type de trouble ou plainte**



Les % confirment les estimations évoquées lors des entretiens d'auto-évaluation.

Nous distinguons le nombre de contacts par type de problème, par hommes et femmes.

**Tableau 3 : Répartition des contacts par type de problème et genre**



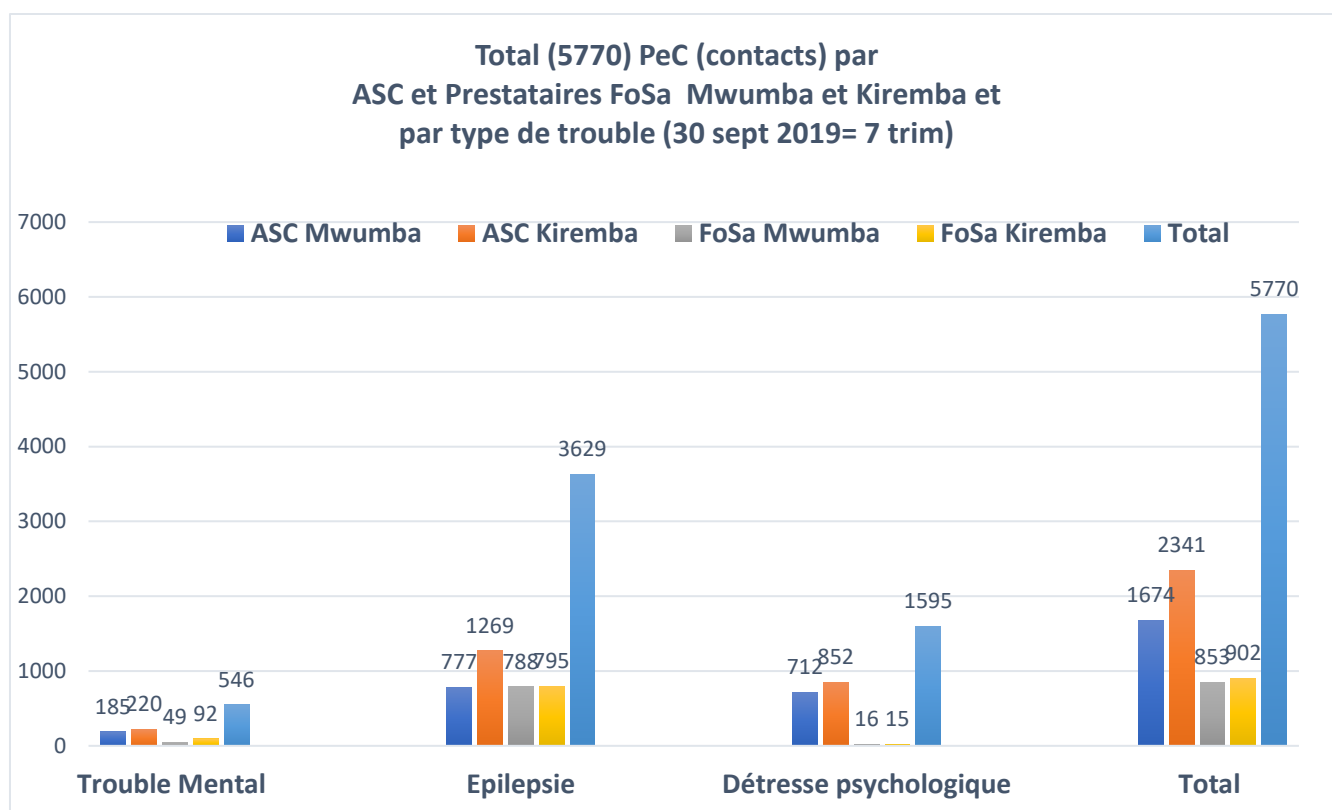
Pour le trouble mental et l'épilepsie, le nombre de contacts est comparable. Il y a plus de contacts chez les hommes dans les cas d'épilepsie et plus chez les femmes pour

la détresse psychologique. La répartition des contacts par type de troubles et par type/niveau de prise en charge par les ASC dans la communauté ou les prestataires dans une des 4 formations sanitaires est indiquée dans les tableaux 4.1 et 4.2.

**Tableau 4.1 : Total (5770) et répartition par type de trouble des contacts, pris en charge par les ASC et les prestataires des 4 formations sanitaires de Mwumba et de Kiremba**

	Trouble Mental	Epilepsie	Détresse psychologique	Total
ASC Mwumba	185	777	712	1674
ASC Kiremba	220	1269	852	2341
FoSa Mwumba	49	788	16	853
FoSa Kiremba	92	795	15	902
Total	546 (9%)	3629 (63%)	1595 (28%)	5770 (100%)

**Tableau 4.2. : Total (5770) et répartition par type de trouble des contacts de prise en charge par les ASC et les prestataires des 4 formations sanitaires de Mwumba et de Kiremba**



#### Répartition des contacts pour Trouble mental

**74%** des contacts suivis pour trouble mental (total 546) sont réalisés par les ASC (ASC Mwumba 185 + Kiremba 220= 405 contacts) et **26%** par les prestataires des 4 formations sanitaires (CDS et HD de Mwumba/Buye : 49 + CDS et HD de Kiremba 92 =141 contacts).

#### Répartition des contacts pour Epilepsie

**56 %** des contacts suivis pour épilepsie (total 3629) sont réalisés par les ASC (ASC Mwumba 777 + Kiremba 1269 =2046) et **44 %** par les prestataires des 4 formations sanitaires (CDS et HD de Mwumba/ Buye: 788 + CDS et HD de Kiremba 795= 1583).

#### Répartition des contacts pour Détresse psychologique

**98 %** des contacts suivis pour détresse psychologique (total 1595) sont réalisés par les ASC (ASC Mwumba 712 + Kiremba 852 =1564) et **2 %** par les prestataires des 4 formations sanitaires (CDS et HD de Mwumba/ Buye : 16 + CDS et HD de Kiremba 15= 31).

#### Répartition des contacts pour l'ensemble des troubles

**70%** de la totalité des contacts (5770) sont réalisés par les ASC (ASC Mwumba 1674 + ASC Kiremba 2341 = 4015) et **30%**, par les prestataires des 4 formations sanitaires (CDS et HD de Mwumba/Buye : 853 + CDS et HD de Kiremba 902= 1755).

Les 74% de suivi pour trouble mental et 98 % pour détresse psychologique sont assez remarquables car ils indiquent qu'une très large majorité des contacts sur ces troubles a eu lieu au sein de la communauté lors des visites des ASC à domicile.

La différence entre les contacts des ASC et des FoSa des 2 communes correspond avec la différence du nombre d'habitants des communes et du nombre d'ASC par commune.

#### **3.2.3.2 Nombre de personnes, types de problèmes et nombre de contacts par les prestataires des 4 FoSa 2018-2019**

L'évaluateur a pu disposer des données concernant le nombre de personnes et le nombre de contacts réalisés par personne pour les prises en charge dans les CDS Mwumba (District Buye) et de Kiremba (District Kiremba) ainsi que dans les HD de Buye (District Buye) et de Kiremba (District Kiremba). Ces données couvrent les prises en charge depuis le début du projet, janvier 2017, jusqu'au 30 septembre 2019 (rapports des 7 trimestres). Le total des personnes ayant une prise en charge continue au cours de ces 7 trimestres est de **708**.

Diagnostic : 78 (**11%**) des 708 personnes ont été diagnostiquées pour trouble mental ; 25 (**4%**) pour détresse psychologique et 597 (**84%**) pour épilepsie. 8 (**1%**) ont reçu un double diagnostic (7 trouble mental + épilepsie ; 1 épilepsie + détresse psychologique).

Ces 708 patients ont eu pour leur PeC un total de 1542 contacts dont 1181 (**77%**) dans les 2 CDS et 361 (**23%**) dans les 2 HD.

Le nombre moyen de contact par patient est : **2,17 contacts**.

### 3.2.3.3 Plan de prises en charge et (contre)références des 4 FoSa (CDS et HD de Mwumba ; CDS et HD de Kiremba)

Pour évaluer les plans de prise en charge au niveau des CDS et des Hôpitaux ainsi que les références entre ces formations sanitaires, nous avons distingué 3 sous-groupes :

- Un premier groupe (tableau 5a), qui a été pris en charge pour trouble dans un CDS et à l'HD pour qui une référence et/ou contre-référence a eu lieu ;
- Un deuxième sous-groupe de patients, qui a été suivi dans un CDS uniquement (tableau 5b) et sans référence/contre-référence vers un HD ;
- Un troisième sous-groupe, dont la prise en charge s'est limitée à l'HD (tableau 5c) et sans référence/contre-référence vers un CDS.

**Tableau 5a : Répartition des plans de Prise en charge dans les 2 CDS et 2 HD des 708 personnes (7 trimestres)**

Plan de Prise en charge	Nombre personnes
Sous-groupe 1 : CDS + HD (tableau 5b) avec (contre)référence	38 (5%)
Sous-groupe 2 : CDS uniquement	453 (64%)
Sous-groupe 3 : HD uniquement	218 (31%)
Total 3 sous-groupes	708 (100%)

Le tableau 5a montre que très peu de personnes (5%) ont été référées et/ou contre-référéées pour leur PeC vers le CDS et l'HD ou ont reçu des soins combinés CDS+HD. 64 % se sont adressés au CDS, sans besoin de les référer à l'HD.

31% se sont adressés à l'HD directement, sans passer par le CDS et sans contre-référence vers le CDS.

Pour chacun de ces 3 sous-groupes, un tableau montre la répartition dans les 2 districts sanitaires, par diagnostic établi par le prestataire et par le nombre moyen de contacts par personne pour l'ensemble du traitement (rapport 30 septembre 2019 sur 7 trimestres).

- Le sous-groupe 1 (tableau 5b) :

Il concerne 38 (5%) des 708 personnes prises en charge.

10 personnes ont été soignées pour leur trouble dans le CDS et l'HD de Mwumba avec une moyenne de 6,1 contacts pour l'ensemble du plan de PeC; 28 dans le CDS et l'HD de Kiremba avec une moyenne de 4,1 contacts pour l'ensemble du plan de PeC.

**Tableau 5b : Nombre de personnes avec un plan de PeC combiné (CDS avec HD) par diagnostic et nombre moyen des contacts de PeC**

Sous-groupe CDS+HD : 38 personnes (5% du total de 708 patients)					
	Trouble mental	Détresse Psychologique	Epilepsie	Total	Nbre contacts
	Nbre patients	Nbre patients	Nbre patients	Nbre patients	Nbre moyen
CDS + HD Mwumba	1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)	10 (100%)	6,1
CDS + HD Kiremba	3 (11%)	2 (7%)	23 (82%)	28 (100%)	4,1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>4,8</b>

Pour ce premier groupe de personnes, la référence et/ou contre-référence entre CDS et HD du même district sanitaire a eu lieu. Sur 100% des cas référés et PeC pour épilepsie, suivis dans le CDS et HD, 60 % le sont dans le District sanitaire Mwumba et 80 % dans le District Sanitaire de Kiremba. Remarquons le nombre moyen réduit de contacts avec un soignant (4,8) pour l'ensemble du traitement.

- Le sous-groupe 2 (tableau 5c) :  
Il concerne 453 (64%) des 708 personnes prises en charge.  
281 personnes ont été soignées pour leur trouble dans le CDS de Mwumba avec une moyenne de 2,9 contacts ; 172 dans le CDS de Kiremba avec une moyenne de 1,6 contacts pour l'ensemble du plan de PeC

**Tableau 5c : Nombre de personnes avec un plan de PeC via un CDS uniquement par diagnostic et nombre moyen des contacts de PeC**

Sous-groupe CDS uniquement 453 (64% du total des 708 patients)					
	Trouble mental	Détresse Psychologique	Epilepsie	Total	Nbre contact
	Nbre patients	Nbre patients	Nbre patients	Nbre patients	Moyenne
CDS Mwumba (Gatsinda)	12 (4%)	12 (4%)	257 (92%)	281 (100%)	2,9
CDS Kiremba	3 (2%)	8 (5%)	161 (93%)	172 (100%)	1,6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>418</b>	<b>453</b>	<b>2,4</b>

Le tableau du sous-groupe 2 (5c) montre le nombre de patients qui ont bénéficié des soins uniquement dans un des 2 CDS. Sur 100% des cas pris en charge uniquement par le CDS, plus de 90% sont des personnes qui ont reçu un diagnostic d'épilepsie. Remarquons le nombre moyen réduit de contacts avec un soignant (2,4) pour l'ensemble du traitement.

- Le sous-groupe 3 (tableau 5d) :  
Il concerne 218 (31%) des 708 personnes prises en charge.  
27 personnes ont été soignées pour leur trouble dans l'HD de Mwumba avec une moyenne de 3,3 contacts ; 191 dans le CDS de Kiremba avec une moyenne de 1,3 contacts pour l'ensemble du plan de PeC.

**Tableau 5d : Nombre de personnes avec un plan de PeC à l'HD uniquement par diagnostic et nombre moyen des contacts de PeC**

<b>Catégorie HD uniquement 218 (31% du total 708 patients)</b>					
	<b>Trouble mental</b>	<b>Détresse Psychologique</b>	<b>Epilepsie</b>	<b>Total</b>	<b>Nbre contact</b>
	Nbre patients	Nbre patients	Nbre patients	Nbre patients	moyenne
HD Mwumba	9 (33%)	0	18 (67%)	27	3,3
HD Kiremba	56 (30%)	0	135 (70%)	191	1,3
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>153</b>	<b>218</b>	<b>1,6</b>

Le tableau du sous-groupe 3 (5d) montre le nombre de patients qui ont bénéficié des soins uniquement dans un des 2 HD. Sur 100% des cas pris en charge uniquement aux CDS, 1/3 (33-30%) ont reçu un diagnostic de trouble mental et 2/3 d'épilepsie. Remarquons le nombre moyen réduit de contacts avec un soignant (1,6) pour l'ensemble du traitement.

- Comparaison des prises en charge dans les FoSa entre les 2 districts sanitaires  
Les données des 3 sous-groupes (1 : CDS+HD ; 2 : CDS uniquement ; 3 HD uniquement) permettent de comparer la manière dont les prises en charge se passent pour l'ensemble des cas par district.

**Tableau 5e. Comparaison des prises en charge dans les FoSa entre les 2 districts**

	Sous-Groupe 1	Sous-groupe 2	Sous-groupe 3	Total
DS Mwumba	10 (3%)	281 (89%)	27 (8%)	318 (100%)
DS Kiremba	28 (7%)	172 (44%)	191 (49%)	391 (100%)

Le tableau 5e indique que la mise en œuvre des soins est différente dans les deux DS. Les prises en charge dans le DS Mwumba sont en grande majorité réalisées dans le CDS uniquement (89%) et, seulement 11%, à l'HD (8 % via uniquement l'HD et 3 % via l'HD + le CDS). Dans le DS de Kiremba, 44% sont prises en charge uniquement dans le CDS et 56% à l'HD (49 % à uniquement l'HD et 7 % à l'HD + le CDS).

Le nombre de contacts est en moyenne de 2,17. Il se situe entre 6,1 pour les cas de Mwumba (HD+CDS) et 1,3 pour les cas de HD de Kiremba. Remarquons que ce nombre est très bas et indique, qu'il y a eu peu ou pas de suivi du traitement par le CDS et l'HD. La PeC des patients avec un trouble mental ou épilepsie, nécessite, selon les normes, un plan de traitement et un suivi espacé mais régulier sur une période donnée. Ces chiffres posent la question de l'efficacité du traitement.

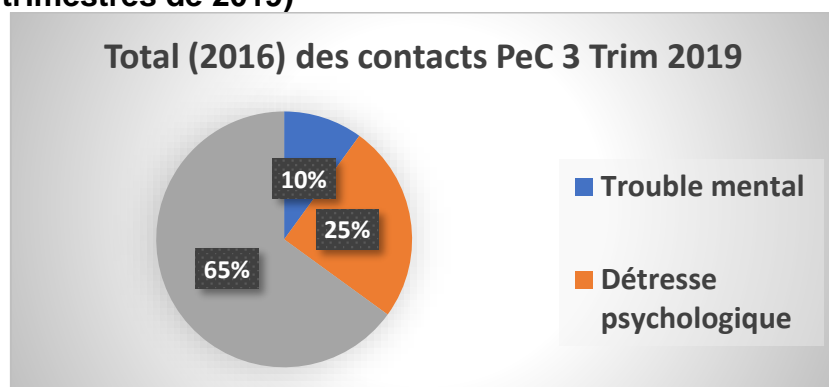
### 3.2.3.3. Type de trajets de PeC , couverture et types de problème

Dans les tableaux 6-9 nous analysons les types de trajet de soins des personnes par type de problème/trouble.

Pour cet exercice, nous utilisons les données transmises sur l'ensemble des contacts avec les personnes qui ont été identifiées par des ASC au cours des 3 trimestres de 2019 et pris en charge ou orientés vers les CDS ou HD.

Le nombre de contacts (tableau 6) est de 2016, répartis à 65% pour épilepsie, 25 % pour détresse psychologique et 10% pour trouble mental.

**Tableau 6 : Répartition des contacts (2016) des ASC par type de trouble (3 trimestres de 2019)**



Trouble mental	Détresse psychologique	Epilepsie
10%	25%	65%
209	499	1308

Pour cette analyse, nous avons distingué 5 sous-groupes en termes de trajet de soins opéré par les personnes en quête de soins à partir des premiers contacts avec l'ASC.

Nous distinguons 5 trajets :

- **Trajet 1** : les personnes qui sont suivies uniquement par l'ASC sans autre intervention
  - Ou bien les patients ont été identifiés avec un problème mental ou une épilepsie par l'ASC et ont été ensuite orientés vers un CDS ou HD. Cependant, n'ayant pas trouvé les moyens de payer son traitement ou n'est pas encore convaincu de la pertinence de se faire soigner dans une structure sanitaire, il ne s'est pas adressé à une FoSa. L'ASC garde alors le contact avec cette personne et donne un appui psychosocial de base ;
  - Ou bien le problème se révèle être une détresse psychologique et l'ASC accompagne la personne par le counseling.
- **Trajet 2** : les personnes qui sont orientées vers une FoSa bénéficient d'un traitement pharmacologique et sont accompagnées via un suivi par l'ASC. Parmi ces personnes se trouvent celles qui, une fois atteint une stabilité de santé mentale suffisante, reçoivent en plus un appui pour leur réinsertion socio-économique ;
- **Trajet 3** : les personnes qui sont en traitement dans un CDS ou un HD mais ne sont pas suivies par l'ASC ;

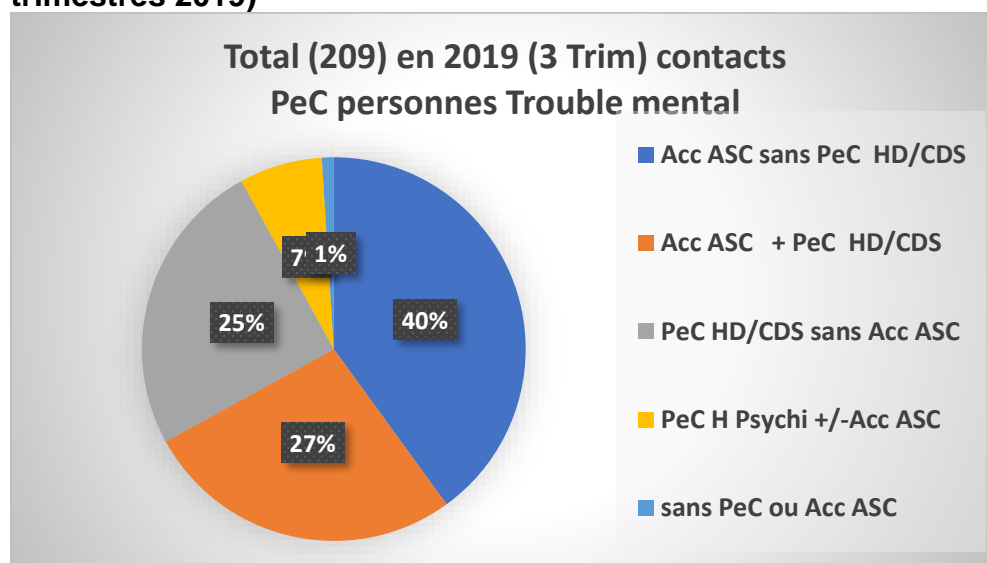


- **Trajet 4** : les personnes qui sont adressées pour une PeC dans le Centre Neuropsychiatrique de Ngozi et dont certaines sont aussi suivies par l'ASC de la colline ;
- **Trajet 5** : les personnes qui ne bénéficient ni de soins dans une FoSa ni d'un accompagnement par l'ASC.

L'intérêt de cette analyse est de savoir comment dans chacune des trois catégories de problèmes, les trajets thérapeutiques sont réalisés.

- Trajet de soins des personnes avec trouble mental

**Tableau 7 : Trajet de soins des personnes (209 contacts) avec trouble mental (3 trimestres 2019)**



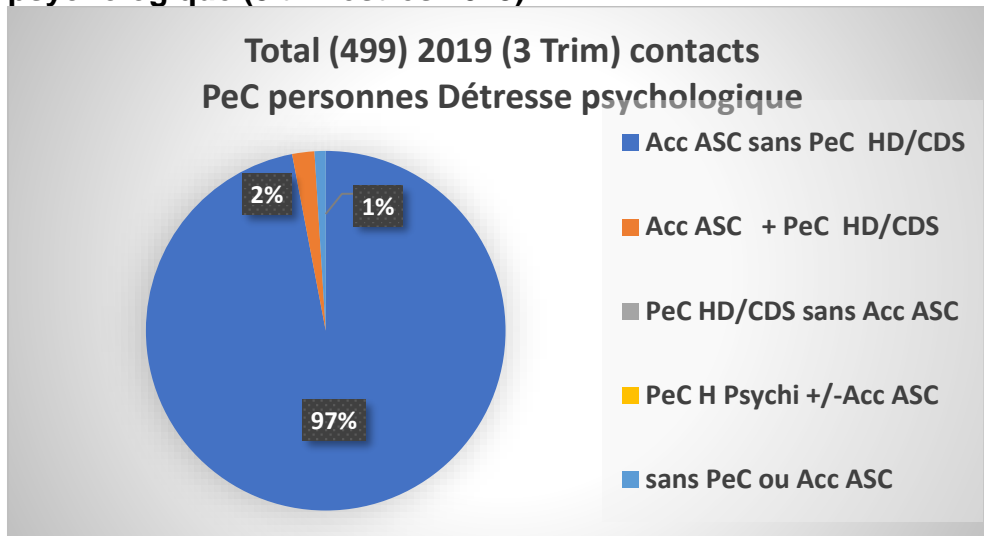
209 personnes avec Trouble Mental	Acc ASC sans PeC HD/PS	Acc ASC + PeC HD/CDS	PeC HD/CDS sans Acc ASC	PeC H Psychi +/- Acc ASC	sans PeC ou Acc ASC
3 Trim 2019	40%	27%	25%	7%	1%

Des personnes identifiées par les ASC avec un trouble mental :  
 40 % ne sont pas en mesure de bénéficier des soins nécessaires et restent sans traitement adéquat ;  
 27% suivent une PeC dans une FoSa et sont suivies par l'ASC ;  
 25 % suivent une PeC dans une FoSa mais n'ont pas des contacts avec ASC ;  
 7 % suivent une PeC au CNP Ngozi ;  
 1% n'ont plus de contact avec un ASC ou une FoSa.

