

# **Burkina Faso : accès à des soins de santé mentale**

Berne, le 31 mars 2025

## **Mentions légales**

Editeur

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR)

Case postale, 3001 Berne

Tél. 031 370 75 75

Courriel : [info@osar.ch](mailto:info@osar.ch)

Site web : [www.osar.ch](http://www.osar.ch)

IBAN : CH92 0900 0000 3000 1085 7

Version disponible en français

COPYRIGHT

© 2025 Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), Berne

Copies et impressions autorisées sous réserve de la mention de la source

# Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Le système de santé du Burkina Faso</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Situation des soins de santé mentale</b> .....	<b>5</b>
3.1	Disponibilité des soins de santé mentale .....	6
3.1.1	Coût des consultations et traitements de santé mentale .....	9
3.2	Accès à des soins de santé mentale .....	10
<b>4</b>	<b>Disponibilité et coût de médicaments spécifiques</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Couverture des traitements et médicaments</b> .....	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Sources</b> .....	<b>12</b>

Ce rapport repose sur des renseignements d'expert·e·s et sur les propres recherches de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR). Conformément aux standards COI, l'OSAR fonde ses recherches sur des sources accessibles publiquement. Lorsque les informations obtenues dans le temps imparti sont insuffisantes, elle fait appel à des expert·e·s. L'OSAR documente ses sources de manière transparente et traçable, mais peut toutefois décider de les anonymiser, afin de garantir la protection de ses contacts.

# 1 Introduction

Le présent document a été rédigé par l'analyse-pays de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) à la suite d'une demande qui lui a été adressée. Il se penche sur les questions suivantes :

## Questions :

1. Un homme burkinabé, atteint de troubles psychiatriques sévères, notamment un trouble du stress post-traumatique (TSPT) avec des symptômes de reviviscences intrusives, des flashbacks, une hypervigilance et des troubles dissociatifs, pourrait-il bénéficier au Burkina Faso (à Ouagadougou ou dans le Nord-est du pays) d'une prise en charge ambulatoire et d'un suivi régulier avec un psychiatre et un psychologue auprès d'un établissement de santé public ?
2. Ce suivi et le traitement sont-ils gratuits ou à prix réduits pour les personnes à bas revenu ?
3. Une hospitalisation est-elle possible dans un hôpital psychiatrique ? Si oui, à quels coûts pour le patient ?
4. Quels sont les principaux obstacles à cette prise en charge dans le secteur public ?
5. Quels sont les coûts pour une prise en charge psychologique/psychiatrique dans le secteur privé ?
6. Les médicaments sertraline et quétiapine sont-ils disponibles au Burkina Faso ? Si oui, à quels prix ?
7. Les médicaments sont-ils couverts par un programme étatique ou sont-ils à la charge du patient ?
8. Y a-t-il des ONG qui soutiennent les malades psychiques ?

L'analyse-pays de l'OSAR observe les développements au Burkina Faso depuis plusieurs années<sup>1</sup>. Sur la base de ses propres recherches ainsi que de renseignements transmis par des expert·e·s externes, elle apporte les réponses suivantes aux questions ci-dessus.

## 2 Le système de santé du Burkina Faso

**Système de santé pyramidal à 3 niveaux. Près de 2000 structures de santé publiques et 500 structures privées. Le secteur privé est concentré à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.** Selon la chercheuse *Emeline Kaboré*, le système de santé repose sur un système

---

<sup>1</sup> [www.osar.ch/publications/rapports-sur-les-pays-dorigine](http://www.osar.ch/publications/rapports-sur-les-pays-dorigine)

pyramidal à trois niveaux qui correspondent aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Le district sanitaire est le premier niveau qui comporte deux échelons : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). En 2020, il y avait 1896 CSPS et 65 CMA dans le pays. Les soins de santé secondaires comprennent huit centres hospitaliers régionaux. Enfin, le troisième niveau comprend six centres hospitaliers universitaires (CHU). L'offre de santé est organisée en secteur public, privé et traditionnel. Le secteur privé se concentre à 90 % à Ouagadougou, la capitale, et à Bobo-Dioulasso (*Kaboré, Emeline, 2023*). La chercheuse *Émilie Pigeon-Gagné* avance que le secteur des soins de santé privé comporte 519 structures, qui offrent des soins primaires et spécialisés, et confirme que celles-ci sont principalement concentrées dans les villes de Ouagadougou et Bob-Dioulasso. Il existe 2060 structures sanitaires publiques. Les dépenses dans le secteur de la santé se montent à 280 milliards de FCFA, ce qui revient à 12,6 % de l'ensemble du budget de l'État. Les ménages assurent 32 % des dépenses de santé. Près de 30 % des dépenses annuelles de santé sont assurées par l'aide internationale (*Pigeon-Gagné, Emilie, mai 2021*).

**Systeme de santé affaibli par la crise sécuritaire.** Selon *Alternatives humanitaires*, une revue internationale de réflexion et de débat consacrée à l'action humanitaire, depuis 2018, la crise sécuritaire a affaibli le système de santé dans le pays avec la fermeture ou la réduction des heures d'ouverture des établissements de santé. En septembre 2022, près de 14 % des établissements, soit 194 du total, avaient été fermés (*Alternatives humanitaires, mars 2023*). Selon le *Borgen Project*, les conflits ont affecté plus de 600 établissements de santé et obligé 211 d'entre eux à fermer (*Borgen Project, 1er août 2023*).

### 3 Situation des soins de santé mentale

**Plus d'un tiers de la population souffre d'au moins un trouble psychique. Deux-tiers des personnes qui souffrent d'un trouble psychique ne bénéficient pas de soins.** Selon le professeur Arouna Ouedraogo, chef de service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, interviewé par le *Groupe de coopération sanitaire pour la recherche et la formation en santé mentale* (GCS), une enquête sur la santé mentale au Burkina Faso a montré que plus d'un tiers des personnes interrogées souffrait d'au moins un trouble mental. L'enquête a également montré que seuls 30 % de ces personnes avaient eu recours à des soins. Pour le professeur, la situation de la santé mentale dans le pays est caractérisée par une insuffisance de ressources humaines qualifiées et une forte stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces dernières sont nombreuses à ne pas pouvoir bénéficier d'une prise en charge appropriée (GCS, 14 octobre 2022).