Les soins intégrés (PeC et suivi dans la communauté) ne sont appliqués que pour 27 %. Parmi ces personnes se trouvent celles qui, une fois stabilisées, reçoivent un appui d'une AGR et/ou d'une mutuelle (voir chapitre 3.4). Une partie importante (40%) reste sans traitement. Il est probable que parmi les 25% qui ont commencé un traitement, mais sans suivi par un ASC, certains interrompent leur PeC.

- Trajet de soins des personnes avec détresse psychologique

**Tableau 8 : Trajet de soins des personnes (499 contacts) avec détresse psychologique (3 trimestres 2019)**

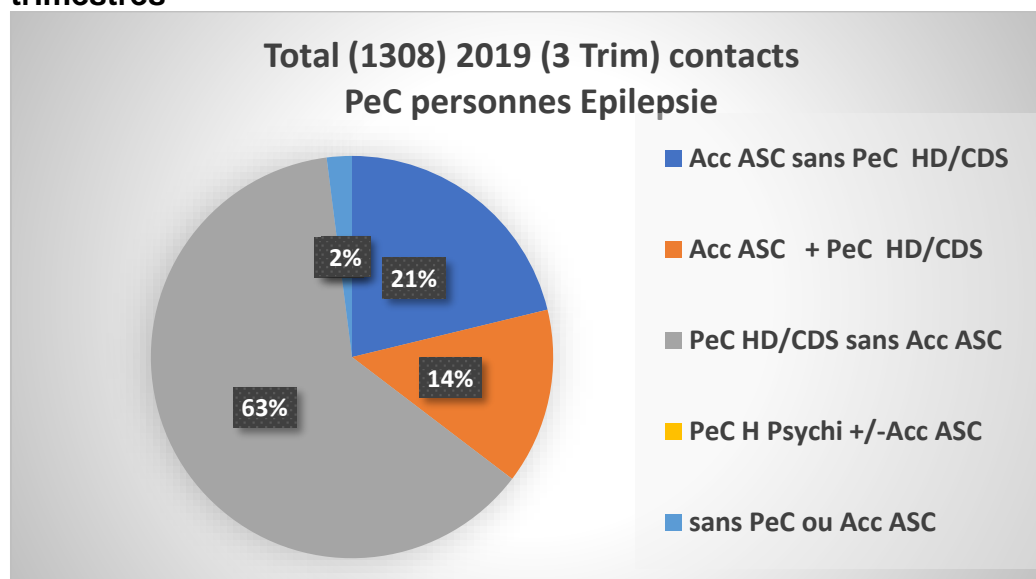


499 personnes en Détresse Psychologique	Acc ASC sans PeC HD/PS	Acc ASC + PeC HD/CDS	PeC HD/CDS sans Acc ASC	PeC H Psychi +/-Acc ASC	Sans PeC ou Acc ASC
3 Trim 2019	97%	2%	0%	0%	1%

Tableau 8 : Les personnes identifiées par les ASC comme souffrant d'une détresse psychologique sont accompagnées via l'ASC par le counseling. On peut faire l'hypothèse, en référence à l'étude de terrain (Annexe 7) et les recherches internationales que, parmi elles, une bonne partie souffrent d'une dépression, modérée ou sévère et, pour lesquelles, une PeC psychosociale et pharmacologique serait indiquée. Pour des raisons culturelles, socio-économiques et de formation des prestataires de ces cas, ces personnes sont appuyées seulement par les ASC mais, sans traitement efficace, les troubles dépressifs deviennent chroniques.

- Trajet de soins des personnes avec épilepsie

**Tableau 9 : Trajet de soins des personnes (1308 contacts) avec épilepsie (3 trimestres)**



1308 personnes Epilepsie	Acc ASC sans PeC HD/PS	Acc ASC + PeC HD/CDS	PeC HD/CDS sans Acc ASC	PeC Hôp Psychi +/-Acc ASC	Sans PeC ou Acc ASC
3 Trim 2019	21%	14%	62%	0%	2%

Parmi les patients avec une épilepsie :

- 21% se retrouvent (comme les 40% avec trouble mental) sans pouvoir payer le traitement prescrit par la FoSa.
- 14% bénéficient d'un traitement dans un CDS ou l'HD et d'un suivi par un ASC. Ils sont aussi candidats à être sélectionnés pour un appui AGR ou mutuelle.
- 62% ont entrepris une PeC dans une FoSa mais sans suivi par un ASC. Pour ceux-ci il est probable que parmi ces 63%, certains interrompent leur PeC.
- 0% ont cherché des soins dans le CNPNGozi.
- 2% restent sans soins ou contact avec un ASC.

#### **3.2.4. Prise en charge, suivi par ASC/FoSa et formation : bonnes pratiques et voies d'amélioration : Évaluation 5 CAD**

##### **3.2.4.1. Pertinence**

A mi-parcours, on peut confirmer que l'objectif spécifique du projet IZERE est pertinent. Le projet contribue à soutenir les personnes souffrant de troubles mentaux ou en détresse psychologique ainsi que les structures et les groupes cibles qui s'impliquent dans le fonctionnement des services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Burundi. En effet, les pathologies de santé mentale font partie des principales maladies d'importance en santé publique au Burundi. En outre, la prise en compte de la santé mentale et des violences sexuelles, basée sur une approche genre dans le traitement des cas reste un défi. L'objectif spécifique contribue à l'amélioration de l'intégration de la prévention et du dépistage des problèmes de santé mentale en vue d'augmenter leur prise en charge (ACC Burundi). Ces derniers sont, en partie, des maladies chroniques dites non transmissibles.

L'organisation et la prise en charge de la santé mentale au niveau des districts sanitaires étant encore aujourd'hui embryonnaires, elles constituent des défis très importants pour le système de santé burundais. Les trois centres neuropsychiatriques (CNP) du pays qui donnent des soins de santé mentale sont éloignés de la population. Les CNP ne sont pas en mesure d'assurer une prise en charge et un suivi médical et psychosocial régulier au niveau local, comme recommandé par l'OMS et les organisations internationales et réseaux de recherche scientifique en santé mentale.

Au Burundi, conformément aux directives du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, la santé mentale va être intégrée dans le paquet minimum de soins de santé primaires. Du fait de l'ignorance ou connaissances insuffisantes concernant ces maladies au sein des formations sanitaires pour les prestataires de soins, la population avait tendance à stigmatiser ces maladies : les soins pour des personnes souffrant d'épilepsie étaient disponibles dans certains hôpitaux de district ; pas pour les troubles mentaux. D'où la nécessité de contribuer à la sensibilisation de la communauté et à la formation des prestataires de soins, à l'amélioration de la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires et à la sensibilisation des politiques afin que ce groupe particulièrement vulnérable recouvre la santé, le bien-être et la dignité.

Toutes les activités développées par le projet IZERE sont donc pertinentes et auront pour effet que la population puisse faire appel et bénéficier d'un paquet de soins accessibles et de qualité dans leur communauté.

#### 3.2.4.2. Efficacité

- Nombre de personnes prises en charge

Le nombre de personnes prises en charge à la fin du projet devrait atteindre 7.746 personnes soit, 5% de la population de la zone d'action.

Depuis le démarrage des PeC en janvier 2018, 7 trimestres se sont passés ; il en reste 9 jusque fin 2021.

Conformément aux résultats attendus au 30 septembre 2019, **4519** personnes auraient dû être prises en charge, dont 52% de femmes.

Les données analysées dans ce rapport indiquent que 5.570 cas ont été ou sont pris en charge et répertoriés ; le rapport genre est atteint et dépassera le résultat attendu.

Nous avons signalé et vérifié avec BADEC/LC que le nombre de cas repris dans les données correspond au nombre de contacts réellement enregistrés (pas le nombre de personnes). Un registre unique dans lequel toutes les personnes et tous les actes de PeC au niveau des FoSa et des ASC seraient enregistrés, n'existe pas (encore). Mais, nous disposons des données des personnes ainsi que du nombre de leurs contacts et de leurs prises en charge dans les FoSa (tableaux 5 a-c). De cette analyse on peut conclure qu'en moyenne une PeC pour une personne (tous les types de problèmes et structures FoSa confondus) est de 2,17 contacts.

Nous ne disposons pas du nombre de contacts par personne par ASC. Si nous utilisons ce chiffre moyen pour l'entièreté des 5770 contacts avec CDS/HD/ASC, nous pouvons estimer à mi-parcours, que le nombre total de personnes ( $5770/2,17$ ) est de 2659 soit 380 nouveaux cas par trimestre.

Si nous appliquons cette estimation aux 9 trimestres, les prestataires et ASC auront pris en charge 6080 personnes, soit 4% au lieu des 5% de la population prévu. Nous pensons que ce chiffre représenterait déjà un résultat très positif et significatif étant donné les différents problèmes rencontrés par les malades et leurs familles pour le démarrage de leurs soins.

Par rapport au genre, les données indiquent 2818 contacts (49%) avec des hommes et 2952 (51%) avec des femmes. Ce nombre répond au résultat attendu (52%). Nous avons constaté que les femmes sont plus représentées que les hommes dans la catégorie de dépressives psychologiques ;

- Accessibilité et couverture

Sur base de nos analyses (voir tableaux 6-9) et les entretiens sur place avec les ASC et BADEC, nous estimons que, pour différentes raisons et, en priorité l'insuffisance de revenus de la population pouvant payer durant la durée du traitement ainsi que les coûts des consultations et médicaments :

- Un tiers de personnes identifiées avec un trouble mental ou neurologique ne se fait pas soigner ;
- Un tiers suit de manière discontinue le plan de PeC ;
- Un tiers bénéficie du traitement et du suivi comme il est prévu.

Les ASC essaient de motiver et de suivre les malades qui n'ont pas accès ou sont en rupture de soins.

L'impossibilité pour deux tiers des personnes de se procurer un traitement auprès des FoSa est la principale cause de frustration et de désillusion des familles et des ASC. Cette situation augmente encore le fardeau émotionnel des familles, une fois sensibilisées et mobilisées à un traitement dans les FoSa. Les personnes avec détresse psychologique se trouvent bien soutenues par les ASC mais, on peut estimer que des personnes avec certains troubles comme la dépression, devraient pouvoir bénéficier d'un PeC dans les FoSa ;

- (Contre)référence et soins intégrés

La contre-référence de toutes les personnes soignées dans l'HD n'a pas ou peu eu lieu et ne répond pas à la stratégie de la pyramide des soins conseillée par l'OMS pour garantir une efficacité et une efficience des soins. Une poursuite de la PeC dans un CDS près du lieu de vie du malade et dans la communauté par un ASC (en vue de promouvoir et d'assurer le traitement et la réintégration sociale) n'est alors pas assurée débouchant sur la non-poursuite du traitement et donc des rechutes ;

- Qualité des soins et nombre de contacts pour la PeC

Comme indiqué dans les analyses, le nombre de contacts dans les CDS et HD nous semble minimal et insuffisant pour pouvoir garantir et réaliser une PeC efficace. Ceci peut être attribué aux problèmes financiers des patients mais aussi, aux effets de la conduite de la PeC par le soignant (consultation brève, pas d'attention pour les facteurs et l'appui psychologique, la focalisation de la PeC sur la prescription pharmacologique, attentes, etc...).

Avoir une suite de consultations espacées sur une période d'une année permet au prestataire et au patient/famille de vérifier l'impact du traitement et des interventions psychosociales ; il permet aussi d'adapter le traitement et d'avoir un feedback sur l'efficacité du traitement.

Actuellement, excepté des témoignages, il n'est pas possible d'évaluer la satisfaction et l'impact du projet, donc des éléments de la qualité des soins. Une enquête est prévue sur ce point en décembre 2019 auprès des ex-patients / patients stabilisés, afin d'évaluer leur autonomie et leur niveau de satisfaction par rapport aux soins reçus dans les FoSa ;

- Renforcement des capacités par la formation et la supervision

Les prestataires, gestionnaires des DS, ASC et prêtres prévus dans le projet ont été formés lors de sessions de formation et via un recyclage conduit par des formateurs des CNP Kamenge et Ngozi.

La visite de terrain n'a pas permis au consultant de vérifier si dans les 2 CDS et les 2 HD, un manuel technique à utiliser dans les formations est disponible à des fins de consultation et/ou utilisé par tous les prestataires. Il n'a pas pu vérifier si le manuel mhGAP 2.0 ou le manuel mhGAP humanitaire qui ont servi de référence pour ces formations est facilement accessible pour les soignants. Toutefois, l'Assistant Technique de LC confirme que les prestataires formés ont reçu une copie du mhGAP 2.0 (document de référence pour les prestataires exploités au cours du stage et au cours de leurs prestations).

Il n'existe pas de fiches techniques et de protocoles pour les PeC des différents troubles mentaux, neurologiques et ceux, associés à l'usage des stupéfiants (troubles MNS en sigle). Ces fiches/protocoles sont en fait des guides détaillés et pratiques à suivre pour la PeC et le suivi des patients par les infirmiers et médecins dans les FoSa et par les ASC. Ces protocoles devraient être la transposition du guide mhGAP pour la pratique dans les FoSa (au niveau primaire des soins) et être l'outil à utiliser dans la pratique de tous les jours. Un tel document pratique est à utiliser lors des formations et des supervisions ainsi que lors des discussions de cas.

#### **3.2.4.3. Efficience**

Les actions sont menées de façon à utiliser correctement les ressources humaines, matérielles et financières. Au niveau du BADEC, le chef de projet, l'assistant social et le responsable des programmes BADEC remplissent les fonctions de gestion technique du projet, des contacts avec les partenaires et les prestataires des FoSa, les gestionnaires des districts sanitaires de la Province sanitaire et des CNP Ngozi et Kamenge. Il s'occupe également de l'organisation des formations, des recyclages et des supervisions des prestataires et des ASC.

Formé en tant que psychologue clinicien, le chef de projet coordonne et supervise lui-même les interventions psychosociales et les formations des ASC ainsi que de la mise en œuvre des activités génératrices de revenus et de mutuelles de santé communautaires. Il conduit aussi les séances des groupes de parole.

BADEC dispose du matériel nécessaire pour accomplir sa mission (outils de travail, une moto et un véhicule). L'équipe BADEC bénéficie de l'appui de l'Assistant Technique de LC.

Comme prévu dans le document du projet, les formations des prestataires et des ASC ainsi que des supervisions ont été conduites par les formateurs du CNPK / CNPN formés au mhGAP.

#### **3.2.4.4. Impact**

Comme projet pilote, IZERE implémente des expériences nouvelles contribuant à la mise en œuvre de la politique de santé mentale au niveau national, permettant de préciser les bonnes pratiques et les points faibles en soins de santé mentale au sein des districts sanitaires et proposant des stratégies pour les rendre efficaces.

A travers les différentes approches de sensibilisation développées dans le projet IZERE au niveau de la province et du pays, le projet contribue à promouvoir la santé mentale tant au niveau de la province de Ngozi qu'au niveau national. Il indique les attitudes et les activités à adopter pour prévenir ou soigner les problèmes des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et ceux liés à l'usage de substances psychoactives (MNS) afin de diminuer les formes de marginalisation ou d'atteinte aux droits humains.

Le projet démontre aussi l'extrême importance et l'urgence de l'amélioration et de la mise en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, de directives, de stratégies et de la création d'autres documents d'appui. Mais aussi, à la mise à jour de certains documents relatifs à la gestion des mutuelles de santé, des médicaments, de l'information sanitaire, des finances et autres outils indispensables pour la réussite d'une intégration de la Santé Mentale (SM) dans les soins de santé primaires.

- Renforcement des capacités par la formation et la supervision

Dans la mesure où les outils, les modules recomposés et adaptés ainsi que les protocoles pour les PeC dans les CDS, HD et communauté auront été développés (voir recommandations) et testés dans la pratique du projet IZERE, ils pourraient être utilisés ensuite par d'autres Districts Sanitaires qui intégreraient la SM dans les soins primaires.

Dans l'esprit de projet pilote, les leçons apprises par l'expérience concrète et les outils produits auront une valeur importante pour le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non transmissibles (PNILMCNT) et pour le projet Twiteho Amagara/UE.

#### **3.2.4.5. Durabilité**

BADEC se charge de l'exécution et de la gestion du projet.

Pour garantir une durabilité des acquis, il faudra anticiper le fonctionnement sans un appui ou avec un appui réduit par des partenaires extérieurs. Les fonctions de coordination et de gestion que BADEC remplit actuellement devraient être transmises à temps aux structures publiques sanitaires et le social aux structures communautaires. Afin de garantir la durabilité à la fin du projet, le DS, qui est l'entité opérationnelle des soins de santé primaires devrait être en mesure, comme pour les autres maladies dont le DS à la charge, d'accompagner les Fosa dans l'intégration des soins de SM et d'assurer le suivi-évaluation des activités de SM.

Pour les 2 années qui restent du projet, BADEC/LC devra aider, former et coacher les districts sanitaires afin de les rendre autonomes sur les points suivants :

- Disposer à long terme des capacités techniques suffisantes au niveau des prestataires, des gestionnaires des DS et des ASC ;

- Disposer d'une équipe noyau responsable pour les dimensions cliniques (diagnostic, PeC, suivi) et la qualité des PeC au sein du DS. Cette équipe devra se charger de la supervision, des sessions de formation/recyclage des prestataires et ASC, des réunions de monitoring des références et contre-références ;
- Disposer au niveau du DS, de personnes-point focal pour la santé mentale, de modalités (plan annuel, rapportage, fichiers) et de capacités organisationnelles et techniques pour les gestionnaires sanitaires permettant de coordonner, monitorer et évaluer l'ensemble des activités de SM, les prestataires et les ASC ainsi que les formations et les outils utilisés ;
- Avoir établi, formaté et mis en application les outils et procédures pour le rapportage/enregistrement des données de SM, l'information sanitaire, l'approvisionnement en psychotropes ainsi que les protocoles de prise en charge pour les FoSa et ASC ;
- Etablir des procédures pour l'approvisionnement des CDS, hôpitaux et centres neuropsychiatriques en médicaments.

### **3.2.5. Recommandations**

En se référant aux analyses de prise en charge reprises ci-avant, les recommandations visent à accroître l'efficacité, l'efficience et la durabilité de l'ensemble des activités de SM. Actuellement, les activités entreprises sont pertinentes. En termes d'output, excepté le problème de l'indisponibilité d'un stock de psychotropes, elles répondent aux résultats attendus.

Nous avons identifié des difficultés au niveau des (contre)références, de l'accès aux soins des personnes avec troubles mentaux et des personnes dépressives et de la qualité des soins entre autres, par la prise en compte des composantes psychosociales de PeC, le nombre de contacts et un plan de traitement intégré pour chaque patient.

Au niveau de 2 DS :

#### **3.2.5.1. Equipe Santé Mentale DS**

Mettre en place avec l'appui de BADEC/LC, une équipe SM qui a comme objectif d'évaluer le projet à mi-parcours (en se basant sur le présent rapport et d'autres informations) et de proposer des stratégies concrètes pour améliorer la qualité des soins et la mise en œuvre des activités de SM. Cette équipe devrait alors être soumise à l'autorité gestionnaire du DS. Pour la former, chaque DS devra déléguer un médecin de l'HD, un infirmier du CDS, deux ASC (1H+1F) par colline et un point focal de l'Equipe Cadre du DS(ECD).

#### **3.2.5.2. Formation et recyclage**

L'équipe SM définit avec BADEC/LC, un plan et un contenu de recyclages à dispenser aux prestataires, ASC et aux membres des ECD en 2020 et 2021. Ce plan devra être conçu de manière à pouvoir combler les lacunes ou défis constatés lors de l'évaluation. Ces recyclages ne seront pas une répétition des formations mhGAP déjà données mais seraient construits autour de cas et de situations cliniques vécues (PeC dans les FoSa ou dans la communauté).

Ils visent une application concrète plus rigoureuse des protocoles de PeC basés et adaptés à partir du guide mhGAP.



Comme certains des prestataires ont déjà été formés comme éducateurs de formateurs, une équipe des formateurs/facilitateurs devra être recrutée et devra être composée de prestataires et d'ASC reconnus comme très compétents. Ces recyclages donneront alors la possibilité de développer et de renforcer les capacités des formateurs et superviseurs pour les FoSa des Districts.

Au-delà de 2021, il faudra compter sur des formateurs/superviseurs locaux pour les interventions similaires dans les autres FoSa du District et les FoSa des DS environnants sans devoir faire appel aux spécialistes du CNPN/K. Ces derniers pourront intervenir en cas de besoin, comme conseillers à l'équipe des formateurs. Les formateurs locaux ont l'avantage de bien connaître le terrain et de tenir compte des enjeux et des réalités locales, du cadre non-spécialisé, des ressources limitées et des protocoles des CDS et HD.

Les modules à utiliser pour les formations/recyclages doivent être le Guide mhGAP 2.0 (version française 2018), le Guide 'mhGAP Community Toolkit' 2019 de l'OMS et les protocoles techniques (voir 3.2.5.3) basés sur le mhGAP 2.0 (annexe 6). Ils devront être adaptés d'une part, pour les prestataires des FoSa au contexte/rôles des CDS/HD dans la pyramide des soins au Burundi (MSPLS) et d'autre part, pour les ASC-TPS (voir pour ASC chapitre 4).

#### **3.2.5.3. Protocole de PeC**

L'équipe SM (voir points ci-dessus) avec BADEC/LC et en collaboration avec le MSPLS, développera et mettra en place pour les 4 FoSa, un plan, un protocole technique et des procédures pour la prescription, le (ré)approvisionnement et l'achat de psychotropes. Les DS, les prestataires et leurs structures appliqueront les procédures de la même façon et auront les mêmes accès à l'approvisionnement en psychotropes de la liste mhGAP.

#### **3.2.5.4. Outils**

L'équipe avec BADEC/LC et en collaboration avec le MSPLS, établiront un ensemble d'outils pour l'orientation et la référence, des fiches et des dossiers des personnes PeC par prestataires et par ASC. Ces outils seront mis à la disposition des FoSa et des ASC.

#### **3.2.5.5. Enregistrement de cas et des PeC : DHIS2 ; Fiche de pointage**

Puisque le système d'information sanitaire existant (le DHIS2), ne permet pas d'enregistrer les cas MNS et les PeC des CDS et HD et que le paramétrage des indicateurs de SM dans le DHIS2 par le MSPLS peut prendre probablement du temps, l'évaluateur conseille de mettre en place une fiche de pointage avec un numéro/code unique par patient qui serait utilisé par les divers prestataires et ASC.

Sur la fiche de pointage, il devra être noté les éléments suivants :

- Le soignant/intervenant
- Le sexe.
- L'âge
- Le diagnostic (liste troubles du mhGAP)
- Le type de traitement (pharmacologique, psychosocial),
- L'intervention par ASC (counseling, orientation),
- Le nombre de contacts par mois
- La situation de la vente et du stock de psychotropes par mois

Chaque mois, les fiches de pointage devront être rassemblées par structure et transmises au DS afin d'en faire un rapport mensuel.

Un logiciel reste indispensable pour l'intégration des données et la mise en place d'une analyse simple. Les rapports mensuels ou trimestriels des fiches de pointage donneront la possibilité de monitorer et d'évaluer systématiquement la prise en charge, par les services concernés et par le DS. Les données produites pourront ensuite être utilisées à des fins de promotion et de plaidoyer auprès des partenaires BADEC/LC, des bailleurs, des autorités politico-administratives et sanitaires ainsi qu'au développement d'éventuelles recherches de type opérationnelles.

### **3.3. Approvisionnement des Centres de santé et hôpitaux du District Sanitaire en médicaments**

#### **3.3.1. Approche**

Le projet Izere a mis à la disposition des FoSa, un budget pour l'achat d'un stock de démarrage de psychotropes. BADEC/LC a consulté un psychiatre-formateur externe qui a proposé une liste de médicaments pour sa constitution sur base des expériences de prescription et de choix des médicaments essentiels et en suivant les conseils de l'OMS (manuel mhGAP). Le CNPK a validé cette liste qui a servi pour l'achat et la distribution par les gestionnaires sanitaires de la Province et des Districts sanitaires auprès de 2 CDS et 2 HD.

Le contrat entre BADEC/LC et les responsables sanitaires stipule que le stock devra être renouvelé à partir des recettes de ventes des médicaments.

#### **3.3.2. Évaluation du résultat**

##### **3.3.2.1. Pertinence**

Au sein de la politique nationale des soins de santé mentale qui fait partie des maladies chroniques non-transmissibles, la PeC et l'approvisionnement en médicament au niveau des DS doivent se faire identiquement comme pour les autres maladies. Etant en phase embryonnaire d'intégration des soins de santé mentale, il est impératif de démarrer avec un stock bien élaboré et établi en commun accord avec les responsables sanitaires, permettant aux responsables de la gestion des médicaments et aux prestataires de bien intégrer cette composante de PeC.

##### **3.3.2.2. Efficacité et efficience**

Fonds de roulement : le fonds mis à la disposition des FoSa pour l'achat de médicaments devrait servir comme fonds de roulement. Le fait que les médicaments aient été prescrits et utilisés sans renouvellement du stock révèle une pratique ni efficace, ni efficiente. Même s'il est compréhensible que les FoSa n'arrivent pas par la vente de médicaments, à récupérer suffisamment de fonds pour renouveler le stock, le contrat entre partenaires en tout état de cause n'a pas été respecté et le problème n'a pas été traité à temps.

Les entretiens avec les prestataires, ASC/membres, CoSa, patients et leurs familles, les médecins et les gestionnaires de la pharmacie de District ainsi que l'analyse des données ont montré de multiples problèmes pour les psychotropes : au niveau de la prescription, du paiement par les patients, de l'achat par les FoSa et DS, du

(ré)approvisionnement et du stockage des psychotropes. Ces manquements ont eu des conséquences sur le traitement médical indiqué dans les cas de troubles mentaux et épilepsies ; ce traitement est toujours critique, n'a été pas respecté ou a été suivi de façon irrégulière voire interrompu. C'est le sujet central de la frustration des soignants et patients/familles qui revient dans chaque entretien et, une des causes de la couverture et de la qualité insuffisante des prestations de SM (voir ci-haut) ;

Causes et problèmes structurels : ces problèmes sont aussi à prendre en compte comme une source de difficultés pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires au cours de cette phase de mise en place des soins. De fait, nous avons pu constater que les psychotropes figurant sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) mais aussi des spécialités supplémentaires sont régulièrement disponibles dans les CNPN/K. Les causes des problèmes sont donc structurelles et ne pourront être résolues que si des changements sont mis en œuvre au niveau du MSPLS (voir point 3.8).

Au niveau des FoSa, il y a lieu d'élaborer entre eux, une stratégie commune pour des solutions à mettre immédiatement en place à leur niveau. En effet, la communauté, les interventions communautaires des ASC (voir chapitre 4), des associations de malades et les familles apportent des solutions, mais elles restent insuffisantes pour permettre aux familles d'acheter les médicaments ;

Coûts de soins pour les bénéficiaires : le patient et sa famille ainsi que les FoSa considèrent que les psychotropes, qui sont habituellement prescrits pour un mois, sont chers et que leur achat met à mal les ressources financières de la famille ainsi que des FoSa. La plupart des familles dans la communauté ont une Carte d'Assistance Médicale publique (CAM). Celle-ci était initialement destinée aux personnes économiquement très vulnérables (appelées indigents) mais, actuellement, elle peut être acquise par tout le monde. Avec cette carte, le patient peut bénéficier d'une consultation et de prescription de médicaments. Pour une 'maladie chronique', le patient contribue à hauteur de 900 BIF et l'Etat rembourse aux FoSa la somme forfaitaire de 2800 BIF.

Pour exemple, une prescription d'un mois de Phénobarbital coûte 4500 BIF à la FoSa. La somme de la contribution du patient et du remboursement (par ailleurs souvent fait par le Gouvernement avec un retard de 6 mois) ne couvre pas la totalité. La FoSa reste donc avec un déficit à couvrir par ses fonds propres (soit les PeC des autres maladies) de  $4500 - 900 - 2800 = 800$  BIF.

Autre exemple, une prescription de Haldol (anti-psychotique) coûte 4500 BIF, le Carbamazépine de 7000 à 9000 BIF, l'Acide Valproïque (anti-épileptique) coûte 15.000 BIF et le déficit s'aggrave avec les médicaments plus chers.

Comme souvent les médicaments de base (Haldol et Phénobarbital) ne sont pas disponibles au sein des FoSa ; la prescription d'un autre médicament efficace mais plus cher aggrave encore le déficit.

Il est à noter que même si cette logique comptable n'oriente pas les prescriptions des FoSa, la situation décrite n'incite pas les FoSa à augmenter leur disponibilité de PeC pour maladie mentale. Elle explique aussi pourquoi les FoSa demandent un budget supplémentaire pour les médicaments leur permettant de couvrir les déficits.

Notons que les ASC incitent la communauté à acquérir une CAM. Le projet IZERE et les associations communautaires de malades contribuent aux frais pour l'acquisition de cette CAM pour les familles avec un trouble MNS.

Mutuelle de santé : Un certain nombre de personnes ont une mutuelle de santé de la Fonction Publique ou une Mutuelle de santé communautaire organisée par des ONG. Les maladies chroniques ne sont pas incluses dans ces mutuelles et seuls les frais pour l'épilepsie sont pris en charge ; les autres troubles mentaux en sont exclus. S'inscrire dans une mutuelle de ce type coûte 25.000 BIF mais elle couvre toutes les pathologies avec un même ticket modérateur. Le patient avec ce type de mutuelle paie 20 % du coût et la mutuelle couvre les 80% restants.

Dans les populations des communes cibles du projet, la plupart des personnes ont une CAM, une Mutuelle ou les deux. Tous devraient normalement avoir la CAM ; les ASC en font d'ailleurs la promotion dans les associations des familles affectées. Le projet a d'ailleurs contribué à leur achat par les Mutuelles de santé communautaires en synergie avec le projet d'appui aux mutuelles de santé, financé par la DGD. Un plaidoyer devra aussi être fait afin que les frais de PeC de tous les troubles MNS soient pris en compte par les CAM et les Mutuelles ;

#### Achat et approvisionnement psychotropes :

- La Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) indique les médicaments couramment utilisés au Burundi et qui peuvent être achetés à la Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU), institution officielle de l'Etat.

La LNME décrit les catégories et les groupes pharmacologiques ainsi que le niveau de soins (Hôpital ou CDS) d'un médicament pouvant être utilisé et commandé auprès de la CAMEBU. Pour les CDS, seul le Phénobarbital et le Diazépam sont admis ; ils ne sont pas autorisés à s'approvisionner en psychotropes pour les troubles mentaux et la dépression ! Pour les HD les produits utilisés sont l'Haldol, l'Anafranil, le Tofranil, le Fluoxetine, le Diazépam, le Citalopram, le Phénobarbital, le Carbamazépine, l'Acide Valproat, et l'Akineton. Le DS quant à lui ne peut pas commander pour les CDS et l'HD, des psychotropes qui ne se trouvent pas sur la LNME (voir ci-dessus) ;

- Les médicaments utilisés dans les structures publiques (HD et CDS) sont commandés et acquis mensuellement à la CAMEBU selon la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM).

Souvent la CAMEBU est en rupture de stock pour ces médicaments essentiels et les DS sont alors obligés de s'approvisionner chez les grossistes pharmaceutiques privés, tout en respectant cependant les procédures du MSPLS. Dans ce cas, les DS ont le droit (après présentation de 3 factures Proforma au MSPLS/Département de la Pharmacie, du Médicament et de Laboratoire (DPML)), d'acheter les médicaments non disponibles à la CAMEBU, sans dépasser toutefois un plafond de 12 millions francs burundais par mois.

Les DS considèrent que l'achat de psychotropes de base (plus chers selon eux) et plus souvent non disponibles à la CAMEBU, affecterait négativement l'approvisionnement des médicaments fréquemment prescrits pour d'autres

maladies. Des dérogations à ces normes par le MSPLS/DPML semblent possibles et nécessaires dans certains cas.

### 3.3.3. Recommandations

- Assurer par la promotion, le plaidoyer mais également par le biais des ASC et l'appui aux associations, une augmentation du nombre de familles bénéficiant de la CAM et d'une Mutuelle. Il faudrait donner la priorité aux familles ayant en son sein une personne souffrant de trouble mental permettant ainsi, conformément à la pyramide des soins, d'augmenter le nombre de malades en demande de soins auprès des CDS ;
- Développer une approche d'AGR par association locale qui, par un système de contribution, de bonne gestion et d'appui par le projet assurera une aide partielle aux familles qui s'adressent pour des soins dans les FoSa ;
- Mettre en place (voir ci-dessus) un système de gestion, d'achat et d'approvisionnement des psychotropes au niveau provincial et du district ainsi qu'une contractualisation d'un 2<sup>ème</sup> stock de psychotropes. Il faudra se mettre d'accord sur la manière de monitorer et d'évaluer trimestriellement ce système.
- Pour assurer une bonne PeC des cas, faire un plaidoyer auprès du MSPLS/DPML, pour une dérogation aux normes actuelles d'approvisionnement en médicaments :
  - En permettant de commander à la CAMEBU, des psychotropes qui ne sont actuellement pas sur la LNME (pour les CDS) ;
  - En réservant une partie du fonds des 12 millions par DS au (ré)approvisionnement du stock de psychotropes de base qui devraient être présent dans chaque pharmacie (Haldol en comprimés et injectable ; Diazépam ; Phénobarbital)
  - En permettant aux structures publiques de s'approvisionner si besoin par les réseaux confessionnels (comme Kiremba)
- Etablir un plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour l'intégration de la SM dans les directives et normes :
  - En intégrant les médicaments psychotropes dans la LNME à tous les niveaux (CDS, HD)
  - En prenant en compte les PeC des troubles MNS dans les Mutuelles de Santé
  - En revoyant la tarification à la hausse des indicateurs de la CAM pour éviter que les FoSa créent des déficits en prenant en charge les patients avec MNS
  - En intégrant les indicateurs SM dans la politique de Financement Basé sur la Performance (FBP). Dans ce cas, les PeC seront subventionnées et le coût des médicaments sera réduit.

### 3.4. **Organisation, facilitation et mise en œuvre par les ASC des interventions communautaires psychologiques et des activités visant la réinsertion socio-économique (AGR ; Mutuelles).**

#### 3.4.1. Evaluation du résultat avec 5 CAD

##### 3.4.1.1. Pertinence

Dans les chapitres 3.1 et 3.2 nous avons présenté et évalué les activités des ASC qui forment une partie essentielle des soins de santé mentale et neurologique par :

- la sensibilisation des communautés, des administrateurs et des familles,
- l'identification et l'orientation des personnes avec trouble mental, détresse psychologique ou épilepsie vers les FoSa,
- le suivi des personnes qui sont ou ont été en traitement en particulier, pour les personnes avec trouble mental ou épilepsie ; les appuyer dans le suivi du traitement et l'accompagnement psychosocial.

Dans ce chapitre, nous évaluerons les autres activités entreprises par les ASC : l'accompagnement psychosocial des personnes et les interventions socio-économiques.

En plus des plaintes et souffrances d'ordre psychologique, les personnes avec un trouble MNS se trouvent souvent dans l'incapacité de s'occuper, de participer activement et de répondre aux besoins économiques de la vie familiale et sociale de la communauté. Quand les troubles sont devenus chroniques, les personnes se trouvent alors marginalisées et discriminées.

Le projet IZERE part de l'hypothèse, qu'une réintégration a plus de chance de se réaliser si la personne peut de nouveau participer/contribuer à la vie de la cité via un accompagnement et un appui de type socio-économique.

Comme l'OMS le confirme, le volet communautaire et psychosocial est essentiel et complémentaire aux paquets de soins de santé mentale des FoSa. Ceci a amené l'OMS à développer et à publier récemment un guide pour le mhGAP communautaire. Ce volet, très pertinent, comporte un appui qui peut être apporté par des ASC mais aussi par d'autres personnes, groupes ou organisations locales. Il doit viser un renforcement des capacités et la résilience des personnes plutôt que l'aide directe.

#### **3.4.1.2. Efficience et Efficacité**

- **Counseling**

Le Résultat 2 du projet indique que les personnes souffrant de détresse psychologique trouvent davantage de lieux et de personnes formées pour accueillir et prendre en charge cette détresse (Sphère PSYCHOSOCIALE).

Les indicateurs sont le nombre d'interventions psychosociales (le counseling) réalisées dans les 2 CDS et les 2 hôpitaux pilotes qui est de 52% pour les femmes (cumulatif). Le nombre attendu à la fin du projet est de 743.

Concernant les interventions psychosociales pour personnes en détresse psychologique : nous reprenons les rapports des entretiens d'évaluation et les analyses (chapitre 3, tableaux 3 et 8).

Le nombre de contacts avec les personnes en détresse psychologique (tableau 3) indiquent pour les 7 trimestres :  $940 + 655 = 1595$  contacts soit, 28% de la totalité des contacts. De ces 1595 contacts, 59% sont des femmes. Presque la totalité des cas de détresse psychologique (98%), ont vu leur accompagnement réalisé par des ASC. Si on estime que le nombre de ces cas restera stable lors des 9 trimestres restants du projet, le nombre de contacts s'élèvera alors à un total de 3.645 contacts.

Pour exemple, en comptant en moyenne 3 contacts par personne (nous n'avons pas les données sur le nombre moyen de contacts par personne pour les ASC) on arriverait alors à 1215 personnes pris en charge par les ASC pour détresses psychologiques ; ce chiffre dépasserait alors largement le nombre attendu.

Les besoins en support psychosocial pour les personnes en détresse psychologique, restent très souvent non-exprimés parce que mal admis dans la société burundaise.

On peut estimer que, si on y ajoute les détresses liées à la pauvreté et autres problèmes sociaux, la prévalence des détresses psychologiques (de différent type et sévérité) serait très importante, entre 25-40% de la population. Une recherche récente effectuée par un consultant de la Coopération Suisse a pu objectiver cette prévalence. Les ASC y répondent le mieux possible.

- Capacités et compétences

Au cours des entretiens avec les ASC et membres des CoSa mais aussi les associations locales, nous avons pu remarquer que ces accompagnements psychologiques des ASC sont très appréciés par les bénéficiaires.

Les ASC rapportent également qu'aider les personnes en intervenant dans les situations familiales conflictuelles (cause première des détresses psychologiques) est difficile et stressant. Ils demandent à pouvoir bénéficier de recyclages supplémentaires afin de renforcer leurs compétences mais aussi pour qu'ils soient capables de mener des counselings de résolution de conflit et des techniques de médiation familiale de manière plus assidue que ce qu'ils tentent de faire actuellement.

- Réinsertion socio-économique

Résultat 3 attendu : le réseau des intervenants contribue à la réinsertion socio-économique des patients.

Les ASC, avec l'aide de BADEC, sélectionnent les familles ayant d'importants besoins financiers et dont un membre est identifié avec trouble mental ou épilepsie. Il doit également avoir suivi une PeC dans une FoSa et, est ou est en voie d'être stabilisé. Grâce aux consultations des communautés, l'appui du projet devrait permettre à ces familles d'acquérir quelques revenus et de renforcer leur pouvoir d'achat afin de payer les frais de la PeC à temps. Il est prévu que par cet appui, l'(ex)patient devrait être en mesure de s'occuper, de s'intégrer et d'être mieux respecté par la communauté, restaurant ainsi son estime de soi.

Les ASC et les communautés ont choisi de financer et d'aider les personnes sélectionnées à acheter et à garder une chèvre. Les ASC et les bénéficiaires rencontrés arrivent à mettre en œuvre cette intervention et sont satisfaits. Mais les ASC signalent aussi que cette stratégie engendre des réactions négatives par des familles non-sélectionnées.

Le tableau 10 indique que parmi les 1951 familles suivies par les 74 ASC, 143 ont jusqu'à mi-parcours participé à ce programme d'AGR via l'achat d'une chèvre. 15 de ces 143 familles sont par ailleurs financées par le projet de VSF qui octroie quatre chèvres par famille. Finalement, BADEC et les ASC accompagnent 64 familles par

une contribution à une mutuelle via le financement du projet de promotion de l'accès aux soins de santé réalisé par UCODE-AMR/LC.

**Tableau 10 : Charges des ASC et appui pour la réinsertion socio-économique**

Nbre ASC	Nbre de familles suivies	Nbre moyen/ASC	Appui AGR	Appui mutuelle
74	1951	26	143	64

- Charge de travail des ASC

Les 74 ASC suivent régulièrement une moyenne de 26 familles (avec un minimum de 4 et un maximum de 61). Plusieurs ASC nous disent que leurs familles se plaignent parfois car elles souhaitent aussi pouvoir bénéficier du programme, compensant ainsi dans une moindre mesure le temps passé comme bénévole dans l'accompagnement des malades.

- Groupe de parole

Le Chef de projet BADEC facilite des sessions de groupes de paroles organisées dans les communautés de 2 communes. Un groupe réunit les personnes avec le même type de problème (trouble mental ou épilepsie), qui ont été prises en charge dans une FoSa et qui sont stabilisées. Ce groupe est sensibilisé et convoqué par les ASC ; il se réunit 1 à 2 fois par mois. Pendant ces rencontres, les participants échangent sur leurs expériences et les effets des PeC. Ils échangent également sur comment chacun reprend le cours de sa vie, l'éducation, les travaux familiaux et les relations sociales. L'ensemble du processus renforce l'estime de soi et diminue les sentiments d'exclusion.

- Appui aux associations des malades

Dans plusieurs communautés, les familles des malades et les leaders communautaires ont créé une association d'assistance et de solidarité. Par de petites contributions, les membres s'engagent à apporter des appuis aux plus démunis. Comme dans les groupes de parole, ces réunions sont des moments précieux pour s'appuyer mutuellement et pour renforcer la cohésion. Dans certains cas, les associations ne survivent pas quand leur coordinateur ne dispose pas des capacités minimales de conduite et de gestion.

### 3.4.1.3. Impact et durabilité

Les détresses psychologiques ne sont pas des maladies chroniques. Elles peuvent être soignées de manière efficace, permettant aux personnes de reprendre totalement leurs rôles et tâches dans la famille et la communauté. L'appui aux AGR ainsi que l'appui des ASC à la mise en œuvre de ces actions soutient les processus de guérison et de réintégration socio-économique. L'impact des interventions est donc important ; pas seulement pour le bien-être de la personne même, mais aussi pour le bien-être et la résilience des familles et de la communauté.

Cette approche sera durable si, durant les 2 années qui restent, BADEC/LC pourra mettre en place des recyclages pour les ASC et des formations de formateurs ASC qui pourront à leur tour, dans les années à venir, former d'autres ASC dans les communes environnantes (voir recommandations 3.2.5.2.).