**Les maladies mentales sont fortement stigmatisées, souvent considérées comme une « malédiction » ou une manifestation d'un « mauvais esprit ». Les malades sont marginalisés et exclus de leur famille. Cette stigmatisation entrave la recherche et l'utilisation des soins de santé mentale.** Pour *Le Monde*, au Burkina Faso, les troubles psychiques sont tabous. Les personnes qui en souffrent sont stigmatisées, livrées à elles-mêmes et souvent rejetées par leur famille. Cette stigmatisation des malades se base sur des croyances populaires et superstitions bien ancrées dans la société, selon lesquelles les malades sont des « fous » ou des « sorciers » possédés par un démon ou des génies. Les malades sont tenus responsables de ce qui est considéré comme une « malédiction » ou punition pour

avoir transgressé des interdits dans la coutume. Les malades sont généralement d'abord envoyé·e·s chez des guérisseurs traditionnels ou des religieux où ils subissent parfois des sévices corporels et des mauvais traitements qui visent à les débarrasser du « mauvais esprit ». Comme le coût d'un traitement médical est souvent trop important pour les familles démunies, celles-ci choisissent parfois d'enfermer le malade ou de le répudier et le chasser. Les femmes malades qui sont jetées à la rue sont particulièrement exposées au viol, car selon une superstition, avoir un rapport sexuel avec des femmes qui souffrent de troubles psychiques apporte richesse et pouvoir (*Le Monde*, 26 octobre 2022). Selon les chercheurs *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, les services de santé mentale sont rares dans les zones rurales et les personnes souffrant de troubles mentaux sont souvent marginalisées et parfois exclues de leur propre famille. De nombreuses personnes pensent que les maladies psychiques sont des manifestations d'un contact avec les esprits (*Pigeon-Gagné, Emilie et al.*, décembre 2022). Selon les chercheurs *Lyann Porfilio-Mathieu et al.*, la forte stigmatisation des maladies mentales entrave souvent la recherche d'aide et de soins et constitue un obstacle important à l'utilisation des services de soins de santé mentale (*Porfilio-Mathieu, Lyann et al.*, 25 avril 2022). Selon l'*Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole (EPSM)*, la prise en charge des patient·e·s est également freinée par le tabou qui entoure les troubles mentaux. Ces patient·e·s sont souvent stigmatisé·e·s et exclu·e·s socialement et économiquement (EPSM, 2022).

### 3.1 Disponibilité des soins de santé mentale

**La santé mentale n'est pas une priorité pour l'État. Pas de législation spécifique qui protège les personnes souffrant de troubles psychiques. Pas de budget spécifique.** Selon *Émilie Pigeon-Gagné*, le secteur de la santé mentale n'est pas une priorité pour l'État. Il n'existe pas de législation spécifique qui protège les droits des personnes souffrants de troubles psychiques. Concernant le financement de ce secteur, les soins psychiatriques sont essentiellement financés de manière indirecte par l'entremise des transferts faits par l'État vers les différentes structures sanitaires offrant ces soins. La proportion du budget de la santé alloué à la santé mentale n'est pas connue (*Pigeon-Gagné, Emilie*, mai 2021). Les chercheurs *Lyann Porfilio-Mathieu et al.* confirment que le pays n'a pas encore adopté de législation offrant une protection aux personnes souffrant de troubles psychiques. Il n'a pas non plus de budget spécifique pour assurer un financement régulier des établissements de santé mentale (*Porfilio-Mathieu, Lyann et al.*, 25 avril 2022).

**Manque de personnel qualifié, infrastructures insuffisantes, communication déficiente sur les troubles psychiques et absence de données sur l'étendue des problèmes dans le pays. Le gouvernement a élaboré un plan stratégique, mais sans allouer les ressources financières pour le mettre en œuvre.** Citant la docteure Estelle-Édith Dabiré Dembélé, secrétaire générale du ministère de la santé et de l'hygiène publique, l'EPSM souligne que les principaux défis incluent des ressources humaines quantitativement et qualitativement insuffisantes, un déficit de communication sur les troubles mentaux et les droits des personnes en situation de handicap mental, intellectuel et physique, ainsi qu'un manque de données probantes dans le domaine de la santé mentale (EPSM, 2022). Pour *Emeline Kaboré*, les défis auxquels font face les soins de santé mentale au Burkina Faso sont liés au manque d'infrastructures, combiné avec le manque de professionnel·le·s et le manque de répartition territoriale. Ces problèmes ont été identifiés par les plans stratégiques 2014-2018 et 2020-2024 (*Kaboré, Emeline*, 2023). Selon l'EPSM, le Burkina Faso a fait appel en 2019 à

*Expertise France*, l'agence publique de conception et de mise en œuvre de projets internationaux de coopération technique, pour aider le ministère de la santé et de l'hygiène publique burkinabè (MSHP) à mettre en œuvre son plan stratégique dans le domaine de la santé mentale. La stratégie du gouvernement pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, adoptée en 2020, s'articule autour de deux axes : le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé mentale, ainsi que l'amélioration des prestations de soins de santé mentale (EPSM, 2022). Selon *Alternatives humanitaires*, malgré l'existence d'un plan stratégique de santé mentale, l'offre de soins dans ce domaine reste faible. Dans les centres de santé, les agent·e·s manquent de formation et de qualification pour traiter les problèmes de santé mentale (*Alternatives humanitaires*, mars 2023). Selon le *Borgen Project*, le gouvernement a adopté une politique de santé mentale en 2020, mais il n'a pas encore alloué les ressources humaines ou financières pour la mettre en œuvre. Des progrès ont malgré tout été fait avec l'augmentation des services de santé mentale communautaire (*Borgen Project*, 1er août 2023).