### 3.4.2 Recommandations

- Développer un manuel dans lequel l'ensemble des interventions décrites dans les chapitres 2 (sensibilisation, identification, orientation, suivi) et 3 (interventions psychologiques, groupe de parole, appui réintégration, ...) sont reprises à destination des agents dans la communauté. Ce manuel pourra être utilisé lors des supervisions, recyclages ou formations ultérieures des ASC ou autres agents communautaires qui interviennent dans les champs du social, genre, développement, et éducation. Il pourra trouver son inspiration dans le guide 'Mental Health Community Toolkit' ;
- Développer et mettre en œuvre une approche associative pour l'appui aux AGR : au lieu d'appuyer les personnes/familles sélectionnées, les ASC et/ou d'autres agents/leaders associatifs dans la communauté pourraient être formés à coordonner les AGR avec les membres de l'association (évaluer les besoins, les ressources et les projets, suivi de l'AGR, gestion financière, conduite des réunions, rapportage). BADEC serait ainsi moins directement responsable pour l'intervention d'appui mais aurait, en association, plus un rôle de conseiller/superviseur des ASC/patients dans la conduite des projets associatifs. Le but à atteindre sera de construire et de bien renforcer les capacités des communautés à être résilientes de manière durable ;
- Recyclages ASC : voir aussi Recyclages/supervision 3.2.5.2.
  - Interventions psychosociales :  
Pouvoir distinguer et délivrer une intervention adéquate avec les personnes en détresse psychologique.
    1. Celles pour qui une écoute et un premier secours psychologique (voir le Guide OMS 'Les premiers secours psychologiques : guide pour les acteurs de terrain') sont indiqués et suffisants ;
    2. Celles qui ont besoin d'un counseling visant à développer les capacités des personnes à mieux gérer leurs tensions et à résoudre des conflits et des problèmes relationnels et/ou en famille (voir le guide mhGAP et guide OMS 'Problem Management Plus (PM+)') ;
    3. Celles dont les détresses et plaintes sont l'expression d'une condition mentale indiquée dans le guide mhGAP comme 'dépression modérée ou sévère' ou 'autre plainte émotionnelle importante ou médicalement inexplicée'. Il s'agit des personnes pour qui, une intervention du type 1 et 2 ne suffit pas et une évaluation et une PeC sont nécessaires.
  - Soins personnels ('Self care') :  
Etre attentif aux signes de surcharge émotionnelle et risque de 'burnout' ainsi qu'aux mesures à prendre pour sauvegarder un équilibre psychologique de soi-même et de sa propre famille. Les charges importantes, mais aussi les tâches liées aux autres maladies (VIH, paludisme, TBC,..) ainsi que la confrontation continue avec les détresses psychologiques dans la communauté peuvent amener l'ASC à mettre en danger son propre bien-être et celui de sa famille.
  - Interventions appui associatif : former des ASC/autres agents communautaires à appuyer les associations pour la mise en œuvre d'AGR (à inclure dans le manuel communautaire).

### **3.5. Activités en synergie avec LC**

#### **3.5.1. CNP Kamenge / CNP Ngozi**

Dans le cadre de ce projet, le personnel du CNPN et CNPK a contribué à la formation et à l'accompagnement des prestataires formés dans les FoSa et des ASC. Le stage des prestataires a été effectué dans le CNPK.

BADEC/LC travaille avec le CNPK pour le plaidoyer auprès des autorités politico-administratives et sanitaires.

Le CNPK reçoit éventuellement les cas de santé mentale plus compliqués. En 2018 et 2019, les prestataires des CDS et HD n'ont pas eu besoin de référer des cas au CNPN/CNPK. Dans quelques cas, un prestataire a demandé conseil par téléphone. Les FoSa confessionnelles partenaires du projet font, en cas de besoin, un appel urgent au CNPN pour un psychotrope. En 2018, les psychotropes du stock du DS qui allaient arriver à expiration ont été repris par le CNPN et utilisés.

Lors de la visite de terrain, l'évaluateur a conseillé aux prestataires soignants du CNPN de contre-référer auprès des institutions sanitaires proches de leur famille/communauté pour la poursuite de la PeC, les patients en traitement aux CDS et aux communautés (ASC).

#### **3.5.2. AGR et mutuelles de santé**

Dans le cadre du programme quinquennal financé par la DGD, les Acteurs Non Gouvernementaux VSF, projet élevage des chèvres, et LC, projet Mutuelles de santé, ont travaillé en synergie. Comme présenté dans le point 3.4.2, un appui a été donné au développement des AGR et à l'obtention de la Mutuelle.

Ce type de synergie sur le terrain est très utile et gagnant-gagnant pour les 3 projets ainsi que pour la communauté. Dans la mesure du possible, elle devrait pouvoir être étendue et renforcée en 2020 et 2021.

### **3.6. Organisation, au niveau du District Sanitaire, de l'ensemble des activités pour une intégration effective de la Santé Mentale**

#### **3.6.1. Organisation des activités**

A mi-parcours, nous constatons que BADEC/LC a bien mis en œuvre un ensemble d'activités ayant pour objectif d'apporter les soins au plus près de la population. Il a pris soin de mobiliser la communauté et d'établir des liens entre les parties prenantes sur le terrain, entre les activités et les niveaux. Il s'inscrit donc parfaitement dans la politique d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires du pays (CDS, HD et communauté).

Il est évident, qu'intégrer effectivement les soins mentaux dans les structures primaires et la communauté, est un défi d'envergure qui demande un plan et un suivi. On peut organiser des formations et des activités mais, elles ne s'avèrent pas durables, si elles ne sont pas intégrées dans le plan d'action du District (coordonné, géré, monitoré, évalué et développé).

### Nota bene :

Nous avons souvent fait référence au programme mental health-GAP de l’OMS. Ce programme a élaboré les contenus, les stratégies et les priorités pour rendre opérationnelle l’intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. Ces recommandations sont applicables et adaptables au contexte burundais. Le guide du mhGap décrivant les soins en santé mentale a déjà servi de base aux formations de formateurs burundais lors des formations en 2018. Elles ont été appliquées ensuite d’une part, lors des formations des médecins, des infirmiers, des psychologues et d’autre part, lors de formation donnée aux travailleurs/assistants communautaires dans divers contextes.

Le modèle mhGap est actuellement accepté par une large majorité de pays, d’ONG et d’organisations internationales (OMS, HCR, ...). Pour la partie opérationnelle, l’OMS a établi un ensemble de conseils à prendre en compte et, dans une certaine mesure, à adapter au contexte socio-culturel et à la situation actuelle du pays concerné.

Récemment, l’International Medical Council (IMC) a également développé et rendu accessible une ‘boîte à outils’ pour une intégration effective. Ces outils ont été mis en place par les responsables de l’OMS et du HCR, d’experts internationaux (dont j’ai fait partie) et d’ONG. Ces recommandations peuvent aider LC dans la mise en place d’un système de suivi, de monitoring et d’évaluation des différentes composantes du projet UE et d’une réflexion du projet Izere.

### **3.6.2. Recommandation**

L’auto-évaluation et les analyses faites nous amènent à constater que cette dimension organisationnelle du système de santé au niveau opérationnel (le DS) n’est pas encore élaborée. Le fait qu’il n’existe pas de Paquet Minimum d’Activités (PMA) en est une illustration. Même si plusieurs composantes de l’organisation des soins sont du ressort des instances régaliennes dirigeantes du MSPLS et de la Province Sanitaire et que les normes ne sont pas encore adaptées selon les Directives actualisées, les équipes et responsables du DS pourraient concevoir et mettre en place un plan d’action pilote pour la SM. Les recommandations dans le chapitre 3 peuvent servir de point d’entrée. Sur base du partenariat, BADEC/LC peut initier et appuyer les DS et leurs équipes dans cette phase d’opérationnalisation.

### **3.7. Facilitation de la mise en place de la santé mentale dans le pays. Plaidoyer pour la santé mentale auprès des instances décisionnelles burundaises**

#### **3.7.1. Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non-Transmissibles (PNILMCNT)**

Nous avons pu rendre visite et échanger, avant et après l’auto-évaluation à Ngozi, avec le Directeur du PNILMCNT au MSPLS (dont la santé mentale fait partie). Sous l’impulsion du Directeur de ce Programme, une sensibilisation et une mobilisation a eu lieu. Les autorités sanitaires et politiques nationales reconnaissent les besoins importants en santé mentale de la population. Ils mettent en place les stratégies nécessaires pour le développement et l’intégration des soins de santé mentale dans les structures publiques et la pyramide des soins. Récemment, le Programme a bénéficié, pour remettre à jour les Directives Nationales en Santé Mentale, des

conseils du Conseil du Cabinet du Ministre SPLS et des membres du projet Résilience/UE Consortium MEMISA, (Enabel, MSV, LC et MEMISA), dit Twiteho Amagara.

Le Directeur du Programme a entamé les démarches nécessaires auprès des départements du Ministère, afin d'explorer et d'adapter les normes sanitaires et consignes administratives qui ont un impact direct sur les PeC (liste des médicaments essentiels, CAMEBU, mutuelle, CAM, protocoles de PeC). Sur ordre du Ministre de la Santé, il a participé à la visite et aux rencontres avec les gestionnaires, prestataires, ASC et bénéficiaires à Ngozi. Via ce contact très direct avec le 'terrain', il a pu observer le travail de BADEC/LC et des agents, ainsi que l'accueil et l'appréciation de la communauté. Il a contribué aux échanges et aux recommandations. Le Directeur a proposé que lors d'une éventuelle prochaine visite, l'évaluateur puisse contribuer aux travaux du Conseil du Cabinet du Ministre et exposer les fruits de ses démarches et évaluations aux autorités du Ministère.

Nous avons été bien accueillis par le Gouverneur de la Province de Ngozi qui est très sensible au développement des interventions de santé mentale autant, au niveau des FoSa, que dans la communauté. Il a plaidé en faveur de l'accroissement des sensibilisations auprès des agents qui sont en contact direct avec le public (police, justice, ...) et de l'augmentation des appuis en AGR et mutuelles de santé.

### **3.7.2. Gouvernement Province Ngozi**

Un long échange a pu avoir lieu avec le Gouverneur de la Province de Ngozi qui s'est montré très au fait des besoins et de la politique de santé mentale intégrée dans les SSP. Il a apprécié la valeur ajoutée des interventions faites par le Projet IZERE : la prise en compte de la dimension communautaire, les formations des intervenants en matière de santé mentale, l'appui aux ASC en kit de déplacement, l'appui en AGR aux patients stabilisés, les groupes de parole, l'incitation aux mouvements associatifs (10 groupements) de patients dans les communes d'intervention, les cas d'évolution positive des malades mentaux et épileptiques.

Le Gouverneur n'a pas manqué de donner quelques pistes d'action permettant de mieux faire évoluer le domaine de la santé mentale :

- Privilégier une approche multisectorielle au niveau de la sensibilisation et de la formation afin de toucher les agents de certains services dont les comportements inappropriés sont, le plus souvent, à l'origine de certains troubles mentaux observés dans la communauté. Ici, le Gouverneur de Province a prioritairement pointé du doigt les secteurs de l'administration du territoire, de la justice et de la police ;
- Se pencher beaucoup plus sur des cas de traumatismes qui, s'ils ne sont pas traités à temps, peuvent évoluer en maladies mentales ;
- Se focaliser beaucoup plus sur les activités à impact rapide et visible au lieu de concentrer presque tous les moyens aux séances de sensibilisation et de formation ;
- Qu'au terme de cette mission d'évaluation, BADEC/LC puisse organiser une séance de restitution ;
- Explorer les possibilités d'intégration d'un psychologue dans les structures de prise en charge des maladies mentales ;

- Améliorer le service d'accueil dans les formations sanitaires pour éviter d'ajouter le drame au drame ;
- Privilégier le préventif en axant les efforts dans la promotion des droits de l'homme.

### **3.8. Organisation de la recherche et des capitalisations**

Résultat 4 attendu : les connaissances produites par le programme sont mises en évidence, valorisées et diffusées.

- Recherche sur les déterminants connus et hypothétiques des problèmes de santé mentale dans le contexte burundais (cumulatif)

Les rapports trimestriels du projet rapportent la visite d'un doctorant et des Professeurs de l'Université Catholique Louvain (UCL) sur le projet.

Si les moyens (humains et financiers) le permettent, il y aurait un intérêt à mettre en place une recherche opérationnelle, qui viserait à évaluer :

- (1) La satisfaction des bénéficiaires et de leur famille/aidant au sujet de la prise en charge par genre, par type de soins et par catégorie de trouble/détresse ;
- (2) L'impact de celle-ci sur l'évolution de leur état psychique et physique en termes de plaintes et de rétablissement d'un bien-être psychosocial.

Des instruments simples qui peuvent mesurer cet impact existent, mais avant de les utiliser avec un échantillon choisi au hasard, il faudrait traduire les échelles en langue nationale, le kirundi. Ces recherches pourraient produire des connaissances nouvelles et des données sur les interventions et l'organisation des soins intégrés au niveau communautaire. Elles donneraient lieu à des recommandations et des publications de cette expérience pilote.

- Capitalisation

Les données recueillies par BADEC/LC sur les 2 années de PeC (2018-2019) peuvent faire l'objet d'analyses comparables à celles que nous avons faites pour l'évaluation. Il serait aussi utile de noter quelques études de cas de PeC, afin de pouvoir les utiliser dans le cadre de recyclages et formations et les inclure dans une synthèse documentaire à faire sur le projet et ses approches.

### **3.9. Renforcement des capacités du partenaire BADEC**

Résultat 5 attendu : Le partenaire BADEC est renforcé institutionnellement et assure la mise en œuvre et la durabilité des résultats du projet.

- Appréciation du consultant :

Avec l'appui technique et administratif de LC, recommandé et effectué en 2018 et 2019, les compétences à mener l'intervention ont été sensiblement renforcées. Après l'arrivée du nouveau chef de projet mi-2018, psychologue de formation, la mise en œuvre et le suivi des activités des ASC, des FoSa et des associations ont bien évolué. BADEC est en mesure de produire des rapports et des données sur les PeC, sur les activités menées et, sur les PeC qu'elle suit dans les FoSa.

- Entretien avec le responsable des programmes BADEC

Le responsable des programmes et du projet IZERE assure le suivi-évaluation et il a participé à l'élaboration dudit projet. Le résumé des forces et faiblesses du projet sont selon lui :

- Forces :

- Le point important est la prise en charge communautaire qui a montré des résultats positifs.
- Une PEC médicale est bien menée avec dotation aux FoSa d'un kit de médicaments de démarrage (même si cela reste insuffisant).
- L'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires est un processus qui ne fait que commencer.

- Faiblesses (ce qui n'a pas marché comme prévu) :

- Financement disponible insuffisant par rapport aux besoins de la communauté ; personnel alloué au projet réduit vu les activités.
- Difficultés de suivre tous les indicateurs du projet puisque cela demande du personnel. Les patients qui ont besoin d'être accompagnés sont plus nombreux que ceux qui sont touchés aujourd'hui. Cependant, malgré les 7000 bénéficiaires prévus par le projet, on relève encore plus de besoins au sein de la communauté.
- Il y a de la frustration au sein des responsables BADEC : Responsable programme et Secrétaire Exécutif.
- Le projet ne contribue pas aux activités de coordination des programmes. Le travail du responsable des programmes n'est pas prévu dans le projet ; le responsable des programmes BADEC le fait bénévolement ce qui conduit à des frustrations (avec risque de souffrance du travail) par rapport au projet IZERE avec certains risques de détérioration des relations.

- Entretien avec le Chef du Projet IZERE

- Par rapport aux indicateurs de base, l'évolution est bonne.

- Le problème de déplacement a été résolu pour l'instant (existence d'un véhicule et d'une moto affectés au projet)

- Rémunération faible : il est demandé de rehausser les salaires (Chef du Projet, comptable, assistant social et planton). Malgré la majoration de 10% en 2018, le salaire reste faible. Ils espèrent l'amélioration du traitement salarial avec le projet TWITEHO AMAGARA/UE.

- Recommandations pour les activités

- Dans l'optique du développement de la SM à une grande échelle, former des formateurs localement qui formeront les ASC et prestataires.
- Selon le Chef de projet, les résultats au niveau des 2 structures - confessionnelle et publique - sont nettement différents. Il faut penser à agir sur différents facteurs pouvant influencer la performance des structures afin de les amener au même niveau de qualité.
- Il faut penser à des contrats basés sur la performance, à des indicateurs pour mesurer la satisfaction des bénéficiaires et l'impact sur l'état mental et l'autonomie des patients.
- Avoir un fichier d'enregistrement des données.
- Etudier les mécanismes de subvention afin de garantir l'accessibilité et la régularité du traitement des patients

## Chapitre 4 : Évaluation et Hypothèses selon la Théorie du changement

5 hypothèses ont été formulées dans le document de projet initial. Les analyses des résultats permettent d'y répondre par le feedback suivant :

Hypothèse 1 : La déstigmatisation des problèmes de santé mentale auprès des populations aboutit rapidement chez celles-ci, à une forte augmentation en demande de soins (CARE) souvent exprimée en premier lieu par les femmes (80%) ensuite, par les hommes et finalement par les familles.

*Feedback : La sensibilisation et l'orientation aboutissent à une identification de besoins mais ne débouchent pas sur une demande et les PeC correspondantes aux besoins importants.*

Hypothèse 2 : Dans un pays comme le Burundi, les organisations confessionnelles sont capables de soutenir la population dans le domaine de la santé mentale.

*Feedback : Correct.*

*Note : L'évaluation constate qu'il y a peu de différence dans la qualité et la quantité des soins entre les CDS et hôpitaux publics. Etant chacun responsable de la santé de la population d'un district, les mêmes normes et moyens doivent être disponibles pour les structures publiques comme confessionnelles. Une coopération entre les deux types de structures est essentielle afin de garantir l'application des références, les soins et les formations.*

Hypothèse 3 : La typologie des 3 cercles (bio-psycho-sociétal) est un modèle simple, clair, puissant et reconnu aujourd'hui par la société scientifique (OMS) afin de faire passer les concepts clés de santé mentale aux intervenants de ce domaine.

*Feedback : Correct. Le programme mental health GAP en est la mise en application. Il est important que ces trois cercles soient bien intégrés dans la conception et l'offre des soins.*

Hypothèse 4 : La partie mentale des maladies a trop souvent été oubliée et nécessite une attention particulière jusqu'à ce qu'elle fasse entièrement partie des soins de santé primaires.

*Feedback : Correct.*

Hypothèse 5 : Dans un pays comme le Burundi, les systèmes locaux de santé restent les structures les plus efficaces pour assurer les soins de santé de base auprès des populations totalement démunies.

*Feedback : Correct.*

## Chapitre 5 : Conclusions de l'évaluation du projet IZERE

IZERE est un projet innovateur qui met en œuvre des approches pertinentes ancrées dans la communauté et qui est construit sur les ressources humaines et culturelles présentes.

L'évaluation à mi-parcours a permis de vérifier l'état d'avancement et les performances du projet. Nous estimons qu'en général les changements escomptés pourront être atteints à l'échéance du projet.

Les sensibilisations, orientations, prises en charge médicales et psychosociales des personnes et le suivi des personnes souffrant de troubles mentaux, d'épilepsie ou de détresses psychologiques de santé mentale sont mis en œuvre comme prévus. Les attentes concernant la distribution de genre (50% femmes et plus) sont réalisées. Le projet, en particulier les approches au niveau de la communauté, sont novatrices et les soins/appuis sont appréciés par les bénéficiaires.

Les visites, les entretiens et l'analyse des données sur les PeC ont été soumis aux 5 critères CAD. Certains résultats demandent une attention particulière.

Les plus importants sont :

- Par rapport à la prévalence estimée et en particulier, pour les catégories des personnes avec trouble mental ou dépression, qui ne sollicitent pas ou trop peu de soins aux FoSa.
- Un tiers des personnes identifiées pour trouble mental ou épileptique et qui ont été orientées, bénéficie de soins dont un tiers ne suit pas régulièrement la PeC ou l'arrête et un tiers ne s'adresse pas aux FoSa. Les causes sont multiples :
  - ✓ Difficultés de la population à payer les soins
  - ✓ Absence ou approvisionnement irrégulier de psychotropes
  - ✓ Nombre trop restreint de consultations avec les soignants
  - ✓ Focalisation sur la dimension pharmacologique
  - ✓ Négligence des facteurs psychologiques et sociaux des plaintes et de la PeC au niveau des FoSa,
  - ✓ Attachement à des conceptions culturellement ancrées de la maladie et des soins
  - ✓ Suivi insuffisant
  - ✓ Autres...
- Les besoins des personnes en détresse psychologique suite aux conflits et violences intrafamiliales sont plus importants que prévus. Les capacités techniques et les ressources pour apporter des solutions au niveau de la communauté sont à renforcer.

Le projet démontre le besoin urgent et l'importance d'un plaidoyer accru en vue d'adapter structurellement - au niveau du PNILMCNT - un ensemble de normes et d'outils (paramètres des listes des médicaments essentiels et du système d'information sanitaire, CAMEBU, outils divers, financement des soins, mutuelles).



Pour renforcer l'efficacité et la durabilité de l'ensemble des composantes (formation, prise en charge, suivi et interventions communautaires, sensibilisations, contacts avec autres secteurs), il est important d'élaborer et de mettre en œuvre au niveau du District Sanitaire un plan d'action, une organisation, une gestion et une coordination avec les FoSa et la communauté. Il permettra d'apporter des solutions aux difficultés constatées, de garantir l'intégration des soins de santé mentale dans le paquet d'activités des CDS et HD et permettra d'appliquer la répartition des responsabilités et les références en cohérence avec la pyramide du système de soins de santé.

## Chapitre 6 : Projet résilience santé UE dit TWITEHO AMAGARA

Ce chapitre se concentre sur le projet Résilience de l'Union Européenne (UE) « Twiteho Amagara » Consortium MEMISA, qui est complémentaire au projet SM financé par la DGD.

- Réunion Directives nationales d'intégration de la santé mentale

L'évaluateur a analysé le cadre général d'intégration des soins de santé mentale tel que proposé à l'UE par le consortium MEMISA dans le cadre du programme Résilience, composante santé « Twiteho Amagara ». Il a analysé également la version validée des directives nationales d'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé du Burundi.