**Une offre de soins de santé mentale très insuffisante. Seulement une dizaine de psychiatres et de psychologues exercent dans le pays, la plupart sont concentré·e·s dans les deux plus grandes villes du pays.** Selon les chercheur·euse·s *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, le Burkina Faso ne compte que deux services psychiatriques qui sont situés à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Dans le reste du pays, les patient·e·s doivent se contenter de structures sanitaires intermédiaires. On ne recense que 0,7 professionnel·le de santé mentale pour 100 000 habitant·e·s (*Pigeon-Gagné, Émilie et al.*, 2022). Cette chercheuse précise qu'il existe 42 structures sanitaires dans le pays qui fournissent des soins de santé mentale. Au niveau primaire, ce sont 31 CMA qui peuvent fournir des soins, au niveau secondaire ce sont 9 CHR qui les offrent et au niveau tertiaire ce sont deux CHU qui assurent une offre de soins spécialisés en psychiatrie. *Émilie Pigeon-Gagné* estime que l'offre de soins psychiatriques reste largement insuffisante, avec 0,287 unités de soins en santé mentale pour 100 000 habitant·e·s et 0,668 lits pour 100 000 habitant·e·s. Il existe également un manque de personnel en santé mentale avec seulement 0,635 infirmiers·ières spécialisé·e·s, 0,039 psychiatre, 0,022 psychologue et 0,011 travailleur·euse social·e pour 100 000 habitant·e·s. En tout, le secteur public compte 118 infirmiers·ières spécialisé·e·s en psychiatrie, neuf psychiatres, six psychologues et deux travailleurs·euses sociaux·ales. Près de 60 % de ce personnel est concentré dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. En plus de CHU, les autres structures sanitaires qui offrent des soins de santé mentale possèdent un·e à deux infirmiers·ières spécialisé·e·s couvrant tout le territoire (*Pigeon-Gagné, Émilie*, mai 2021). Selon le *Borgen Project*, le pays ne compte que 103 professionnel·le·s de la santé mentale (*Borgen Project*, 1er août 2023). Selon *Le Monde*, le Burkina Faso compte une dizaine de psychiatres et de psychologues pour 20 millions d'habitant·e·s (*Le Monde*, 26 octobre 2022). Selon *Emeline Kaboré*, l'offre de soins en santé mentale est limitée par le manque de personnel, avec seulement onze psychiatres dans le pays, dont six à Ouagadougou et trois à Bobo-Dioulasso. Peu de spécialistes sont dans les chefs-lieux des régions, ce qui laisse les habitant·e·s des villages sans recours à des soins (*Kaboré, Emeline*, 2023). Selon les chercheurs *Lyann Porfilio-Mathieu et al.*, le pays compte 134 professionnel·le·s de la santé mentale, dont 9 psychiatres, 5 psychologues, 2 travailleurs·euses sociaux·ales et 114 infirmiers·ières psychiatriques. Plus de la moitié d'entre elles et eux sont concentré·e·s dans les centres urbains, en particulier à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Ces deux villes possèdent également les deux seuls hôpitaux psychiatriques du pays (*Porfilio-Mathieu, Lyann et al.*, 25 avril 2022).

**Le CHU de Yalgado Ouédraogo dispose de 16 lits pour hospitaliser les patient·e·s. Problèmes de vétusté et de manque d'équipements et de personnels.** Selon le *Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO)*, le service de psychiatrie comporte quatre unités : l'unité de pédopsychiatrie, l'unité d'addictologie, les urgences psychiatriques et l'unité d'hospitalisation. Cette dernière dispose de 16 lits (CHUYO, 18 février 2023). Selon *Pauline Aimard*, le service d'hospitalisation du CHUYO disposait en 2017 d'un total de 54 lits répartis dans 26 chambre doubles, deux chambres individuelles et deux salles d'isolement (*Aimard Pauline*, 12 janvier 2017). Le CHUYO reconnaît que l'unité de pédopsychiatrie est en état de dégradation avancée qui nécessiterait des réparations. Selon le chef du service, les conditions dans l'unité d'addictologie et celle des urgences pédiatriques doivent également être améliorées. En ce qui concerne l'unité d'hospitalisation, le chef indique que celle-ci mériterait également une réfection ou réhabilitation sans quoi la santé des patient·e·s pourrait en être affectée. Le psychologue de l'hôpital fait remarquer que des moquettes devraient être posées aux murs pour éviter que les patient·e·s qui se cognent la tête aux murs se blessent. De manière générale, le service de psychiatrie souffre de problèmes de vétusté des locaux, d'équipements, de mobilier, de climatisation et d'insuffisances de produits. Le service manque également de personnel avec un seul psychiatre. Le personnel de psychiatrie doit également parfois prêter main forte à d'autres services (CHUYO, 18 février 2023).

**Les ONG et associations tentent de remplir le vide laissé par l'État et offrent des soins gratuits. Toutefois, la plupart ciblent les personnes affectées par le conflit.** Selon *Emeline Kaboré*, l'offre de soins de santé mentale est étoffée par les ONG et associations, dont treize fournissent des soins de santé mentale dans le pays via des interventions intégrées dans le secteur de la protection. Certaines ONG, comme Action Contre la Faim (ACF), Humanité Inclusion (anciennement Handicap International) et Save the children fournissent des interventions ciblées en santé mentale. L'ONG Humanité Inclusion, active au Burkina Faso depuis 2017, gère un dispositif d'assistance psychosociale à distance. Même si la majorité des bénéficiaires sont des personnes déplacées, ce dispositif téléphonique peut être utilisé par toute personne qui souffre de troubles psychiques, comme le TSPT. Une autre initiative est celle d'Adama Ouédraogo, dont l'association « Sauvons le Reste – SAULER » cible les personnes handicapées psychosociales (*Kaboré, Emeline, 2023*). *Alternatives humanitaires* mentionne que des organisations comme ALIMA et leurs partenaires locaux travaillent pour soutenir le système de santé du pays dans le domaine de la santé mentale. ALIMA soutient notamment les travailleurs·euses communautaires par la formation pour améliorer leur sensibilisation aux troubles psychiques et au dépistage précoce de ces problèmes. Ces travailleurs·euses fournissent des soins de première ligne dans les centres de santé et par le biais de cliniques mobiles (*Alternatives humanitaires*, mars 2023). Selon le journal *Le Monde*, il existe en périphérie de Ouagadougou une structure médico-sociale, le centre Notre-Dame-de-l'Espérance, qui prend en charge et réhabilite les personnes atteintes de maladies mentales. En plus de fournir des soins gratuits et un suivi psychiatrique, les soignant·e·s forment également les patient·e·s à un métier pour favoriser leur réinsertion (*Le Monde*, 26 octobre 2022). Les chercheur·euse·s *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, mentionnent une association religieuse qui a ouvert ses portes en 2014 à Bobo-Dioulasso et qui héberge des personnes souffrant de troubles psychiques et ayant été délaissées par leur famille. Celles-ci peuvent y résider et y recevoir des traitements pharmacologiques gratuits (*Pigeon-Gagné, Emilie et al.*, 2022).

**Traitement du trouble du stress post-traumatique possible au CHU de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso.** Selon l'EPSM, les professionnel·le·s de la santé ont reçu des formations

en psycho traumatisme qui ont notamment porté sur la stimulation bilatérale alternée (SBA), technique de traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Au total, ce sont 173 professionnel·le·s de santé qui ont été formé·e·s, dont 56 qui ont bénéficié d'une formation complète aux SBA au sein des services de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou et du CHU Souro Sanou de Bobo Dioulasso. De plus, 25 spécialistes de la santé mentale ont reçu une initiation à l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) (EPSM, 2022). Selon le courriel envoyé à l'OSAR le 18 mars 2025 par une *personne de contact qui est un psychiatre ayant travaillé plusieurs années au CHUYO (personne de contact A)*, le TSPT est une pathologie courante au Burkina Faso et elle peut être traitée au CHUYO qui dispose de psychiatres et de psychologues. Selon le courriel envoyé à l'OSAR le 29 mars 2025 par une *personne de contact qui travaille comme psychiatre au Burkina Faso (personne de contact B)*, il est possible pour une personne souffrant de troubles du stress post-traumatique de bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi, mais également d'une hospitalisation dans un établissement public.

### 3.1.1 Coût des consultations et traitements de santé mentale

**Coût d'une consultation avec un psychiatre ou un psychologue.** Selon le courriel envoyé à l'OSAR le 26 mars 2025 par une *personne de contact qui est une psychologue clinicienne ayant une très bonne connaissance du Burkina Faso (personne de contact C)*, les consultations et suivis psychiatriques sont payants et sont uniquement disponibles dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Les services psychiatriques disponibles dans le secteur privé sont très limités et associés à des frais importants. D'après le *ministère de la fonction publique, du travail et de la protection sociale (MFPTPS)*, la nomenclature et tarification des actes des professionnel·le·s de santé dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso indique que le tarif de référence pour une consultation chez un médecin neuropsychiatre, psychiatre ou psychologue clinicien·ne est fixé à 2 000 FCFA, ou environ 2,90 francs suisses<sup>2</sup>. Ce tarif s'applique aux établissements publics et sert de point de référence (MFPTPS, juillet 2017). Selon la *personne de contact A*, le TSPT se traite généralement en ambulatoire à raison de deux consultations par mois. Dans le secteur public, les patient·e·s paient environ 5 euros, ou 4,80 francs suisses, par consultation. Selon la *personne de contact B*, dans le secteur privé, les prix des consultations psychiatriques varient entre 10 000 et 25 000 FCFA, ou entre 17 et 35 francs suisses.

**Les coûts d'une hospitalisation au CHUYO varient selon le standing des chambres.** Selon *Pauline Aimard*, au CHUYO, le standing des chambres dépend du prix payé par les patient·e·s. Dans le service de psychiatrie, le prix oscille entre 500 FCFA/jour (0,7 francs suisses) pour une chambre avec un fin matelas posé sur un bloc de béton à 4500 FCFA/jour (6,50 francs suisses) pour une chambre individuelle climatisée avec table, chaise et un lit (*Aimard Pauline*, 12 janvier 2017). Selon les chercheur·euse·s *Emilie Pigeon-Gagné et al.*, les patient·e·s qui s'adressent au service psychiatrique de la ville de Bobo-Dioulasso reçoivent principalement des traitements pharmacologiques payants. Les patient·e·s doivent assumer un paiement direct pour obtenir une consultation ou hospitalisation. L'hospitalisation requiert également que les patient·e·s soit accompagné·e·s d'un·e membre de leur entourage (*Pigeon-Gagné, Émilie et al.*, 2022). Selon la *personne de contact A*, les frais d'hospitalisation au CHUYO tournent autour de 500 euros - ou 477 francs suisses - par mois.

---

<sup>2</sup> Selon le taux de change du 24 mars 2025.

**Un fardeau économique et social qui repose généralement sur les familles des patient·e·s.** Selon *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, ce sont souvent les proches des patient·e·s qui s'en occupent et naviguent entre les divers types de soins, ce qui leur induit d'importants coûts financiers. Ces coûts prennent la forme de paiements directs (frais de consultation et d'hospitalisation, achat de médicaments, sacrifices et rituels, frais de transport, etc.) et indirects (temps alloué à l'accompagnement et au soutien du malade, perte de journées de travail, prise en charge d'un·e proche sans revenu, etc.). Les familles subissent également des répercussions sociales et parfois une certaine forme de marginalisation et d'exclusion, surtout en milieu urbain (*Pigeon-Gagné, Émilie et al.*, 2022). Les chercheurs *Lyann Portfilio-Mathieu et al.* confirment qu'au Burkina Faso ce sont surtout sur les familles que repose le fardeau de s'occuper de leurs proches qui souffrent de troubles psychiques (*Portfilio-Mathieu, Lyann et al.*, 25 avril 2022).