L'évaluateur a participé à la réunion des membres du Consortium et de l'équipe du PNILMCNT chargés de l'intégration des commentaires des membres qui ont validés le document des directives nationales d'intégration de la santé mentale.

Il a pu partager ses réflexions et donner son feedback. Sa proposition pour le paquet d'activités communautaires a été pris en compte.

D'autres échanges ont porté sur la pérennisation/durabilité des actions. Le Ministère s'appropriera ces directives nationales et recommandera à tous les intervenants en SM de les appliquer afin d'harmoniser les interventions quel que soit la zone d'action. L'intégration de la SM dans le paquet des soins de toute la pyramide sanitaire est un long processus nécessitant un investissement au niveau du suivi, de l'accompagnement et de l'évaluation. Donc, il faudra être patient et présent dans l'opérationnalisation.

Pour la question des médicaments psychotropes et la liste de ceux proposés dans les directives nationales d'intégration des soins de SM, le choix s'est basé sur la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) ainsi que sur la liste des médicaments psychotropes essentiels proposés par l'OMS par niveau de soins.

Le PNILMCNT doit jouer un rôle essentiel pour que les médicaments psychotropes soient intégrés dans la LNME. De plus, le gouvernement burundais doit élaborer un plan de financement de ces médicaments avec appui de différents partenaires.

- Échanges techniques avec ENABEL

Lors des échanges techniques avec l'Expert en Santé Mentale de l'ENABEL et la Coordinatrice Santé Mentale de Louvain Coopération, l'évaluateur a pu apporter son expertise sur la manière de mettre en œuvre le projet TWITEHO AMAGARA ; il a suggéré des propositions sur l'organisation des sessions de formations.

- Réunion de présentation des résultats de l'auto-évaluation du projet IZERE aux membres du Consortium

L'évaluateur a présenté et communiqué ses expériences et visites du projet IZERE ainsi que les évaluations qu'il a réalisées dans d'autres pays. Comme ce rapport apporte un certain nombre de constats qui sont utiles pour la mise en œuvre du projet TWITEHO AMAGARA, l'échange et la discussion ont été très riches et bien appréciés.

## **Chapitre 7 : Entretiens du consultant et de l'équipe LC avec le Dr Etienne NIYONZIMA, Directeur du PNILMCNT et rencontres avec le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PNILMCNT). Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA**

(PV Félix BANYANKINDAGIYE, Assistant Technique LC)

### Présentation des résultats

L'évaluateur a présenté les constats et conclusions de son travail d'auto-évaluation du projet IZERE. Il a notifié que le projet de santé mentale IZERE est bien réalisé, dans les formations sanitaires (FOSA) et, dans la communauté.

Les pathologies prises en charge sont : l'épilepsie, la détresse psychologique et les troubles mentaux.

Le constat est que les troubles mentaux sont presque absents des soins de santé. Il faudra donc faire des efforts d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé mais, ce processus prendra plusieurs années.

Il indique cependant que c'est une période propice pour des avancées ; en effet, il y a actuellement des directives à suivre claires ainsi que des prestataires et des ASC formés. Mais, il manque encore le protocole à suivre et il faut aussi que les patients arrivent à la FOSA pour pouvoir bénéficier du traitement.

En ce qui concerne les formations des prestataires, il faudra privilégier des recyclages focalisés sur la pratique concrète de cas suivis dans les structures du DS ; il faudra pour cela utiliser un protocole d'interventions et le manuel mhGAP.

Lors de l'analyse des difficultés des patients, on note un déficit dans la prise en compte des facteurs psychosociaux, le plan de prise en charge au FOSA et le suivi. L'accompagnement psychologique et social dans la communauté est fait par les ASC. Ces ASC et les prestataires manquent de formation adéquate en ce qui concerne les détresses psychologiques liées aux nombreux cas de violences conjugales. Il y a un manque de contre-référence entre HD, CDS et communauté. L'organisation des soins en santé mentale et le fonctionnement des structures selon la pyramide des soins ne sont pas encore intégrés.

Le but recherché est que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) influence les DS et que le patient reçoive dans la FOSA la plus proche, des soins de santé ; au CDS d'abord et, si nécessaire ensuite, à l'HD. Notons que les patients qui ont peu de moyens peuvent avoir accès aux soins s'ils sont intégrés dans le paquet.

Le nouveau projet TWITEHO AMAGARA peut aider à cette intégration avec l'appui du Gouvernement. S'il y a d'autres bailleurs (pour les réfugiés, violences faites aux femmes, victimes du VIH, santé mentale, ...), il faudra les inviter à intégrer la santé mentale dans la pyramide de soins.

Au niveau du DS, il faudra l'appuyer pour que l'intégration soit effective durant les 2 années qui restent pour le projet IZERE.

A propos des médicaments dans le DS Kiremba, BADEC/LC a donné initialement un stock de démarrage mais le DS ne l'a pas renouvelé. Avec IZERE et TWITEHO AMAGARA, il faudra favoriser la contractualisation de ce point afin que le DS puisse renouveler le stock. Il faudra également les persuader afin que le phénobarbital, l'haldol, la carbamazépine et un antidépresseur soient disponibles durant toute l'année et dans toutes les FoSa.

## Les points discutés et les suggestions faites

Pour ce qui concerne les médicaments, le Directeur du PNILMCNT va s'adresser au DPML avec, le Dr Jeanine (LC) et le Dr Achour (Enabel), en vue de mettre en avant la nécessité d'intégrer les psychotropes dans la liste des médicaments essentiels à tous les niveaux de soins. C'est dans le souci d'assurer la pérennisation.

L'autre point concerne la gestion des données par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il n'y a pas de distinction entre les anciens et les nouveaux cas, du moment que le traitement des maladies chroniques est appliqué sur une longue période. Il faut donc arriver à définir clairement les nouveaux et les anciens cas.

Concernant les stratégies du CNP Ngozi, on constate que le modèle des cliniques mobiles ne répond pas, comme conseillé par l'OMS et recommandé dans certains documents du MSPLS, aux modèles des soins de santé mentale intégrés au niveau des CDS et HD. Il y a lieu d'orienter d'abord, les malades vers les CDS, en combinaison avec un suivi dans la communauté. Les formations et les ressources financières doivent favoriser ces parcours thérapeutiques. Les ASC et le soignant sont complémentaires. Il faut inclure lors des formations des prestataires et des ASC, un module sur le respect de la pyramide des soins, des responsabilités et du système de référencement.

## Retour et points de vue du Directeur

Il remercie l'évaluateur pour son exposé et sa visite. Il partage la même vision et remercie LC pour le projet entrepris et pour les approches utilisées dans la mise en œuvre du projet, démontrant ainsi au MSPLS, que les FOSA sont capables d'intégrer les soins de santé mentale dans leurs activités.

Il présente son point de vue sur différents points :

a. Décentralisation des soins : c'est un point très important. Dans la pyramide des soins (taskshifting), la tâche du CNPK est de fonctionner comme une institution de soins spécialisés pour les cas difficiles, la réalisation des examens complémentaires, les hospitalisations, les prises en charge psychiatriques et psychologiques ainsi que de contribuer aux formations et aux supervisions.

*Conseils : éviter pour les maladies mentales, un système parallèle aux soins de santé ; dans un esprit de santé publique communautaire, promouvoir des soins proches du lieu de vie et les moins coûteux possibles. CNPK devrait appuyer les CDS et éviter les cliniques mobiles.*

b. Formation : en tant que Directeur du programme, il insiste pour le renforcement des capacités. LC a besoin d'étendre le projet IZERE aux autres CDS et communes : avec le projet TWITEHO AMAGARA, cela va pouvoir se faire. Mais, préalablement, il faudra élaborer des protocoles de PeC qui seront utilisés lors des formations avec une définition du paquet par niveau (CDS, HD, ...). Ces protocoles sont des outils à mettre en place urgemment.

c. Assistance psychosociale : pour toutes les maladies et détresses mentales, neurologiques et, celles liés à l'usage des substances psychoactives, les soins doivent inclure les composantes et facteurs psychosociaux ; tous les troubles mentaux (liste mhGAP) n'ont pas besoin de traitement médical ; une simple prise en charge psychosociale peut suffire.

d. Système de soins : la coordination du système de soins doit être assurée par le niveau central et les DS doivent être chargés du suivi de la mise en œuvre des stratégies du MSPLS au niveau périphérique.

e. PBF : il faut intégrer les indicateurs de santé mentale dans le PBF. La question est de savoir si ces indicateurs existent sur le terrain. Il faut absolument intégrer les soins dans les CDS.

f. Projet TWITEHO AMAGARA : Mutualités : les bénéficiaires des mutuelles sont contents jusqu'à un certain point : le point de vue qui prédomine est que les mutuelles communautaires ne prennent pas en charge les maladies chroniques sauf, les épilepsies.

g. Données : le paramétrage des indicateurs de SM dans le DIHS2 s'avère indispensable avec, une nouvelle définition des anciens et nouveaux, propre aux maladies mentales. Pour ce faire, le Directeur va contacter les assistants techniques de l'ENABEL ainsi que le consortium MEMISA afin de plaider pour l'intégration des indicateurs SM dans les différents outils de collectes de données.

h. Médicaments : c'est un défi ; la méthodologie suivie actuellement par IZERE n'a pas permis le renouvellement du stock par les DS. Y a-t-il eu un suivi ? Il ne suffit pas de donner le stock et de partir, il faut aussi s'assurer de sa gestion.

La question est de savoir comment faire efficacement la gestion et le suivi des médicaments ainsi que son contrôle ? Pour le Directeur, il faut résoudre ce problème ; via par exemple, un appui au CAMEBU afin que les DS aillent s'y approvisionner directement. La question qui se pose est de savoir si les médicaments psychotropes sont disponibles à la CAMEBU.

Le Directeur précise que les demandes existent : 4 personnes sur 10 souffrent d'un trouble mental selon l'étude réalisée par la Coopération Suisse. Cependant, actuellement, peu de FOSA ont pu déjà intégrer les soins de santé mentale dans leurs paquets d'activités.

En attendant, comme autres voies de solution, les médicaments psychotropes devront être intégrés dans la LNME ; un plaidoyer d'intégration des soins de SM dans les activités des FoSa doit cependant continuer.

i. Besoin de coordination : à chaque niveau de la pyramide sanitaire, la coordination devra être assurée afin d'éviter les doublons. Pour les projets IZERE et TWITEHO AMAGARA, cela se fera via des projets croisés pour la santé mentale. Avec la Coopération Suisse, il est prévu des échanges ; cependant, il est important que le MSPLS assure la coordination.

Au niveau du MSPLS, un plan stratégique opérationnel a été élaboré et il est de son ressort d'en faire le suivi de sa mise en œuvre.

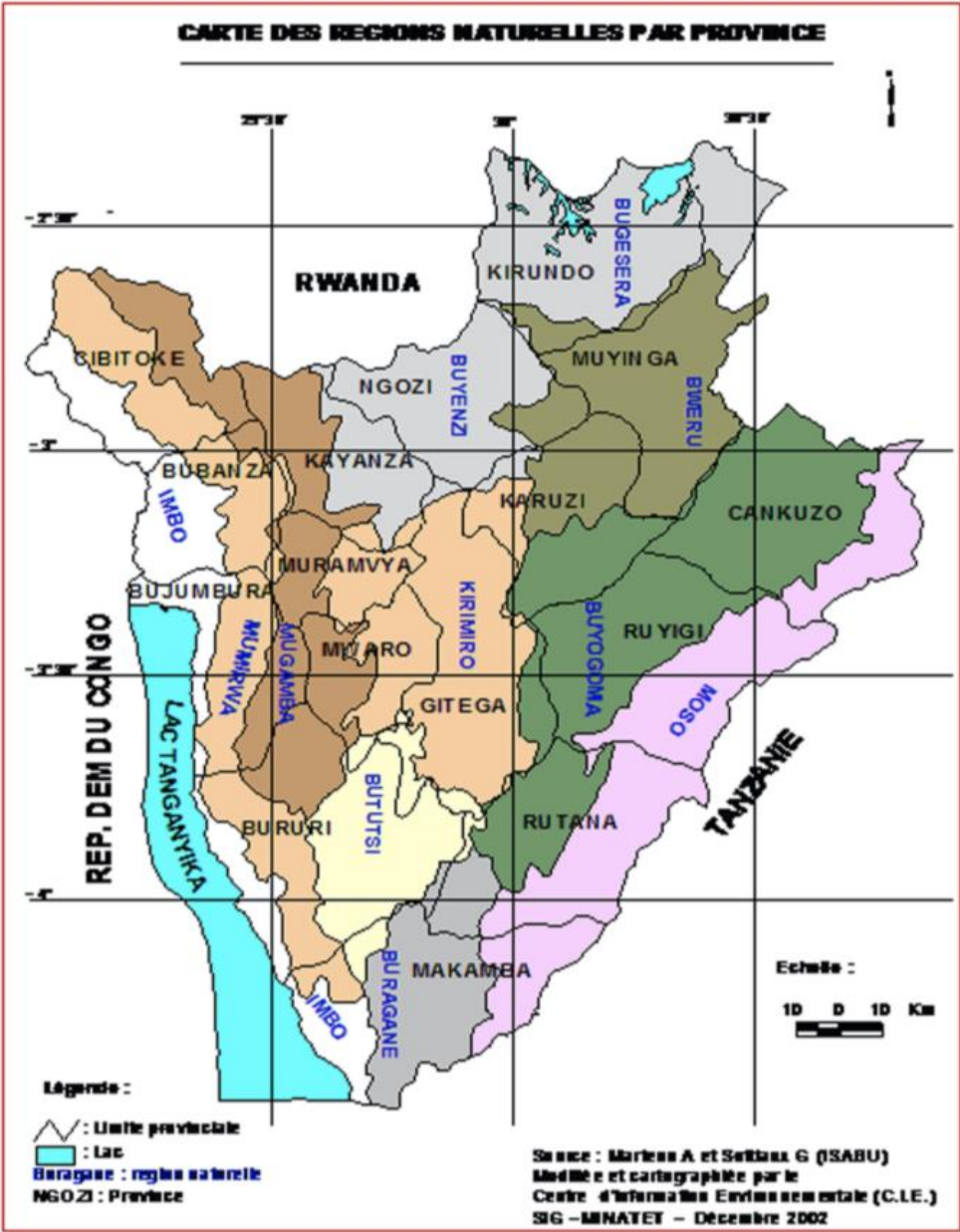
j. Aspect prévention : pour le moment, on agit sur la prise en charge. Mais, l'enquête de la Coopération Suisse montre qu'il y a des problèmes ou facteurs de risques sur lesquels il faut agir. La solution, sera de prendre en compte ces facteurs de risque lors des formations.

L'évaluateur propose en attendant le paramétrage des données de santé mentale dans le SNIS et, la mise en place des outils de suivi et de PeC, de créer un modèle de pointage avec indicateurs par DS. Cela peut être installé temporairement dans le projet TWITEHO AMAGARA.

Point focal santé mentale : privilégier un superviseur et pas le médecin chef de district car celui-ci n'a pas de temps à consacrer à ce point. Il faut aussi un point focal dans le CDS et HD.

# **ANNEXES**

Annexe 1 : Carte Burundi



## Annexe 2 : Planning de la mission d'auto-évaluation / Projet IZERE/DGD

Date	Horaire	Activités prévues	Responsable activité	Participants	Remarques
Dimanche 13/10/2019	19h00	Arrivée à l'aéroport	Jaak	Léonidas	Léonidas
	20h00 et après	Accueil et installation à l'hôtel.	Jaak	Jaak et Léonidas	Réservation faite à Hôtel SAFARI Gate  Chauffeur
Lundi 14/10/2019	8h00 – 12h00	Visite du bureau Direction Nationale de LC (DNLC) Burundi	Léonidas	Jaak, Léonidas, Félix et Jeanine	Accueil et présentation de Dr Jaak  Discussion sur le programme.
		Echange et préparation sur la mission d'auto-évaluation à Ngozi	Jaak	Jaak, Léonidas / Félix et Jeanine	Jaak
		Validation du programme de la mission	Jeanine	Jaak, Félix et Jeanine	Jeanine
	12h00 – 14h00	Pause	Jaak		Chauffeur
	14h00 - 16h00	Travail avec Dr Achour sur les directives nationales d'intégration SM dans les FOSA	Jaak	Jaak, Jeanine, Félix et Achour	Au bureau de LC
	16h00 – 17h00	Rencontre avec Karine Schneider	Léonidas	Jaak, Léonidas / Félix et Jeanine	Au bureau d'Ambassade de Belgique
Mardi le 15/10/2019	8h00 - 9h50	Travail avec les membres du consortium Memisa et l'équipe du PNILMCNT sur le document d'intégration.	Jeanine	Jaak, Jeanine, Achour, Félix et équipe PNILMCNT	Au bureau de Memisa
	9h50-11h00	Rencontre avec le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PNILMCNT)	Jeanine	Jaak, Félix et Jeanine	Au bureau du PNILMCNT.
	11h00 - 12h30	Reprise du travail sur les directives d'intégration à Memisa	Jeanine	Jaak, Jeanine, Achour, Félix et équipe PNILMCNT	Au bureau de Memisa
	12h30 - 14h00	Pause	Jaak		
	14h00 - 17h00	Voyage Bujumbura - Ngozi	Félix	Jaak, Jeanine, Etienne et Félix	Chauffeur
		Installation à l'hôtel	Jeanine	Jaak et Jeanine	
	17h00 -18h30	Entretien avec BADEC sur étapes et méthodologie	SE	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, Secrétaire Exécutif (SE) et staff BADEC SM	Au bureau BADEC
	18h30 - 20h00	Entretien avec le Gouverneur de Ngozi sur la mission	SE BADEC	SE, Jaak, Jeanine, Etienne, Chef du Projet (CP) Fidèle et Félix	Au bureau du Gouverneur
Mercredi le 16/10/2019	8h30 -9h45	Séance de travail avec BADEC sur amendement du programme	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix et staff BADEC SM	Au bureau BADEC
	9h45 -10h00	Voyage Ngozi - Buye	CP Fidèle	SE, Jaak, Jeanine, Etienne, Félix et staff BADEC SM	



	10h00 - 13h00	Entretien avec le personnel santé mentale hôpital du district (HD) Buye	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	HD Buye
	13h00 -14h30	Visite au CDS Gatsinda	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	CDS Gatsinda.
	14h30 -15h20	Entretien avec membres COSA et ASC (groupe de 10-15 personnes)	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	CDS Gatsinda
	15h20 - 16h30	Visite des bénéficiaires d'un appui à la réinsertion socio-économique	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	CDS Gatsinda.
	16h30 - 17h15	Voyage Mwumba - Ngozi	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	
	17h15 - 17h30	Evaluation de la journée	SE	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	BADEC Ngozi
Jeudi 17/10/2019	8h00 - 8h45	Voyage Ngozi - District sanitaire de Kiremba	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	BDS Kiremba
<b>Nuit à Ngozi</b>	8h45 -10h00	Entretien avec le District sanitaire de Kiremba (Gestionnaire des médicaments)	CP Fidèle	Jaak, Jeanine et Félix, SE et staff BADEC SM	BDS Kiremba
	10h00 - 12h00	Entretien avec les malades stabilisés de Musasa en association pratiquant des AGR	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	Musasa
	12h00 – 12h30	Voyage Ngozi - District sanitaire de Kiremba	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	
	12h30 -14h30	Entretien avec Hôpital et Centre de santé Kiremba	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	HD Kiremba
	14h30 -16h00	Entretien avec membres COSA et ASC (groupe de 10-15 personnes)	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	HD Kiremba
	16h00 - 17h00	Voyage Kiremba - Ngozi	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	
	17h00 - 17h20	Evaluation de la journée	SE	Jaak, Jeanine, Etienne, Félix, SE et staff BADEC SM	Bureau BADEC
Vendredi 18/9/2019	7h45 – 8h00	Rencontre avec Médecin Provincial	Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	BPS Ngozi
<b>Nuit à Ngozi</b>	8h00 - 10h00	Visite du Centre Neuro - Psychiatrique de Ngozi	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	CNP Ngozi
	10h00 -12h00	Assister à une séance de groupe de parole en présence des agents de santé communautaires de la zone à Buye	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	A Buye
	12h00 - 12h40	Discussion avec les ASC	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	A Buye
	12h40 -13h00	Voyage Buye - Ngozi	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	
	13h00 - 14h30	Pause	SE	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	
	14h30 -16h30	Examiner les forces et faiblesses du partenaire BADEC (évolution du partenaire)	SE	Jaak, Jeanine, Félix et Chef du Programme BADEC	Au bureau de BADEC
	16h30 - 17h00	Voyage Buye - Ngozi	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix et staff BADEC SM	Chauffeur