### 3.2 Accès à des soins de santé mentale

**L'accès à des soins de santé mentale est limité par une offre de soins insuffisante. Possibilités d'hospitalisation réduites.** Selon l'EPSM, le Burkina Faso fait face à des problèmes de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques et du respect des droits humains dans le domaine de la santé mentale. Parmi les obstacles, l'EPSM cite le manque de personnel, avec seulement une dizaine de psychiatres pour tout le pays et un nombre très limité de psychologues et d'infirmiers·ières spécialisés (EPSM, 2022). Selon *Émilie Pigeon-Gagné*, en milieu urbain il est fréquent que les personnes souffrant de troubles psychiques sévères n'aient aucun accès à une prise en charge ou traitement et qu'elles finissent sans domicile, à errer dans les villes du pays et à mendier (*Pigeon-Gagné, Émilie*, mai 2021). Selon cette chercheuse, les habitant·e·s doivent parcourir en moyenne 6,8 km pour se rendre à une structure sanitaire et 21 % de la population doit parcourir plus de 10 km pour se rendre dans un centre de santé. De plus, les soins psychiatriques dispensés sont uniquement de nature curative avec des possibilités d'hospitalisation limitées (*Pigeon-Gagné, Émilie*, mai 2021). Selon la *personne de contact C*, malgré une offre de soins de santé mentale limitée, les services ne sont pas surchargés car peu consultés. Ceci est notamment dû au fait que ces services sont hautement stigmatisés par la population. Les principales barrières sont d'ordre financiers (prix des consultations, des médicaments et de l'hospitalisation) et géographiques pour les personnes vivant en zones rurales.

**Les patient·e·s renoncent à rechercher des soins en raison de leurs coûts élevés, mais également en raison de la stigmatisation liée aux maladies mentales. La majorité a d'abord recours à la médecine traditionnelle.** Selon les chercheur·euse·s *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, l'accès aux soins de santé mentale est entravé par des obstacles économiques qui souvent retardent le moment où une personne va chercher des soins auprès d'établissements psychiatriques. En outre, le recours à ces soins ne semble se produire qu'au dernier moment, lorsque la personne montre des signes évidents, chroniques et inquiétants de troubles mentaux graves. Les chercheur·euse·s relèvent que les personnes craignent d'être identifiées comme des malades mentaux en raison des répercussions sociales que cela entraîne (*Pigeon-Gagné, Émilie et al.*, décembre 2022). Selon *Emeline Kaboré*, les populations locales ont surtout d'abord recours à la médecine traditionnelle pour se soigner (*Kaboré, Emeline*, 2023). Selon les chercheurs *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, les personnes souffrant de troubles psychiques consultent tout autant les structures sanitaires que les médecines et thérapies traditionnelles. Dans les zones rurales, les médecines traditionnelles sont la principale ressource pour soigner les troubles mentaux. Les chercheur·euse·s citent une étude

selon laquelle, dans le cas de personnes indigentes souffrant de troubles psychiques, à peine 1 % avait recours à des soins de santé formels, la majorité préférant se tourner vers des figures religieuses ou communautaires, ou encore des voisin·e·s ou la famille. En milieu urbain, il est fréquent que les patient·e·s qui finissent hospitalisé·e·s aient d'abord subi l'échec d'une prise en charge dite « traditionnelle ». Ces choix s'expliquent par la croyance que les troubles mentaux relèvent de causes surnaturelles et ancestrales et que la biomédecine est inefficace contre ces troubles (*Pigeon-Gagné, Emilie et al., 2022*). Selon les chercheur·euse·s *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, les patient·e·s ont recours à la psychiatrie lorsque leurs tentatives avec des thérapeutes religieux ou traditionnels ont échoué. Ces personnes sont souvent réticentes à avoir recours à la psychiatrie car, cela engendre des coûts importants, d'une part, et cela entraîne une condamnation sociale, d'autre part, en raison de la forte stigmatisation liée aux maladies mentales. Ainsi, comme le suggère *Émilie Pigeon-Gagné et al.*, les patient·e·s estiment que les médecins modernes et traditionnels sont tous deux nécessaires pour soigner les troubles psychiques (*Pigeon-Gagné, Emilie et al., 2022*).

## 4 Disponibilité et coût de médicaments spécifiques

**Les médicaments quetiapine et la sertraline sont en principe disponibles au Burkina Faso.** Selon la *personne de contact A*, la quetiapine et la sertraline sont disponibles au Burkina Faso. Il en irait de même pour la plupart des psychotropes disponibles en Europe. Cette source ne connaît pas le prix exact de ces deux médicaments, mais estime que le coût mensuel de l'ensemble des psychotropes pour traiter le TSPT n'excède pas les 150 Euros. L'OSAR a contacté une pharmacie à Ouagadougou (Pharmacie Diaby) le 21 mars 2025 qui a indiqué qu'elle n'avait pas ces médicaments en stock, mais qu'elle pouvait les commander.

## 5 Couverture des traitements et médicaments

**Moins de 10 % de la population dispose d'une assurance. Un projet d'assurance maladie universelle, qui prévoit d'assurer 15 % de la population d'ici la fin 2025, est en cours de développement.** Selon le IZA *Institute of labor economics*, un institut de recherche privé allemand spécialisé en économie du travail, le gouvernement du Burkina Faso a supprimé les frais d'utilisation des services de soins maternels et infantiles et soutient un projet d'assurance maladie universelle en cours de développement. Selon une étude de 2021, moins de 10 % de la population est couverte par une forme quelconque d'assurance maladie. D'ici fin 2025, plus de trois millions de travailleurs·euses du secteur public et privé devraient bénéficier d'une assurance maladie. En outre, les personnes les plus vulnérables devraient être assurées sans payer de primes. La protection des travailleurs·euses du secteur informel repose sur l'adhésion volontaire avec de modèles d'assurance alternatifs (IZA *Institute of labor economics*, juin 2024). Selon le *Bureau internationale du travail* (ILO), en août 2023, le Conseil des ministres a adopté cinq décrets d'application de la loi de 2015 sur le régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso (RAMU). Ces décrets ont permis au gouvernement de rendre le RAMU opérationnel en juillet 2023. Le premier objectif sera de couvrir 15 % de la population, soit 3 300 000 travailleurs·euses, y compris celles et ceux de l'économie informelle, d'ici 2025 (ILO, 24 août 2023).