	17h00 – 17h40	Entretien avec le District sanitaire de Buye (l'équipe cadre de district)	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix, SE et staff BADEC SM	BDS Buye
	17h40 – 18h00	Voyage Buye - Ngozi	CP Fidèle	Jaak, Jeanine, Félix et staff BADEC SM	Chauffeur
	18h00 – 19h00	Evaluation du travail de terrain	Jaak	Jaak, Jeanine et Félix	A Hôtel des Plateaux
Samedi 19/10/2019	A.M	Voyage Bujumbura - Ngozi	Jaak	Jaak, Jeanine et Félix	Chauffeur
	P.M	Mise au point par l'évaluateur sur ce qui a été observé et préparation des futures étapes	Jaak	Jaak, Jeanine et Félix	Bureau LC
Nuit Bujumbura					
Dimanche 20/10/2019	Toute la journée	Mise au point par l'évaluateur sur ce qui a été observé et préparation des futures étapes	Jaak	Jaak, Léonidas et Félix	Bureau LC
Nuit Bujumbura					
Lundi 21/10/2019	8h00 -17h00 (Pause de 12h00 à 14h00)	Présentation et discussion sur les conclusions de la mission de Ngozi	Jaak	Jaak, Léonidas, Jeanine et Félix	Bureau LC
Nuit Bujumbura					
Mardi 22/10/2019	9h00 -12h30	Préparation des activités de LC de Twiteho Amagara et orientation sur l'opérationnalisation	Jaak	Jaak, Léonidas, Jeanine et Félix	Bureau LC
Nuit Bujumbura					
	12h30 – 14h00	Pause	Jaak		
	14h00 – 15h00	Préparation des activités de LC de Twiteho Amagara et orientation sur l'opérationnalisation	Jaak	Jaak, Léonidas, Jeanine et Félix	Bureau LC
	15h00 – 16h30	Séance de travail Dr Jaak, Dr Achour, Dr Jeanine, Dr Léonidas et Félix	Jaak	Jaak, Achour, Jeanine, Léonidas et Félix	Bureau LC
Mercredi 23/10/2019	A.M	Préparation de la réunion du consortium Memisa de PM	Jaak	Léonidas, Jaak, Jeanine et Félix	Bureau LC
	P.M	Travail avec le consortium Memisa sur les grandes orientations pour la mise en œuvre du volet SM du projet TWITEHO AMAGARA	Jeanine	Léonidas, Jaak, Jeanine, Félix et membres du Consortium MEMISA	Bureau Memisa
Nuit Bujumbura					
Jeudi 24/10/2019	8h30 - 10h00	Rencontre avec Ambassade de Belgique	Léonidas	Léonidas, Jaak et Jeanine	Bureau LC
Nuit Bujumbura					
	10h00 – 13h00	Travail sur les questions à approfondir des approches et des données	Jaak	Jaak, Fidèle, Jeanine et Félix	Bureau LC
	14h00 – 16h00	Travail sur les questions techniques du projet TWITEHO AMAGARA	Jaak	Jaak, Achour et Jeanine	Bureau MEMISA
	16h00 – 18h00	Travail sur les questions à approfondir des approches et des données	Jaak	Jaak, Fidèle, Jeanine et Félix	Bureau LC
Vendredi 25/10/2019	8h00 - 10h00	Rencontre avec Directeur du PNILMCNT pour présenter les résultats de la mission	Léonidas	Léonidas, Jaak, Jeanine et Félix	Bureau LC
	10h00 - 13h00	Présentation du premier draft de rapport à l'équipe LC et BADEC	Léonidas	Jaak, Léonidas / Eugène et staff de DN LC Burundi	Bureau LC
Nuit Bujumbura					
	13h00 - 15h00	Pause	Jaak		Bureau LC
	15h00 – 18h00	Recueil des notes	Jaak	Jaak, Jeanine et Félix	Bureau LC.
Samedi 26/10/2019	Toute la journée	Travail sur les recommandations	Léonidas	Jaak, Léonidas, Jeanine et Félix	Bureau LC

<b>Nuit à Bujumbura</b>		Actualisation du PAA/LC Twiteho Amagara	Jaak	Jaak, Jeanine et Félix	Bureau LC
		Discussion sur la mise en œuvre de deux projets (DGD et UE) par l'équipe LC	Jaak	Jaak, Jeanine et Félix	Bureau LC
<b>Dimanche 27/10/2019 Nuit en avion</b>	11h00 – 12h30	Travail sur les questions à approfondir des approches et des données	Jaak	Jaak et Félix	Bureau LC
	12h30 – 16h30	Commentaire du consultant sur le rapport	Jaak	Jaak	Hôtel
	16h30 – 17h00 et après	Voyage hôtel – Aéroport de Bujumbura + Vol vers Belgique	Jaak		Vol à partir de l'aéroport de Bujumbura Véhicule et chauffeur de LC

## Annexe 3 : Personnes et équipes rencontrées

- Louvain Coopération  
Dr Léonidas MBANZAMIHIGO, Directeur National  
Dr Jeanine KAMANA, Coordinatrice Santé Mentale  
Félix BANYANKINDAGIYE, Assistant Technique en charge des Mutuelles de santé et santé mentale
- BADEC-Caritas Ngozi  
Abbé Damas NIYOKINDI, Secrétaire Exécutif de BADEC-Caritas Ngozi  
Fidèle BANEZERWE, CP projet IZERE  
Martin MINANI, Assistant social/projet IZERE  
Marius NKURUNZIZA, Responsable des programmes/ BADEC- CARITAS NGOZI
- Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS)  
Programme National Intégré de Lutte contre Maladies Chroniques Non-Transmissibles (PNILMCNT)  
Dr Etienne NIYONZIMA, Directeur du PNILMCNT  
Anicet BIGIRIMANA : cadre du PNILMCNT
- Province Ngozi  
Albert Nduwimana, Gouverneur Province Ngozi
- Consortium MEMISA  
Réunion du Consortium  
Participants : MEMISA 1 (Dr Yves), MSV 2 (Dr Kash et Dr Yves), CNPK 3 (Dr Amy Besamusca, UE 1 (Désiré), ENABEL 1 (Dr Achour), LC 3 (Léonidas, Jeanine et Félix)
- Districts Sanitaires  
Dr Oscar NIZIGIYIMANA, Médecin chef DS MWUMBA,  
Le gestionnaire de la pharmacie du DS de Kiremba  
Empêchés : MCD Kiremba, MS Province Sanitaire Ngozi
- Prestataires de soins du CDS KIREMBA (Commune KIREMBA) :  
Damien NIYOMWUNGERE, infirmier  
MUSONI, infirmier
- Prestataires de soins de l'HD KIREMBA :  
Dr NIYONGABO Eraste, Médecin Traitant  
Dr Abadie MUNYENTWARI, Médecin Traitant  
NZEYIMANA Angélique, infirmier  
Arsène KWIZERA, infirmier
- Prestataires de soins de l'HD BUYE (Commune MWUMBA)  
Dr Jean Claude NGENDAKUMANA, Médecin Directeur du HD BUYE  
Dr Christine HARERIMANA, Médecin Traitant  
Médiatrice NDUWIMANA, Infirmière  
MUHAYIMANA Militant, Infirmier  
Equipe Prestataire CNP Ngozi
- Groupe des ASC / CoSa de Gitwa, Musasa, Kiremba, Mwumba  
Augustin NIYOKINDI, ASC Colline Gitwa
- Bénéficiaires :  
Association de malades (Musasa)  
Parents des malades (commune Mwumba)  
Famille et malades de Gitwa
- DGD Belgique  
Carine SCHNEIDER, Chargée du programme Burundi dans DGD en Belgique

## **Annexe 4 : Rapportage Entretien de l'auto-évaluation avec les prestataires, DS, ASC/CoSa, Bénéficiaires, CNP Ngozi**

Des procès-verbaux ont été rédigés par Dr. Kamana (coordinatrice santé mentale LC), Félix BANYANKINDAGIYE (Assistant Technique LC) et Fidèle BANEZERWE, CP projet IZERE. L'évaluateur a repris pour le rapport les points importants et certains verbatim qui rendent compte de la qualité des échanges. En général, l'entretien se passait en trois parties : 1. Une auto-évaluation des activités en santé mentale dans le projet et des résultats (efficacité, efficience) ; 2. Les expériences de la coopération et l'appui par BADEC/projet IZERE ; 3. Les suggestions ou recommandations.

### **1. CDS Gatsinda**

#### **PeC**

- Le processus de prise en charge des patients connaît des avancées remarquables dans la mesure où il est mené par des prestataires formés et ayant suivi des séances de stage pratique et de recyclage ;
- Grâce aux efforts de sensibilisation de la population par les agents de santé communautaires, les patients affluent en grand nombre à la formation sanitaire qui est parfois débordée par une demande sans cesse croissante de médicaments surtout antiépileptiques. Cela se manifeste par des ruptures fréquentes de médicaments.
- Les prestataires de soins en santé mentale de la FOSA en collaboration avec d'autres en l'occurrence ceux du CNP Ngozi, ont créé un groupe WhatsApp et c'est à travers ce réseau qu'ils échangent des informations en rapport avec la prise en charge des malades neuropsychiatriques ;

Néanmoins, les problèmes qui persistent sont :

- ❖ Le manque de médicaments surtout psychotropes ;
- ❖ Les patients souvent indigents : ce qui pose un problème d'accessibilité financière aux médicaments ;
- ❖ Si un médicament coûte 5000 BIF, le patient qui se présente avec la CAM paie 700 BIF et l'Etat lui paie 2800 BIF, cela fait un total de 3500 BIF, il se pose alors la question de trouver les 1500 BIF qui manquent ; la FOSA ne disposant pas suffisamment de fonds pour combler ce vide financier.

#### **Relation avec BADEC**

L'appréciation de l'intervention de BADEC-CARITAS Ngozi en santé mentale est positive. En effet, ce partenaire a formé et recyclé les prestataires de soins, il a rendu disponible un kit de médicaments psychotropes et antiépileptiques qui a été très utile dans la prise en charge des patients. De plus, cette institution est toujours aux côtés de la FOSA en vue de résoudre certaines questions urgentes relatives au traitement des malades. Le contact est régulier avec cette institution et cela permet à la FOSA de mieux réussir sa mission de promotion de la santé mentale des bénéficiaires.

#### **Suggestions et recommandations**

- Renforcer et suivre le système pyramidal au niveau du circuit du malade : communauté-CDS-hôpital-centre spécialisé.
- Multiplier les séances de formation des prestataires de soins ;
- Favoriser les visites d'échanges d'expériences ;
- Rendre disponible un moyen de déplacement (au moins une moto) pour faciliter l'efficacité du travail au sein de la FOSA surtout en ce qui concerne le suivi des patients au sein de la communauté ;
- Motiver les agents de santé communautaire ;
- Appui en médicaments dont la FOSA a le plus besoin.

## 2. Equipe prestataires et Med Chef HD BUYE

**PeC.** : Le kit de démarrage a été donné ; Même si le traitement est cher, on a pu intégrer la PEC dans le paquet offert pour les autres pathologies. **L'approvisionnement reste** difficile pour les psychotropes : chers et rares sur le marché. Résultats positifs des cas traités, l'intégration d'autres unités de l'hôpital (personnel de l'HD) pour soutenir les démunis (alimentation, habillement et traitement). Les malades SM sont hospitalisés en médecine interne. Les malades exigent une surveillance stricte. Le personnel doit arrêter son travail pour s'occuper des malades agités.

Actuellement, on continue la PEC même si les intrants manquent sur place (neuroleptiques en général). On prescrit une ordonnance pour acheter les médicaments chez les privés (CNP Ngozi). On hospitalise les malades même si la prise en charge n'est pas holistique (le volet psychosocial présente un handicap) d'où besoins d'un psychologue pour s'occuper de ce volet.

**Référence** : « On suit le système de référence et contre-référence par le biais d' un système flotte regroupent toutes les FoSa du DS. On est en relation avec la communauté qui envoie le malade au CDS proche. »

### **Psychotropes**

« Les médicaments psychotropes ne sont pas disponibles dans les pharmacies des FoSa. Le malade achète le médicament au CNP Ngozi. Le circuit d'achat des médicaments permet de les acheter dans les pharmacies privées même au niveau du CNPK. Le Directeur du PNILMCNT en collaboration avec la DPML doit valider la nouvelle liste des médicaments essentiels intégrant les psychotropes et appliquer les normes de l'OMS.

**Rapportage** : Il y a un problème de rapportage. Toutes les données sont rapportées en suivant les directives de la DNSIS. Le rapport est produit mensuellement et l'analyse des données présentent également des lacunes. Les maladies mentales sont rapportées dans les maladies chroniques sans distinction dans CDS et HD.

### **Supervisions :**

L'équipe s'organise avec le BDS pour faire une supervision-une fois par trimestre avec CNP Ngozi. La dernière supervision date de mai 2019.

### **Recommandations :**

- Améliorer la gestion du personnel qui exige plus de ressources, espace et équipement pour un service autonome.
- Faire une formation continue au personnel (urgences, médecine interne) pour offrir des soins de qualité.
- Développer la PEC psychologique qui n'existe pas. Recruter un psychologue ?
- Porter plus d'attention l'intégration de la famille et de la communauté dans la PeC.
- Organiser les références et la supervision conformément à la pyramide sanitaire ; les supervisions et l'encadrement des CDS devront être faits par le BDS
- Former le (nouveau) point focal de la santé mentale du DS
- Améliorer la collecte et l'analyse des données de SM
- Respecter le Circuit du malade : communauté – CDS – HD – si besoin CNP Ngozi.
- Elaborer un protocole de prise en charge qui permet la PeC correcte et aiderait à faire la référence et la contre –référence.
- Aider les CDS/ASC à identifier les cas de psychose pour qu'ils soient pris en charge.

### **Relation avec BADEC**

L'appui a concerné les besoins identifiés au début lors de l'étude de base. L'intégration a été facile dans le paquet. Il y a des contacts réguliers avec le Chef du Projet. Il a aidé à la réintégration des patients dans leurs milieux de vie.

L'équipe considère qu'il revient au DS en collaboration avec les autorités administratives, d'organiser le retour du malade dans sa famille et son réintégration dans la communauté après avoir eu le suivi médical et psychosocial.

### 3. **ASC et membres du CoSa/ Commune Mwumba**

**12 ASC** (7 hommes ; 5 femmes) **et 8 membres du CoSa** (3 hommes ; 5 femmes)

Un ASC dit : « Quand je sais qu'il y a un malade dans une famille, je m'y rends. Je demande si l'enfant / la personne a été soigné. Si la réponse est « Non », il j'essaie de lui expliquer que les soins sont disponibles dans la FOSA. Certains me disent qu'ils n'ont pas d'argent surtout quand ils n'ont pas d'une assurance (CAM/mutuelle) ou de moyens. Il y en a beaucoup qui ne se font pas soigner. »

Q : S'ils ne peuvent pas payer ? « On lui dit comment faire. Mais, on le rend visite 1, 2 ou 3 fois et après on abandonne ou on interrompt. »

«Les malades non-soignés : les patients sont dans leurs familles. Avant la formation des ASC, on enchaînait les malades et on les battait. Actuellement, grâce aux interventions des ASC, on ne les enchaîne plus et on ne les frappe pas.-»

«Sur 40 cas touchés, 20 seulement vont se faire soigner. Sur 19 malades que j'ai suivis, 6 sont en forme. Bientôt 1 année ; ils sont bien».

«Pour que les malades se prennent en charge, on a formé des associations pour s'entraider et avoir les soins. Les chèvres reçues du projet IZERE nous aident dans les ménages. Elles ont eu des petits et on pourra se prendre en charge avec la vente de ses petits ou des produits récoltés grâce à l'utilisation du fumier.»

« Les sensibilisations arrivent à convaincre les gens mais la pauvreté les limite à l'accès aux soins de santé. Les ASC pensent qu'ils devraient eux bénéficier d'un appui en chèvres ou être primés.»

'Il faut faire le plaidoyer pour que les malades soient soignés gratuitement.'

Observation du Directeur du PNILMCNT : «Il y aura une mutuelle obligatoire pour tout le monde et pas l'adhésion volontaire comme aujourd'hui. Alors, avec ce mécanisme, on aura accès aux soins.»

### 4. **Entretien avec le Médecin Chef District Sanitaire Buye**

L'évaluation par le MCD est ainsi :

Forces :

- Collaboration avec le District sanitaire
- Renforcement des capacités des prestataires
- Un appui en médicament mais cet appui n'était pas consistant

Faiblesses :

- L'appui en médicament en quantité insuffisante
- La référence et contre-référence non adaptée aux malades mentaux ; il demande une ambulance spéciale pour le transfert des malades mentaux.
- Problèmes des locaux pouvant abriter le service de santé mentale. Le manque des locaux propres au service (manque d'espace pour l'hébergement) pousse les prestataires à transférer les malades au CNP Ngozi.

Pour la gestion des données

C'est le ministère qui fait le paramétrage des indicateurs donc il faut s'adresser au niveau central afin qu'il intègre les indicateurs de santé mentale dans la base des données.

Pour les médicaments psychotropes :

Il avait demandé au BADEC de leur donner des médicaments mais pas de l'argent malheureusement BADEC a refusé.

Les médicaments psychotropes sont très chers et introuvables dans la CAMEBU voire dans les pharmacies privées. Le DS est bloqué par une ordonnance ministérielle qui fixe un barème à ne pas dépasser lors de l'approvisionnement dans les pharmacies privées. Dans ces conditions, le DS privilégie les médicaments essentiels qui sont moins chers afin de ne pas être hors loi. Donc, il faut que le projet rende disponible ces médicaments à la CAMEBU.

Suggestions du MCD :

- Faire l'extension du projet dans d'autres FOSA et renforcer leurs capacités
- Former d'autres unités dans l'HD (car existence du mouvement du personnel)
- Renforcer également les capacités de l'équipe cadre du District (une seule a été formée et actuellement elle est partie).

## 5. Equipe et CDS HD Kiremba

Témoignages :

«Avant le projet, personne parmi nous ne savait comment traiter les maladies mentales sauf l'épilepsie qu'on essayait de prendre en charge. Les autres maladies mentales étaient directement référées au CNPK. Mais actuellement, nous sommes capables de les prendre en charge et nous recevons beaucoup de cas qui sont référés par la communauté et les CDS qui n'ont pas fait l'intégration de la SM dans leurs activités. Avant la formation, on croyait qu'il existait seulement le phénobarbital pour soigner l'épilepsie.»

«Aussi, nous avons reçu un appui en médicaments. Mais la grande partie de ces médicaments a été servie aux malades démunis et n'ont pas trouvés de fonds pour payer l'hôpital. D'où, parfois, nous éprouvons des difficultés de renouvellement de du stock. Un autre problème est que certains psychotropes sont introuvables sur le marché local. Vu le cout élevé des soins de SM, certains patients n'acceptent pas d'être référés vers le niveau supérieur. Il arrive des cas où l'hôpital est contraint de payer les frais du patient en cas de référence. Cette question de pauvreté constitue un handicap pour la durabilité du projet.»

Il y a eu amélioration des connaissances sur les maladies mentales. La communauté est sensibilisée sur l'existence des maladies mentales, en témoignent le nombre de cas que nous recevons actuellement. Il y a eu octroi d'un kit de médicaments de démarrage mais ce kit était incomplet ; il manquait quelques médicaments contre les effets secondaires. Une avancée de la prise en charge des maladies mentales est notée. Mais la barrière est l'accès limité aux soins par le manque des moyens financiers des patients.

Les médicaments psychotropes disponibles au sein de l'hôpital sont : Haldol, Carbamazépine, Dépakine, Chlorpromazine et Phénobarbital. Les maladies soignées par les prestataires de l'HD sont : Epilepsie, Psychose et Dépression rarement.

Enregistrement : On note la difficulté de distinguer les nouveaux et les anciens cas. De même, le système d'information sanitaire de routine (logiciel DIHS2) ne fournit pas d'information sur les nouveaux et les anciens cas.

La durée du traitement : La durée moyenne d'hospitalisation d'un malade psychotique est de 1-3 semaines. Après la période d'hospitalisation, des conseils sur sa maladie sont donnés et une date de rendez-vous est mentionnée dans le carnet médical du malade.

Fonctionnement du réseau : Le système de référence et contre-référence n'est pas fonctionnel à l'hôpital Kiremba. Il n'y a pas de lettre rédigée pour référer le malade vers le CDS ou la communauté. Seulement les médecins mentionnent dans le carnet médical du patient le diagnostic, le traitement et la date du prochain rendez-vous. L'une des raisons de la non-rédaction d'une contre référence est que certains patients proviennent des secteurs où le CDS proche n'est pas formé sur la prise en charge des maladies mentales.



Les raisons de référence de l'hôpital Kiremba vers le CNP Ngozi : Manque de certains médicaments (il y a peu de psychotropes dans l'hôpital) et manque d'espaces pour hospitalisation. Malgré cela, des références vers le niveau inférieur/supérieur sont rares à l'hôpital de Kiremba.

Formations : Les prestataires ont bénéficié de la part du projet des formations : 3 à 4 formations couplées à des stages au CNPK. Pour le CDS, 2 infirmiers ont été formés et pour l'HD, 2 Médecins et 2 infirmiers ont bénéficié des formations. De retour des formations, des restitutions ont été réalisées à l'intention des autres prestataires de soins de la FOSA. Les supervisions reçues sont de la part du CNP Ngozi, du projet IZERE et du PNILMCNT.

Collaboration avec le BADEC : Il y a une bonne collaboration. L'équipe projet IZERE organise régulièrement des descentes de supervision (descente mensuelle) et des remarques sont données. Par exemple, ils ont émis la recommandation de différencier les nouveaux des anciens cas dans les prochains rapports et l'utilisation de l'audiovisuelle dans le CDS pour sensibiliser les gens. BADEC a confectionné un support audiovisuel pour les FOSA qui sert à la sensibilisation de la population qui fréquente la FOSA. Egalement, des supervisions d'accompagnement sont organisées et mises en œuvre via le CNP Ngozi.

Les prestataires de soins n'ont pas de contact avec les tradipraticiens. Des patients ne disent pas s'ils ont fait recours aux tradipraticiens avant la demande de soins auprès d'un établissement sanitaire. Parfois, ces patients fréquentent en premier lieu les chambres de prière avant de consulter aux structures de soins. Donc, il serait important d'inclure dans les sensibilisations les tradipraticiens comme se fait ailleurs comme en Ouganda, Tanzanie, etc.... Cette approche pourra être initiée par le Médecin Chef de District.

#### Recommandations

- Prévoir un budget supplémentaire pour les médicaments.
- Donner une formation des prestataires au niveau des CDS
- Organiser des séances de recyclage à l'endroit du personnel formé en thérapie psychologique : sur les différentes techniques d'entretien psychologique, sur un accompagnement visant l'acceptation de la vie et l'observance du traitement.
- Renforcer l'équipe de prise en charge par un psychologue et un assistant social.

#### Remarques du Directeur du PNILMCNT :

- Intégrer les activités en rapport avec les facteurs de risque sachant que les autres maladies chroniques sont à l'origine d'environ 40% des troubles mentaux.
- Elaborer des protocoles de prise en charge selon le niveau de la pyramide sanitaire afin de faire une intégration effective.
- Beaucoup de cas de dépression passent inaperçus et sont généralement hospitalisées en Médecine interne car la dépression se manifeste par des signes physiques variés.

#### 6. Bénéficiaires et ASC projet Izere Colline Gitwa

- Les bénéficiaires

*1er bénéficiaire* : Il était suivi premièrement par le CNP Ngozi et actuellement au CDS Gatsinda. Ce patient, souffrant d'épilepsie, prend régulièrement le médicament et il a une bonne évolution.