**Les frais de consultation et d'hospitalisation sont à la charge des patient·e·s.** Selon la *personne de contact B*, les frais de la prise en charge en ambulatoire ou des hospitalisations ne sont pas couverts ou subventionnés par l'État et sont donc à la charge du malade ou de sa famille. Dans un courriel envoyé à l'OSAR le 26 mars 2025, la *personne de contact C* confirme également que les frais d'hospitalisation doivent être payés par les patient·e·s.

**Les psychotropes sont à la charge des patient·e·s.** Selon la *personne de contact A*, au Burkina Faso, les psychotropes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et sont donc à la charge des patient·e·s. Selon la *personne de contact C*, il n'existe pas de programme étatique qui prenne en charge les coûts des médicaments, qui doivent donc être payés par les patient·e·s. Les médicaments sont, par ailleurs, souvent en rupture de stocks. Cette indisponibilité chronique, qui concerne plusieurs classes de médicaments psychotropes, est particulièrement problématique pour les patient·e·s qui suivent un traitement de longue durée. Les personnes indigentes ou qui sont dans une situation de grande précarité économique pourraient se voir offrir certains médicaments gratuitement par le bureau de l'assistance sociale, mais uniquement de manière ponctuelle.

**Un ensemble défini de soins primaires sont fournis gratuitement. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont exempté·e·s de paiements directs.** Selon *Thinkwell*, une organisation de développement des systèmes de santé, au Burkina Faso, la politique de gratuité des soins de santé, adoptée en mars 2016, est mise en œuvre dans tous les établissements de santé publics et dans un petit nombre d'établissements privés. Ces établissements fournissent gratuitement un ensemble défini de soins de santé qui sont financés par le budget de l'État. Entre 60 et 80 % des fonds fournis par l'État servent à payer les médicaments et le reste sert à financer les consommables et les coûts d'exploitation. Les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et celles en post-partum peuvent bénéficier de la gratuité des soins. Les femmes bénéficient de soins prénatals et postnatals, d'accouchements, de soins obstétricaux d'urgence et de césariennes. Le traitement des fistules obstétricales et le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer sont également couverts (*Thinkwell*, septembre 2020). Selon *Emilie Pigeon-Gagné*, les coûts des soins de santé primaires (vaccination, accès aux médicaments essentiels, consultations prénatales) sont pris en charge par l'État. Certaines catégories de la population, comme les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes indigentes, sont exemptées de paiements directs (*Pigeon-Gagné, Emilie*, mai 2021).

## 6 Sources

Aimard Pauline, 12 janvier 2017:

**« Le service d'hospitalisation [du CHU Yalgado Ouédraogo] comporte au total 54 lits, qui se divisent en 26 chambres doubles et 2 chambres individuelles. Il faut ajouter à cela, 2 salles d'isolement. Le standing des chambres diffèrent selon le prix payés. Dans le service de psychiatrie, cela va de 4500 francs CFA à 500 francs CFA, soit de 6,80 à 0.76 euros la journée (pour rappel, le SMIC est à 32 00 francs actuellement). Les catégories citées ci-dessous sont valables à l'ensemble du CHU.**

*La catégorie 1, à 4500 francs CFA la journée, est une chambre individuelle, climatisée avec une table, une chaise, un lit et un matelas comme nous les connaissons. Il y en a deux dans le service. La catégorie 2 est à 2000 francs CFA la journée. Chambre double, avec ventilateur, lit et matelas, ainsi qu'une table. Il y a dans cette catégorie, deux chambres doubles. A cela, il faut ajouter une chambre qui se situe dans le couloir du bâtiment et qui est utilisée comme chambre d'observation où le patient peut être gardé durant 48h maximum avant de décider s'il est hospitalisé ou pas.*

*La catégorie 3, le prix est à 1000 francs CFA la journée. Il n'y en a pas dans le service de psychiatrie. La catégorie 4 est à 500 francs la journée. Ici, le lit disparaît, de même pour la table et le ventilateur. A la place, nous avons des blocs de ciment sur lesquels sont posés un fin matelas. Il y a 23 chambres double. La catégorie 5, à 100 francs la journée, ne dispose pas d'une chambre. C'est l'autorisation de poser un tapis à même le sol où dans les couloirs des services de l'hôpital. Cette catégorie est absente du service de psychiatrie. » Source: Aimard Pauline, Les dynamiques de la coopération inter-hospitalière entre le CHU Yalgado Ouédraogo et l'EPS de Ville Evrand : structuration du secteur psychiatrique burkinabé, 12 janvier 2017, p.57 : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01433434v1/file/2016%20AIMARD%20Pauline%20Les.pdf>*

Alternatives humanitaires, mars 2023 :

*« Since 2018, the **security crisis** in Burkina Faso has exacerbated the humanitarian crisis, contributing to major population displacement and a health system in disarray, with the **closure or reduced hours of health facilities**. As of September 2022, 197 health facilities have been closed, i.e. 13.6% of the total number.*

*Growing needs but shrinking healthcare provision*

***Reduced access to healthcare and population displacement are increasing pressure on primary care facilities in the areas receiving the displaced, mainly due to the growing numbers of people attending health centres. At the same time, exposure to attacks and massacres, the harrowing experience of being displaced and the permanent anguish caused by a state of insecurity are contributing to a rise in mental health problems.***

***This increase in mental health needs is taking place against a backdrop of a low level of provision, despite the existence of a Plan stratégique santé mentale (Strategic Mental Health Plan). Most of the qualified and specialised mental health professionals are based in urban areas, whereas the healthcare workers at health centres have received little training or information on how to identify, refer and treat mental health issues. At community level, the subject of mental health is poorly addressed and even considered taboo.***

***ALIMA and its local partners, Keogo and SOS Médecins – Burkina Faso, are dealing with the challenge of supporting mental health services in order to meet these growing needs. This task is further complicated by insecurity and the disorganised health system, particularly in the Centre-Nord region of the country. ALIMA's assistance has been incorporated into the existing health provision to guarantee continuity of care through the Ministry of Health. Community workers are trained in awareness raising – specifically to put an end to mental health taboos – and in the early detection of mental health issues, which helps***

*limit the risk of complications. **Workers specialising in Mental health and psychosocial support (MHPSS) deliver first line care in health centres and through mobile clinics.** Mental health is linked to medical and nutrition work, i.e. each contact with health workers is an opportunity to raise awareness and to detect and treat mental health issues. If necessary, patients are referred to psychiatric services. In terms of nutritional care, apart from detecting issues in mothers, health workers are trained to spot any cognitive or developmental issues. Psychostimulation areas, which allow for play sessions with children and the accompanying persons, have been set up. » Source: Alternatives humanitaires, Treating mental health in conflict zones in Burkina Faso with Traumatic Stress Relief (TSR), mars 2023 : [https://www.alternatives-humanitaires.org/wp-content/uploads/2023/03/AH\\_N22\\_3\\_Focus\\_ALIMA\\_VEN-2.pdf](https://www.alternatives-humanitaires.org/wp-content/uploads/2023/03/AH_N22_3_Focus_ALIMA_VEN-2.pdf)*

CHUYO, 18 février 2023:

*« **En mettant les pieds en Psychiatrie, certains ne savaient pas qu'on visitait le plus grand service (en superficie) du CHU-YO, ce jeudi 16 février 2023. Accueilli par le grand « manitou » des lieux, le Pr Karfo Kapouné, le Dg et son équipe technique en plus du Représentant des Travailleurs Monsieur Naby Nonguema, ont visité salle par salle chacune des 4 Unités du service. Il s'agit de l'Unité de Pédiopsychiatrie, de l'Unité d'addictologie, des Urgences psychiatriques et de l'Unité l'Hospitalisation.***

***Ouvert en 2005, la Pédiopsychiatrie est en état de dégradation avancée : l'état des portes, plafonds, étanchéité, mobiliers, et climatisation nécessite soit des réparations ou un remplacement total. Même les toboggans et les balançoires sont hors d'usage. L'aire de jeux manque de fleurs et la salle de jeux manque de jouets nécessaires à l'activité attachés de santé.***

***Du fait du manque d'éclairage et de l'encombrement de la zone, l'insécurité y règne en permanence. La peur des reptiles également. Sur place, instruction a été donnée par le Dg de faire enlever tous les agrégats, ferrailles et pierres sauvages....***

***Au niveau de l'Unité d'addictologie, dont les travaux d'extension viennent de prendre fin, il manque l'éclairage et l'équipement des différents bureaux et salles.***

***A l'entrée des urgences psychiatriques, on constate que les portes, fenêtres, le mobilier, le système d'aération méritent une attention particulière. A ce niveau, les conditions doivent être améliorées, étant donné que c'est comme « une vitrine de l'hôpital », fait savoir le chef de service.***

***Dans l'Unité d'hospitalisation, avec une capacité d'accueil est de 16 lits, l'état général mérite une réfection ou réhabilitation. « Nos malades sont agités. Si les ouvertures, les lits et matelas ne sont pas adaptés, cela nous peut nous créer des problèmes », prévient le chef de service. « Imaginez si un malade se suicide avec ce morceau de fer détaché de la porte !? », ajoute-t-il en montrant le bout du métal pointu.***

***Pour le psychologue, Monsieur Clément Lankoandé, il est indiqué de mettre des moquettes dans les salles d'hospitalisation car certains patients agités cognent leur tête contre le mur. Pour des raisons professionnelles, il sollicite l'acquisition de 4 chaises identiques pour son bureau de consultation.***

*Dans l'ensemble, les difficultés soulevées lors de la visite se rapportent à des problèmes de vétusté des locaux, d'équipements, de mobilier, de plomberie, de climatisation, d'insuffisances de produits.*

*En ce qui concerne les ressources humaines, on note que le service ne compte qu'un psychiatre (le chef de service lui-même) du fait entre autres des départs à la retraite. Cette préoccupation préoccupe le Dg, dans la mesure où il faut éviter que le service ne soit sans médecins.*

*Autres préoccupations. Le souhait de voir ouvrir un guichet de paiement vers la Psychiatrie de même que le paramétrage de la tarification des certificats médicaux. Certains ont demandé la tarification des liaisons de consultations puisque le personnel de la psychiatrie se déporte régulièrement dans les différents services cliniques pour y voir et consulter des malades, notamment dans les services de Réanimation, de Médecine interne.... D'autres demandent le renforcement de la collaboration interservices de sorte à avoir davantage de réactivité quand la Psychiatrie fait appel à des autres spécialistes pour venir voir des malades.*

*Le Pr Karfo a sollicité la possibilité d'avoir un agent pour gérer la bibliothèque du service. Sur la question de la coopération avec Ville Evrard(France), dont la dernière convention arrive à échéance, il souhaite avoir un rendez-vous avec le Dg pour en discuter en profondeur.*