*2<sup>nd</sup> bénéficiaire* : C'est un enfant souffrant de l'épilepsie. L'entretien a été réalisé à travers son parent. Ce dernier a affirmé que son enfant se porte bien actuellement et qu'il prend régulièrement les médicaments prescrits.

Au cours de l'entretien dans la communauté, il y avait 6 patients. Parmi les 6 malades, seulement deux parviennent à suivre correctement le traitement, deux font un suivi irrégulier

(problème des moyens financiers) et les deux autres n'ont pas consulté par manque de moyens financiers.

Question de collaboration avec les ASC : Il y a une bonne collaboration. Les ASC animent des séances de sensibilisation au niveau collinaire et effectuent des visites au domicile du malade.

« A travers les sensibilisations des ASC, nous avons acquis des connaissances sur les maladies mentales et nous avons consulté les structures de soins. Malheureusement, la prise des médicaments est irrégulière car nous sommes limités par les moyens financiers. Et la mutuelle de santé communautaire ne prend pas en charge les maladies chroniques. Donc, des crises répétitives sont observées.

Nous saluons le travail des ASC et leur travail est à louer. Ils se sacrifient pour l'intérêt des malades et ils aident la communauté dans l'accompagnement des malades ainsi que leurs familles.»

Pour l'appui en AGR de ces 2 familles :

L'octroi de chèvre a été réalisé en synergie avec Vétérinaire «Sans frontières / UCODE - AMR et la mutuelle de santé communautaire avec LC/UCODE-AMR.

L'utilité de la chèvre : elle donne du fumier, qui contribue à l'augmentation de la production agricole. Ces chèvres sont gardées par le malade stabilisé avec appui de sa famille. Une de ces chèvres a déjà mis bas deux petits.

La population (40-50 personnes) qui était présente lors de l'entretien était consciente que les maladies mentales existent et plaide pour l'appui aux malades indigents n'ayant pas de moyens financiers pour se faire soigner. Il y a un soutien communautaire des malades ( plus de malades errants ou enchaînés sur cette colline).

- Le travail des ASC.

Le temps que l'ASC donne à cette activité : L'encadrement de la communauté et les visites des patients sont organisés le soir après les travaux habituels (le travail dans les champs). Il affirme que c'est un travail fatiguant et nécessitant de se sacrifier pour les autres. Parmi ces 40 patients, seulement 18 patients parviennent à se faire soigner. La motivation qui pousse un ASC à faire ce travail bénévole : «Je suis élu par la communauté et je ne veux pas la décevoir» et «C'est une fierté pour moi de servir la population.»

- Création d'association de malades :

Dès la sortie de la formation, l'ASC a organisé une réunion au niveau de la colline avec l'appui du conseil collinaire. Des réunions avec les malades sont organisées également. Ils ont créé une association où on cotisait 1000BIF par mois par membre. Des petits crédits pour se faire soigner ou acheter des médicaments étaient octroyés aux membres. Ils avaient initié un petit projet de 100 mille BIF, mais ce projet est tombé en faillite. Ils sont en train de réfléchir sur l'initiation d'un projet qui pourrait être durable.

- Identification des maladies

«Nous pouvons facilement reconnaître l'épilepsie, la psychose mais un peu moins la dépression. Quelques fois, la dépression nous échappe mais je reconnais une personne que j'ai aidée qui avait une dépression. Je l'ai accompagné à domicile jusqu'à la guérison sans faire recours aux structures de soins. Des cas de dépression existent surtout en cas de perte d'une personne qui est chère à quelqu'un ou de biens.»

## **6. Bénéficiaires et Association des malades de Musasa : 45 personnes (20 femmes, 15 hommes, 10 enfants)**

**Association des malades**

Le responsable de l'association, qui est son secrétaire, explique que les malades de santé mentale ont mis en place une association de 140 personnes au début. Ils ont réuni 200.000 BIF et aujourd'hui ils ont 350.000 BIF. Avec ce fonds, ils se prêtent de l'argent pour se faire soigner, payer la CAM et initier des AGR (vente de la banane ou vente de la brochette de chèvre). Comme problème, il dit que les malades ont des difficultés de se faire soigner. La raison est qu'il y a beaucoup de sollicitations et l'argent s'épuise. Les malades se font soigner à Kiremba et certains retrouvent une santé notamment les épileptiques et les psychotiques. Il est évident qu'il y a beaucoup de malades et certains demandent une adhésion dans l'association.

Toutes les personnes ou membres de leurs familles qui participent à la rencontre sont concernés par la santé mentale, tous ont été sensibilisés et sont appuyés par un ASC. La majorité de patients se fait soigner dans les FoSa et retrouve la santé après 6 mois.

*Une personne témoigne:* «J'ai une épilepsie. J'ai payé 10.000 BIF / mois au début et 10.000 BIF en deuxième lieu. A Kiremba je payais par mois 26.000 BIF soit 4.000 BIF pour la consultation et 22.000 BIF pour les médicaments».

*Une deuxième personne témoigne :* «J'ai eu des problème de trouble mental. J'avais des idées incohérentes, je chantais, je ne contrôlais plus mes gestes, j'avais des rêves et je me sentais au paradis. Je ne portais pas des habits. ...Je courais et je frappais les gens sur mon passage....La maladie s'appelait Ibisazi vyeruye. Je me suis fait soigner au CNP Ngozi.»

Q : Pourquoi pas au CDS de Kiremba ? «L'ASC habite loin. On n'était pas en contact. L'ASC m'a conseillé d'aller au CNP Ngozi.» .... «Je suis dans l'association et je me sens soutenue. ...Je porte un bidon de 10 l pour chercher de l'eau alors qu'avant je pouvais porter celui de 20 l. J'ai besoin d'un repos parce que je me fatigue vite.»

Q : Qui a payé les médicaments ? «Mon mari. Il a vendu la terre. J'ai payé 19.500 BIF / mois. Déjà 4 mois sur les 6 mois de traitement recommandés par le prestataire.»

Q : BADEC vous a appuyé pour payer ? «Non». Q : Et l'association ? «Non»

Q : Pensez-vous que vous êtes guérie ? «Non. Mais, je n'ai pas d'argent.»

Q : Quel est le revenu moyen d'un ménage par mois? «Entre 1000 et 5000 BIF»

*Une troisième personne* Q : Quand vous n'arrivez pas à payer les frais sur traitement, qu'est-ce qui se passe ? «On reste à la maison. On subit les crises. Alors, on paie les médicaments quand la personne souffre déjà. Il faut prendre les médicaments tous les jours pendant 1 année soit 9000 BIF/mois (phénobarbital). Il y en a qui achètent des médicaments sans aller au CDS.»

Q : Sans amélioration, pourquoi vous n'avez pas vu le médecin ?

*Une quatrième personne :* «On m'a orienté chez le docteur mais je n'ai pas eu l'argent. L'enfant a eu des crises dès 5 ans. Aujourd'hui, il a 20 ans. Mais il reste sur place. L'enfant ne parle pas. Même quand il pleut, il ne bouge pas. On doit le déplacer. L'association a des difficultés parce qu'il y a beaucoup de membres qui ont besoin de l'argent alors qu'il n'y en a pas assez. J'ai eu 10 000 BIF une fois. Mais ce montant ne suffit pas pour aller à Kiremba (HD).

**ASC témoigne** Q : Comment identifiez-vous les personnes présentant des troubles mentaux ? «Sur la colline, je visite les ménages. Je fais des réunions sur la colline. Après, les malades se présentent chez moi.» ...

Q : Quels types de maladies pouvez-vous identifier ? «Psychose, épilepsie et dépression, traumatismes chez les femmes suite aux violences conjugales.»

Q : Faites-vous le suivi des personnes sans suivi à l'hôpital ? «Oui, je lui dis d'être patient et que les douleurs finiront. Et effectivement avec le temps les douleurs finissent.»

Q : Y a-t-il des problèmes d'alcoolisme ou d'usage des stupéfiants ? «Oui et il y en a beaucoup. Pour cela, il y a beaucoup de problèmes entre les gens. Les femmes les prennent également.»

Q : Sur 10 familles, combien ont des problèmes de santé mentale, épilepsie ou dépression ? «6 à 7 familles»

## **7. Membres du CoSa (8) et ASC Commune Kiremba (4)**

Les membres du Comité de Santé ont reçu des formations sur la santé en général -mais pas une formation spécifique sur la santé mentale.

Néanmoins, pour l'épilepsie et les cas de psychoses (ibisazi avec comme symptômes: errance, les propos incohérents, la malpropreté, etc.), il est facile de l'identifier mais pour d'autres cas, il n'est pas aisé de pouvoir le faire par manque de connaissances approfondies.

Les membres du CoSa quand ils identifient un tel cas essaient de le sensibiliser (lui et/ou sa famille) à se faire soigner dans les formations sanitaires encadrées par le projet IZERE. Aussi, ils assurent un appui psycho-social pour éviter que le problème ne dégénère en cas psychiatrique. Ils interviennent aussi en cas de conflit familial par exemple un cas de violence sexuelle peut être amené par le membre du CoSa au CDS pour les premiers soins et la prévention d'une éventuelle grossesse ou du VIH. Ensuite, ils aident à retrouver le coupable pour être traduit en justice.

Un grand problème est la pénurie de médicaments et le manque de moyens financiers côté patients. D'autres difficultés sont la réticence des gens pour la prise en charge du malade mental et manque d'un intéressement en termes pécuniaires côté ASC (pas de primes).

Recommandation formulée par les membres du CoSa et ASC:

- les CoSa demandent d'étendre la formation en santé mentale aux membres des COSA,
- former un autre ASC sur la colline,
- organiser encore des sessions de recyclage à ceux qui sont déjà formés (avec centrage sur accompagnement psychologique dans les cas de violence conjugale.

## **8. Pharmacie DS Kiremba**

Vérification de l'existence des médicaments psychotropes dans la pharmacie : Aucun psychotrope n'a été retrouvé dans la pharmacie du district. La vérification a été réalisée à partir des fiches de stock.

La gestionnaire témoigne : Ils ont reçu un kit de démarrage en décembre 2018, qui a été distribué au CDS Kiremba et à l'HD de Kiremba. Ce stock n'a pas pu être renouvelé car, la plupart de médicaments psychotropes ne figurent pas sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME). Pour les CDS, seulement deux médicaments figurent sur la LNME. Il s'agit du diazépam et du phénobarbital et ces deux médicaments sont actuellement en rupture de stock à la CAMEBU: le diazépam depuis 5 mois et le phénobarbital depuis le début de cette année. Une autre raison est que les deux FoSa cibles du projet IZERE sont confessionnelles et ne s'approvisionnent pas dans la pharmacie du District. Le gestionnaire de la pharmacie nous a fait savoir que ces médicaments sont trop chers et introuvables dans les pharmacies de gros (privées).

Le stock de démarrage donné par le projet IZERE a été géré par le DS à partir du logiciel Chanel qui est un logiciel destiné à la gestion des médicaments.

### **Staff Centre Neuropsychiatrique de Ngozi**

C'est le Responsable administratif du CNP Ngozi qui a pris la parole en premier lieu pour accueillir et donner à l'équipe des visiteurs quelques précisions sur l'institution :

- Début des activités : Mai 2014 ;
- Zone couverte : la zone Nord + une partie de la Province de Muramvya et Gitega ;
- L'institution organise des cliniques mobiles pour réduire la distance à parcourir aux patients ;
- afflux massifs des patients vers le centre ;
- pas de rupture de médicaments dans cette structure.

Cependant, le centre se heurte à un grand problème lié à la prise en charge des personnes démunies (indigents) qui ne parviennent pas à payer les frais des soins.

L'évaluateur a invité le groupe à répondre et discuter à une série de questions dont les principales sont reprises ci-dessous :

N°	Questions du consultant évaluateur	Réponses du staff du CNP Ngozi
1.	Quelles provinces considérez-vous comme zone d'intervention ?	Les provinces du Nord (Ngozi, Kayanza, Kirundo et Muyinga) + une partie de la province de Gitega et Muramvya
2.	Quelle place occupe le CNP Ngozi dans la pyramide des soins ?	C'est un centre spécialisé qui accueille les patients ayant été référés par d'autres structures de soins (CDS et Hôpitaux) pour des cas complexes ou par manque de médicaments dans ces FOSA.
3.	Comment aidez-vous le modèle d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires à se développer ?	Le CNP Ngozi a formé les agents de santé communautaire, les prestataires de soins et les superviseurs des districts contribuant ainsi au développement de ce modèle d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.
4.	Avez-vous des données sur les typologies des cas de troubles mentaux reçus ?	Oui, les données sont disponibles. Les cas les plus rencontrés sont les épilepsies (65% des cas) puis viennent les psychoses, les dépressions et les névroses.
5.	Combien coûte un traitement mensuel ?	Ça dépend des cas parce qu'il y a des médicaments chers et d'autres moins chers. Par exemple, un enfant sous Dépakine paie 25 000 BIF/mois et un autre épileptique sous carbamazépine paie 15 000BIF/mois, une cure de phénobarbital coûte 4500BIF/mois, un psychotique hospitalisé qui prend le rispéridone paie au total 500 000BIF/mois.
6.	Une fois rentré, combien coûte le traitement de longue durée d'un patient ?	9000BIF pour l'Haldol 9000 BIF pour la carbamazépine 2000 BIF pour les correcteurs
7.	Que faites-vous en cas d'indigence ?	Les indigents qui ont le document qui atteste leur indigence par le ministère de la solidarité sont soignés gratuitement. Pour ceux qui n'en ont pas nous les aidons dans les démarches pour avoir ce document.
8.	Quand quelqu'un n'a pas les moyens de payer, comment gérez-vous ce cas ?	Nous ne le retenons pas au centre mais nous lui faisons signer un acte d'engagement pour le paiement progressif.
9.	Comment se fait-il que dans votre structure il n'y ait pas de rupture en médicaments alors qu'ailleurs ce n'est pas le cas ?	Il y a des médicaments qui viennent directement de la Belgique et les autres médicaments sont achetés dans les pharmacies privées.
10.	Quand un patient vient des formations sanitaires, restez-vous en contact avec ces structures qui l'ont référé ?	Oui, nous donnons un feedback par le truchement de la contre-référence.
11.	Que proposez-vous au projet IZERE pour améliorer ses prestations ?	- Renforcer très sensiblement le volet communautaire - Demander toujours l'appui au CNP Ngozi (le projet IZERE le fait souvent) car nous sommes suffisamment outillés pour ça. -Formaliser le partenariat par un contrat.
12.	Combien sont hospitalisés au centre ?	11 (pour des troubles psychotiques ou bipolaires)
13-	Y aurait-il des cas que vous transférez à Bujumbura ?	Il y en a mais très rarement.

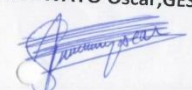
**Annexe 5 : Fiche de collecte de données et fiche de rapport des cas de maladies mentales pour ASC et prestataires FoSa**

REPUBLIQUE DU BURUNDI  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
 DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE  
 ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
 PROVINCE SANITAIRE DE NGOZI  
 DISTRICT SANITAIRE DE BUYE  
 HOPITAL DE BUYE

**RAPPORT DES CAS DE MALADIES MENTALES:OCTOBRE-NOVEMBRE-DECEMBRE/2018**

DATE	NOMS ET PRENOMS	AGE	SEXE	COLLINE S.COLLINE	COMMUNE	PROVINCE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT
29/10/2018		24M	F	KABASAZI MWUMBA	MWUMBA	NGOZI	EPILEPSIE	PHENOBARBITAL
05/11/2018		30A	F	BUYE BUYE	MWUMBA	NGOZI	PSYCHOSE AIGUE	DIAZEPAM
02/12/2018		15A	F	GICU GICU	NYMRZA	NGOZI	EPILEPSIE	PHENOBARBITAL
14/12/2018		30A	M	KABASAZI MWUMBA	MWUMBA	NGOZI	EPILEPSIE	PHENOBARBITAL
19/12/2018		?	M	BUGORORA KARUHONZI	MWUMBA	NGOZI	EPILEPSIE	ACIDE VALPROIQUE
19/12/2018		26M	M	KAJAGA KWIBUYE	NYAMURENZA	NGOZI	EPILEPSIE	PHENOBARBITAL

Fait à BUYE, le 09/01/2019  
 NDIHOKUBWAYO Oscar, GESIS



PROJET IZERE  
FICHE DE COLLECTE DES DONNEES DES FOSSA

*quillet*

Date	Nom & Prénom	colline	S/colline	Troubles mentaux		Déresse		Epilepsie		Nom de la FOSSA
				Ancien cas	Nouveau cas	Ancien cas	Nouveaux cas	Ancien cas	Nouveaux cas	
	[REDACTED]	Me NBUVE								
	[REDACTED]	ne fuvuato								CDS
	[REDACTED]	bu Zarakantia								GATSITBA
	[REDACTED]	u AUPEN BA								
	[REDACTED]	GATSITBA								
	[REDACTED]	PU KANBA								
	[REDACTED]	PU KATIA								
	[REDACTED]	BUTE								
	[REDACTED]	GATSITBA								
	[REDACTED]	RUMBAKAP								
	[REDACTED]	CATH								
	[REDACTED]	WAGANABO								
	[REDACTED]	UWA								

Fait à GATSITBA le 10/8/2018

Nom et Prénom du rapporteur  
*Désire*





# UMUGAMBI IZERE

## GUKURIKIRANA ABAFASHWA N'UMUGAMBI IZERE

KOMINE : Kwamba

ZONE : Mwasa

Itariki	Amazina	Igitsina		Umutumba	Ingorane y'uwakiriwe			Uko vyagenze			Uko nabibonye
		Gabo	Gore		Agendana ingwara yo mu mutwe	Yarahung abanye	Intandara	Naramure mesheje	Namurungi tse kwa muaganga	Hehe ?	
<u>ke 29/05/18</u>		<u>M</u>	<u>-</u>	<u>KABANGA</u>	<u>X</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>X</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>ARiko ari umwana amazeje</u>
<u>ke 25/06/18</u>		<u>F</u>	<u>F</u>	<u>KABANGA</u>	<u>-</u>	<u>X</u>	<u>-</u>	<u>X</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>UBu umutende</u>
<u>ke 24/06/18</u>		<u>-</u>	<u>F</u>	<u>KABANGA</u>	<u>-</u>	<u>X</u>	<u>-</u>	<u>X</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>UBu umutende</u>

Umwanditsi : Umuremeshakiyago

Umwanya : Umaze kwakira uwufashwa

Akamaro : Kumenya igitigiri c'abantu bafashijwe n'umugambi IZERE

Bigiriwe i KABANGA itariki 31/05/2018

Amazina y'Umuremeshakiyago : MFAWENASO M. ROSE

Umukono : [Signature]

## **Annexe 6 : 5 CAD**

**La pertinence** : La pertinence d'un projet concerne la mesure dans laquelle les objectifs envisagés par le projet répondent correctement aux problèmes identifiés ou aux besoins réels.

**L'efficacité** : L'efficacité décrit la réalisation des objectifs. C'est la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints.

**L'efficience** : L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens mis à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel).

**L'impact** : L'étude de l'impact mesure les retombées de l'action à moyen et à long terme. L'impact mesure si les bénéfices reçus par les destinataires ciblés ont eu un effet global plus large sur un plus grand nombre de personnes dans le secteur, la région ou le pays dans son ensemble.

**La durabilité** : La durabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet (au niveau de son objectif spécifique) sont susceptibles de perdurer une fois taris les financements externes. Viabilité financière mais aussi opportunité de reproduire ou généraliser le programme à plus grande échelle.

## Annexe 7 : Etude de base projet IZERE

Chapitre : La répartition des problèmes de santé connus de la population cible

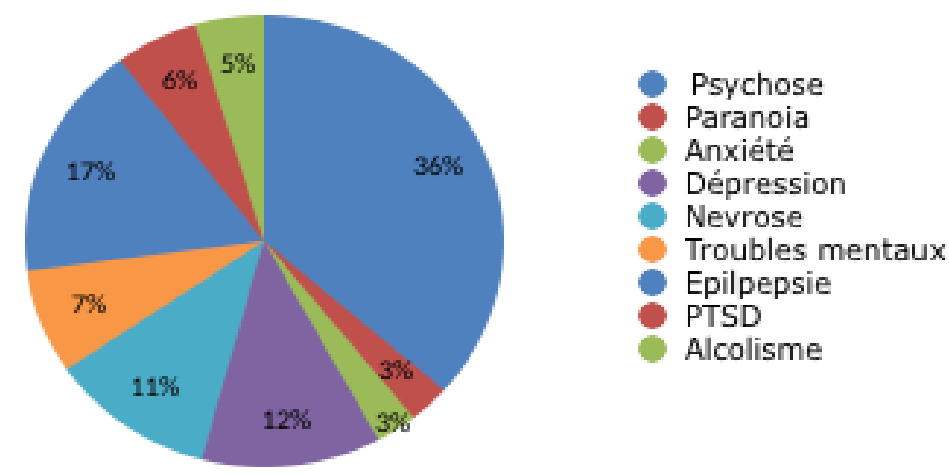
L'étude de base concernait la population de la zone du projet à savoir les communes Mwumba et Kiremba. En 2017, la population des deux communes est estimée respectivement à 103180 et à 122731 personnes, soit un total de 225911 personnes.

Selon l'indice du développement humain 2011, 45,61% de la population burundaise est composée de jeunes de moins de 15 ans, soit 103038 pour les deux communes d'enquête. En excluant la population très jeune de notre enquête, il nous reste une population cible totale de 122 873. Sur l'ensemble de cette population, nous avons travaillé sur un échantillon de 253 personnes (autour de 1/500) que nous estimons assez représentatif.

### Les maladies mentales les plus fréquentes

Les participants au diagnostic participatif ont eu des difficultés à catégoriser les maladies mentales car ils ne retiennent que les situations extrêmes telles l'épilepsie (intandara) et les psychoses qu'ils traduisent par « ibisazi ». Ceux qui ont répondu au questionnaire qui sont considérés comme plus avisés ajoutent aux maladies évoquées d'autres troubles comme la dépression, les névroses, l'anxiété, l'alcoolisme, le désordre post traumatique (PTSD), etc.

Le graphique ci-dessous en montre la répartition.



La lecture du graphique révèle que les trois problèmes les plus connus de la population des communes Mwumba et Kiremba sont les psychoses, l'épilepsie et la dépression. A travers la description de ces divers troubles, la population sait distinguer les problèmes graves de santé mentale des problèmes psychosociaux qui engendrent la dépression (Akabonge).

## **Annexe 8 : Mise en œuvre du Programme d'action mhGAP OMS**

### **I. Objectif du Programme d'Action pour combler les lacunes en santé mentale mhGAP .**

Dans le Guide d'intervention mhGAP, l'introduction du Directeur **Dr Shekhar Saxena**, Directeur du Département de Santé Mentale et Abus de Substances Psychoactives, Organisation Mondiale de la Santé.

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) sont très fréquents et constituent une part importante de la charge mondiale de morbidité et d'invalidité. Un décalage considérable persiste entre les capacités et les ressources des systèmes de santé en place d'une part, les besoins urgents et les ressources disponibles pour faire face au problème d'autre part. Près d'une personne sur 10 présente un trouble mental, mais seulement 1% du personnel de santé à l'échelle mondiale fournit des soins de santé mentale. Ces troubles MNS entravent considérablement les capacités d'apprentissage chez les enfants, et la capacité des adultes à fonctionner en famille, au travail et dans la société.

Reconnaissant l'impératif de fournir des soins aux personnes présentant des troubles MNS et à leurs aidants ainsi que de combler l'écart entre les ressources disponibles et les besoins immenses de soins, le Département de Santé Mentale et Abus de Substances Psychoactives de l'OMS a lancé en 2008 le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). Les principaux objectifs du mhGAP sont de renforcer l'engagement des gouvernements, des organisations internationales et des autres acteurs à augmenter les ressources financières et humaines allouées aux soins des troubles MNS, et d'atteindre une meilleure couverture de soins avec des interventions-clés dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Sur la base de ces objectifs, le mhGAP fournit des conseils et des outils fondés sur des preuves pour progresser vers la réalisation des objectifs du Plan d'Action en Santé Mentale 2013-2020.

En 2010, le Guide d'Intervention mhGAP (mhGAP-GI) pour les troubles MNS dans des structures de soins non-spécialisées a été développé pour aider la mise en œuvre du mhGAP. Le mhGAP-GI est un outil technique simple basé sur les lignes directrices du mhGAP. Il présente une prise en charge intégrée des troubles MNS classés en tant que conditions prioritaires utilisant des protocoles de prise de décision clinique. Il y a une notion répandue mais fautive selon laquelle toutes les interventions en santé mentale sont complexes et ne peuvent être implémentées que par des professionnels hautement spécialisés. Des études récentes ont démontré qu'il est possible de délivrer des interventions pharmacologiques et psycho-sociales dans les structures de soins non-spécialisées. Depuis sa sortie en 2010, le mhGAP-GI a été largement utilisé par de nombreux acteurs, y compris des ministères de la santé, des instituts de recherche, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres organismes et chercheurs afin d'augmenter les services de santé mentale. Le mhGAP-GI Version 1.0 est utilisé dans plus de 90 pays dans toutes les régions où l'OMS est présente, et les supports du mhGAP-GI ont été traduits dans plus de 20 langues, parmi lesquelles les six langues officielles des Nations Unies.

L'approche mhGAP se compose d'interventions de prévention et de prise en charge de troubles MNS prioritaires. Ces interventions ont été identifiées sur la base de l'évidence de leur efficacité et de la faisabilité de leur implémentation dans des pays à revenu faible ou moyen. Les troubles prioritaires ont été identifiés selon les critères qu'ils représentent un fardeau important (en termes de mortalité, morbidité, handicap) ; qu'ils génèrent des coûts économiques importants ou qu'ils sont associés à des violations des droits de l'homme. Ces troubles prioritaires incluent la dépression, les psychoses, les conduites auto-

agressives/suicidaires, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles mentaux et du comportement de l'enfant et l'adolescent. Le Guide d'Intervention (mhGAP-GI) est un outil visant à faciliter la mise en œuvre des lignes directrices basées sur les preuves mhGAP dans les structures de soins non spécialisées.

## **II. Utilisation du mhGAP**

Le mhGAP-GI est un guide générique. Il est donc essentiel de l'adapter à chaque contexte local ou national. L'adaptation inclura la traduction linguistique et de s'assurer que les interventions sont acceptables dans leur contexte socio-culturel et appropriées au système de santé local.

Le groupe d'utilisateurs cible par le mhGAP-GI est constitué des professionnels de santé non-spécialisés qui travaillent dans les structures de santé primaires ou secondaires. Sont visés les médecins, les infirmiers et les autres personnels de santé des Formations Sanitaires du District sanitaire, les intervenants/agents communautaires. Aussi les personnes qui ont la tâche de former, superviser et gérer les activités de santé mentale dans les formations des districts sanitaires.

Le mhGAP-GI 2.0 indique dans quel cas le recours à un spécialiste pour une consultation ou une référence médicale est nécessaire dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources dispersées. L'implémentation du mhGAP-GI nécessite idéalement une action coordonnée par des experts et des gestionnaires de santé publique ainsi que par des spécialistes avec une expérience dans le domaine de la santé publique. Ainsi, la formation sur l'utilisation du mhGAP-GI est plus pertinente lorsqu'elle est menée dans une approche visant le système de santé. Impliquant les planificateurs, les gestionnaires et les responsables politiques de santé, de sorte que les interventions proposées soient soutenues par suffisamment d'infrastructures et de ressources, par exemple, la disponibilité de médicaments essentiels. La formation mhGAP-GI doit aussi se dérouler de manière continue, avec des mécanismes en place pour assurer le soutien, la supervision et la formation de perfectionnement des prestataires de soins.

## **III. Contenu du guide mhGAP**

Le mhGAP-GI 2.0 commence avec «Notions de Base du Soins et de la Pratique Clinique» qui présente un ensemble de bonnes pratiques cliniques et de recommandations générales pour les échanges entre soignants et personnes en demande de soins de santé mentale. Tous les utilisateurs du mhGAP-GI doivent se familiariser avec ces principes et les respecter autant que possible.

Le mhGAP-GI comprend une «Matrice d'Orientation» qui donne des informations sur les manifestations courantes des troubles prioritaires. Il guide le clinicien vers les modules adéquats. Les troubles les plus sérieux sont à prendre en charge en premier. Un nouvel élément a été ajouté dans cette Matrice d'Orientation du mhGAP-GI 2.0 – Manifestations d'Urgence des Troubles MNS Prioritaires. Cette section a été ajoutée afin de permettre d'identifier les situations d'urgence et d'orienter les recommandations de prise en charge.

Les modules, organisés par troubles prioritaires, sont des outils de prise de décision et de prise en charge clinique. Chaque module commence par une introduction qui explique le trouble abordé et donne un aperçu des principales étapes d'évaluation et de prise en charge.

Chaque module comporte trois sections : Evaluation, Prise en Charge et Suivi.

La section Evaluation se présente sous forme d'organigramme avec de multiples points d'évaluation clinique. Chaque module commence par les manifestations courantes du trouble suspecté, avec une série de questions cliniques auxquelles il faut répondre par oui ou non.

L'utilisateur est orienté vers d'autres instructions pour finaliser l'évaluation clinique afin d'obtenir une évaluation et un plan de prise en charge complet.

La section Prise en charge détaille des interventions en donnant des informations sur la manière de prendre en charge les troubles évalués. Cela inclut des interventions psychosociales et pharmacologiques plus techniques lorsque cela est approprié.

La section Suivi donne des informations détaillées sur la relation clinique et la prise en charge du suivi.

#### **IV. Éléments de base de la pratique clinique en santé mentale**

##### **1. Evaluation et Prise en Charge de la Santé Physique**

- Evaluation de la santé physique
  - Noter les antécédents en détail et interroger sur les facteurs de risques. Manque d'activité physique, alimentation inappropriée, tabagisme, utilisation nocive d'alcool et/ou de substances psychoactives, comportements à risque et maladies chroniques.
  - Réaliser un examen physique.
  - Réaliser un diagnostic différentiel. Eliminer les éventuelles causes physiques et sous-jacentes des manifestations MNS par la recherche d'antécédents, l'examen physique et des examens de laboratoire de base, s'ils sont nécessaires et disponibles.
  - Identifier les comorbidités. Souvent, une personne peut présenter plusieurs troubles MNS en même temps. Il est important de les évaluer et de les prendre en charge le cas échéant.
- Prise en charge de la santé physique
  - Traiter les comorbidités en même temps que le trouble MNS. Faire une orientation/consulter des spécialistes si besoin.
  - Sensibiliser sur les facteurs de risque modifiables pour prévenir les maladies et encourager une vie saine.

##### **2. Mener une évaluation MNS**

Mener une évaluation pour un trouble MNS implique les étapes ci-dessous. Premièrement, explorer la plainte présentée. Ensuite, recueillir l'historique médical, y compris les antécédents MNS, les problèmes de santé générale, les antécédents MNS familiaux et l'historique psychosocial. Examiner la personne (examen de santé mentale), établir un diagnostic différentiel et identifier le trouble MNS. Dans le cadre de l'évaluation, pratiquer un examen physique et des examens de laboratoire de base si nécessaire. L'évaluation est menée avec le consentement éclairé de la personne.

- La plainte présentée: Symptôme principal ou raison pour laquelle la personne demande des soins
  - Demander quand, pourquoi et comment cela a commencé.
  - A ce stade, il est important de recueillir autant d'informations que possible concernant les symptômes et la situation de la personne.
- Antécédents MNS
  - Interroger sur des problèmes similaires dans le passé, des hospitalisations en psychiatrie ou des médicaments prescrits pour des troubles MNS et sur d'éventuelles tentatives de suicide.
  - Explorer la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives.
- Antécédents de santé générale

- Interroger sur les problèmes de santé physique et la prise de médicaments.
- Obtenir une liste des médicaments pris actuellement.
- Interroger sur toutes allergies aux médicaments.
- Antécédents familiaux de troubles MNS
  - Explorer tout antécédent familial de troubles MNS et demander si quelqu'un dans la famille a eu des symptômes similaires ou a reçu un traitement pour un trouble MNS.
- Antécédents psychosociaux
  - Interroger sur des sources de stress actuelles, les stratégies pour y faire face et le soutien social.
  - Interroger sur le fonctionnement socio-occupationnel (la façon dont la personne fonctionne à la maison, au travail et dans ses relations).
  - Recueillir des informations de base – y compris où la personne vit, le niveau d'éducation, l'historique professionnel, l'état civil, le nombre d'enfants et leur âge, les revenus financiers, la structure du foyer et les conditions de vie.

*Pour les enfants et adolescents, demander s'ils ont un adulte qui prend soin d'eux et interroger sur la nature et la qualité de cette relation.*

### 3. Evaluation des troubles MNS

- Examen Physique
  - Réaliser un examen physique ciblé sur la base des observations faites au cours de l'évaluation des troubles MNS.
- Examen de l'Etat Mental (MSE)
  - Interroger et observer le comportement et l'apparence de la personne, son humeur et son état affectif, le contenu de ses pensées, ainsi que toutes perturbation(s) de sa perception ou cognition.
- Diagnostic Différentiel
  - Tenir compte du diagnostic différentiel et éliminer les autres troubles ayant des symptômes similaires
  - Examens techniques ou des examens de laboratoire si cela est indiqué et possible, en particulier pour éliminer les causes physiques.
- Identifier le Trouble MNS
  - Identifier les troubles MNS en utilisant le(s) module(s) approprié(s).
  - Evaluer les autres symptômes MNS et troubles prioritaires (voir Matrice d'Orientation)
  - Suivre les algorithmes de prise en charge et de traitement appropriés.

### 4. Prendre en charge les troubles MNS

- Elaborer un plan de traitement en collaboration avec la personne et ses aidants. Le plan de traitement écrit doit comprendre :
  - Interventions pharmacologiques (si nécessaire)
  - Interventions psychosociales
  - Référence médicale (référence et contre-référence)
  - Plan de suivi
  - Prise en charge des comorbidités physiques et/ou des autres troubles MNS
- Proposer toujours des **interventions psychosociales** à la personne et à ses aidants.
- Traiter le trouble MNS à l'aide d'interventions pharmacologiques si cela est indiqué.
- Orienter vers des spécialistes ou l'hôpital si une telle mesure est indiquée et applicable.
- S'assurer qu'un plan de suivi est en place.

- Travailler main dans la main avec les aidants et la famille pour soutenir la personne souffrant d'un trouble MNS.
- Favoriser des liens étroits avec le monde du travail, le monde de l'éducation, les services sociaux (y compris pour le logement) et tous les autres secteurs pertinents.
- Adapter le plan de traitement aux populations spécifiques (enfants, personnes âgées, femmes enceintes).

## 5. Soins essentiels, pratiques

- **Planification du traitement**
  - Discuter et déterminer les objectifs du traitement tout en respectant la volonté et les préférences de soins.
  - Impliquer les aidants après avoir obtenu l'accord de la personne.
  - Encourager l'auto-surveillance des symptômes et expliquer quand solliciter des soins en urgence.
- **Interventions psychosociales**
  - **Psychoéducation** : Informer la personne sur les troubles MNS, en incluant:
    - la nature du trouble et son évolution prévisible,
    - les traitements disponibles pour le trouble et les bénéfices attendus,
    - la durée et le prix du traitement,
    - l'importance de suivre correctement le traitement, y compris ce que la personne peut faire (ex : prise de médicaments, interventions psychologiques pertinentes comme la relaxation) et ce que peuvent faire les aidants pour que la personne suive correctement son traitement.
    - les effets secondaires éventuels (à court et long termes) de tout médicament prescrit que la personne (et ses aidants) doit surveiller.
    - l'implication éventuelle des travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, agents de santé communautaires ou d'autres membres de confiance dans la communauté.
    - se référer à la section prise en charge du ou des module(s) pertinent(s) pour obtenir des informations spécifiques sur le(s) trouble(s) MNS.
  - **Réduire le stress et renforcer les soutiens sociaux** : Rechercher des solutions aux facteurs de stress psychosociaux présents:
    - Identifier et discuter des problématiques psychosociales qui exercent un stress sur la personne et/ou qui impactent sa vie. Cela inclut, sans se limiter à, problèmes familiaux et relationnels, difficultés liées au travail/activité/revenus, logement, finances, sécurité de base, accès aux services minimum, stigmatisation, discrimination, etc....
    - Aider la personne à gérer son stress en discutant des méthodes comme les techniques de résolution de problèmes.
    - Evaluer et prendre en charge toutes situations de maltraitance, d'agression (ex : violences domestiques) ou de négligence (ex : d'enfants ou de personnes âgées). Discuter avec la personne d'un éventuel référencement vers un organisme officiel de protection ou vers un réseau informel de protection. Contacter les instances légales et communautaires appropriées.
    - Identifier les membres de la famille pouvant apporter leur soutien et les impliquer autant que possible si cela est souhaitable.
    - Renforcer les soutiens sociaux et essayer de réactiver les réseaux sociaux de la personne.
    - Identifier les activités sociales passées qui, si réactivées, pourraient constituer un soutien psychosocial direct ou indirect (ex : réunions de



famille, visites des voisins, activités communautaires ou religieuses, etc.).

- Enseigner des techniques de gestion du stress telles que les techniques de relaxation.

- **Encourager la participation active à des activités quotidiennes**

- Apporter un soutien à la personne pour qu'elle poursuive des activités sociales, éducatives et professionnelles régulières autant que possible.
- Faciliter son intégration dans des activités économiques.
- Offrir une formation aux compétences de vie et/ou compétences sociales si besoin.

- **Interventions psychologiques**

- Les traitements psychologiques sont des interventions qui nécessitent une consécration de temps important. Ils sont généralement assurés par des spécialistes formés. Cependant, ces traitements peuvent être effectués efficacement par des professionnels non-spécialisés formés, supervisés et guidés par le biais d'auto-formations. Exemples : counseling, P+, intervention solutions de conflits, médiation familiale, IPT,...
- Ces interventions sont adaptées au contexte socio-culturel et peuvent être indiquées et effectuées au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux de District) et au niveau des agents communautaires.

- **Interventions pharmacologiques**

- Suivre les lignes directrices sur la psychopharmacologie pour chaque module.
- Recourir aux interventions pharmacologiques lorsqu'elles sont disponibles et indiquées dans l'algorithme de prise en charge et le tableau joint.
- En sélectionnant le médicament approprié, prendre en compte son profil d'effets secondaires (à court et long termes), l'efficacité des traitements antérieurs, les interactions médicamenteuses et les interactions médicament-maladie.
- Consulter le Formulaire national ou le Formulaire de l'OMS si besoin.
- Sensibiliser la personne sur les risques et bénéfices du traitement, les effets secondaires éventuels, la durée du traitement et l'importance de suivre correctement son traitement.
- Être prudent quand vous prescrivez des médicaments à des groupes spécifiques tels les personnes âgées, les personnes atteintes d'une maladie chronique, les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants/adolescents. Consulter un spécialiste si besoin.

- **Orienter vers un spécialiste/ Hôpital si besoin**

- Rester vigilant envers des situations qui peuvent nécessiter une orientation vers un spécialiste/hôpital, en cas par exemple de non-réponse au traitement, d'effets secondaires sévères des interventions pharmacologiques, de comorbidité physique et/ou de troubles MNS, de risque de conduites auto-agressives/suicidaires.

- **Suivi**

- Organiser une visite de suivi à la suite de la première évaluation.
- Après chaque visite, organiser un rendez-vous de suivi et encourager la présence assidue de la personne. Planifier le rendez-vous à un moment qui convienne aux deux parties.
- Planifier les premières visites de suivi de manière rapprochée jusqu'à ce que les symptômes commencent à répondre au traitement. Une fois que les

symptômes commencent à s'améliorer, planifier des rendez-vous moins fréquents mais néanmoins réguliers.

- A chaque visite de suivi, évaluer:
  - la réponse au traitement, les effets secondaires des médicaments, l'observance du traitement et les interventions psychosociales.
  - l'état de santé général (assurez-vous de surveiller la santé physique régulièrement).
  - les soins personnels (ex : alimentation, hygiène, vêtements) et le fonctionnement dans l'environnement de la personne.
  - les problématiques psychosociales et/ou tout changement dans les conditions de vie pouvant affecter la prise en charge.
  - la compréhension et les attentes de la personne et des aidants sur le traitement. Corriger toutes mauvaises compréhensions.
  
- Tout au long de la période du suivi :
  - reconnaître tous les progrès allant dans le sens des objectifs du traitement et renforcer l'adhésion.
  - maintenir un contact régulier avec la personne (et si approprié, avec ses aidants). Si disponible, affecter un travailleur / agent communautaire ou une personne de confiance dans la communauté (tel qu'un membre de la famille).
  - expliquer que la personne peut revenir au centre de soins à tout moment entre les visites si besoin (ex : pour les effets secondaires des médicaments, etc.).
  - établir un plan d'action en cas d'absence de la personne aux rendez-vous.
  - utiliser les ressources familiales et communautaires pour contacter les personnes qui ne seraient pas revenues pour leur suivi régulier.
  - contacter un spécialiste si l'état de la personne ne s'améliore pas ou s'aggrave.
  - documenter les aspects clés des interactions avec la personne et la famille dans le dossier du patient.
  
- **Impliquer les aidants**
  - Quand cela est approprié et avec le consentement de la personne concernée, impliquer les aidants ou des membres de la famille dans les soins de la personne.
  - Reconnaître qu'il peut être difficile de s'occuper des personnes présentant des troubles MNS.
  - Expliquer aux aidants l'importance de respecter la dignité et les droits d'une personne présentant un trouble MNS.
  - Repérer l'impact psychosocial sur les aidants.
  - Evaluer les besoins des aidants afin d'assurer que le soutien et les ressources nécessaires sont disponibles pour la vie de famille, le travail, les activités sociales et la santé.
  - Encourager la participation à des groupes de soutien mutuel et familiaux, là où ils existent.
  - Avec le consentement de la personne, informer les aidants de l'état de santé de la personne sur toutes problématiques liées à l'évaluation, au traitement, au suivi et aux effets secondaires éventuels.

- **Populations spécifiques**

## ENFANTS/ADOLESCENTS

- Explorer l'exposition à des facteurs défavorables tels que la violence et la négligence qui peuvent affecter la santé mentale et le bien-être
- Evaluer les besoins des aidants.
- Traiter les adolescents qui se présentent seuls, même s'ils ne sont pas accompagnés par un parent ou un tuteur. Obtenir le consentement éclairé de l'adolescent.
- Offrir la possibilité à l'enfant/adolescent d'exprimer ses préoccupations en privé.
- Adapter votre langage au niveau de compréhension de l'enfant/l'adolescent.
- Explorer les ressources disponibles dans la famille, à l'école et dans la communauté.

## FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES

- Si une femme est en âge de procréer, demander : si elle allaite un enfant, si elle pourrait être/est enceinte; si elle est enceinte, la date de ses dernières règles.
- Se mettre en lien avec un spécialiste de la santé maternelle pour organiser les soins.
- Envisager une consultation avec un spécialiste en santé mentale si disponible.
- Etre prudent concernant les interventions pharmacologiques: vérifier la toxicité pour le fœtus et le passage dans le lait maternel. Consulter un spécialiste si besoin il y a.
- Quand cela est approprié et avec le consentement de la personne concernée, impliquer les aidants ou les membres de la famille dans les soins de la personne.

## PERSONNES AGEES

- Rechercher des solutions aux facteurs psycho-sociaux de stress qui sont particulièrement préoccupants pour la personne, tout en respectant leur besoin d'autonomie.
- Identifier et traiter les problèmes de comorbidités physiques
- Utiliser des doses plus faibles de médicaments
- Anticiper le risque accru d'interactions médicamenteuses.
- Traiter les besoins des aidants.

- **Liens avec les autres secteurs**

Afin d'assurer une prise en charge globale et en fonction de l'évaluation initiale, mettre la personne en lien avec les services de l'emploi, de l'éducation et d'autres services sociaux (dont le logement) et tout autre secteur pertinent.