*Le Directeur général a salué l'esprit patriotique du personnel de la Psychiatrie. Il a rassuré le chef de service et son personnel de la résolution dans l'immédiat d'un certain nombre de problèmes liés à la plomberie, la climatisation et le désencombrement des aires de la Psychiatrie.*  
» Source: Centre hospitalier universitaire Yalgado Oudraogo (CHUYO), Service de Psychiatrie : « Certains cadres refusent souvent nos salles d'hospitalisation », avoue le Pr Karfo, 18 février 2023 : <https://chuyobf.org/actualites/service-de-psychiatrie-certains-cadres-refusent-souvent-nos-salles-dhospitalisation-avoue-le-pr-karfo/>

EPSM, 2022 :

*« Au Burkina Faso, 40% de la population, soit environ 7 millions de personnes, présentent des troubles mentaux à un moment de leur vie. La santé mentale est donc une problématique considérable, amplifiée par la crise sanitaire de la COVID-19 et la crise sécuritaire. Depuis 2015, la récurrence des attaques terroristes a engendré le déplacement interne des populations, concernant environ 1,94 million de personnes fin janvier 2023.*

*Parmi elles, 26,15% présentent des troubles anxieux. Comme la grande majorité des pays, le Burkina Faso fait face à des difficultés de prise en charge et au problème du respect des droits humains en santé mentale. Le manque de ressources humaines formées est un frein majeur aux soins. En 2018, le CCOMS comptabilisait lors d'une mission exploratoire seulement une dizaine de psychiatres pour tout le pays et un nombre très limité de psychologues et d'infirmiers spécialisés.*

*Le tabou autour des troubles mentaux limite également l'accès à la prise en charge. Les personnes ayant un problème de santé mentale sont stigmatisées et exclues socialement et économiquement. Le nombre croissant de malades errants en atteste. Depuis plus de 10*

ans, le ministère de la Santé du Burkina Faso est engagé dans une démarche d'amélioration de la prise en charge de la santé mentale. En 2019, il fait appel à Expertise France pour obtenir un appui sur le renforcement de sa politique et la mise en œuvre de son plan stratégique. [...]

**Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique burkinabè (MSHP) est pleinement engagé dans une démarche de renforcement de la prise en charge de la santé mentale.** Le Dr Estelle-Édith Dabiré Dembélé, Secrétaire générale du Ministère, dresse un état des lieux des enjeux et des actions menées.

Quels sont les **défis majeurs** du Burkina Faso en matière de santé mentale ?

L'analyse de la situation nationale fait ressortir plusieurs problèmes. Je rappellerai **ici trois défis majeurs** : **des ressources humaines quantitativement et qualitativement insuffisantes pour la prise en charge des troubles mentaux, un déficit de communication sur les troubles mentaux et les droits des personnes en situation de handicap mental, intellectuel et physique, et un manque de données probantes dans le domaine de la santé mentale.** [...]

Partenaire sur l'activité :

université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou Pour accompagner le plan de santé mentale 2020-2024, **un état des lieux des troubles mentaux a été réalisé en 2021** sur l'ensemble des régions du Burkina Faso. **Menée auprès de 5 258 personnes dans un contexte de crises sanitaire et sécuritaire, l'étude en population générale a été approfondie par une enquête visant à évaluer l'ampleur des problèmes de santé mentale au sein des populations déplacées internes (PDI), avec un focus sur le stress posttraumatique.**

**La prévalence des troubles mentaux a été évaluée à 33,49% de la population burkinabè.** Cela s'expliquerait notamment par le contexte sécuritaire, puisque 42,51% des enquêtés ont été exposés à au moins un événement stressant ou traumatique, dont 26,15% à des attaques terroristes. Ces données ont montré que le pays faisait face à un phénomène d'envergure et ont confirmé l'urgence de mener des actions en faveur de la santé mentale.

Le volet de l'étude concernant **les PDI indique qu'elles souffrent davantage de troubles mentaux puisque la prévalence atteint 41,10%**. Elles subissent à la fois la menace les ayant poussées à partir, le départ et ses conséquences, et les conditions de vie souvent précaires à l'arrivée. L'incertitude quant au retour accroît leur niveau de stress. 26,15% d'entre elles présentent des troubles anxieux, alors que ce taux est de 12,79% chez les non déplacées.

On observe également dans cette enquête des variations de la prévalence chez les PDI d'une ville à l'autre, pouvant résulter des conditions d'accueil proposées. Elle est plus élevée lorsque les PDI sont majoritairement hébergées dans des camps que quand elles sont accueillies par des familles locales.

Cette étude a permis de mieux appréhender les problématiques de santé mentale actuelles. Des recommandations ont été formulées en conséquence afin d'orienter les politiques publiques en la matière. [...]

Le ministère de la Santé burkinabè a été accompagné dans l'élaboration de son plan national de santé mentale 2020-2024. Le précédent référentiel stratégique ayant expiré en 2018,

*l'objectif était de le renouveler tout en l'adaptant au contexte du moment et en optimisant son opérationnalisation. **Adoptée en février 2020, cette nouvelle stratégie d'amélioration de la prise en charge des questions de santé mentale au Burkina Faso s'articule autour de deux axes : • Le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé mentale • L'amélioration des prestations de soins de santé mentale. [...]***

*Partenaire sur l'activité : Centre national de ressources et de résilience (CN2R)*

*La crise sécuritaire au Burkina Faso, induisant des attaques terroristes et 1,94 million de personnes déplacées internes, nécessite d'élargir les capacités de prise en charge post-traumatique. **Des formations au psychotraumatisme ont pour cela été dispensées aux professionnels de santé, avec l'appui opérationnel du CN2R, en étroite collaboration avec le ministère de la Santé burkinabè. Elles ont principalement porté sur la stimulation bilatérale alternée (SBA), technique de traitement du trouble de stress post-traumatique, et sur les modules de base du psychotraumatisme. Sur la durée du projet, 173 professionnels de santé ont été formés. Parmi eux, 56 ont bénéficié d'une formation complète aux SBA au sein des services de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou et du CHU Souro Sanou de Bobo Dioulasso. et 25 spécialistes de la santé mentale ont reçu une initiation à l'EMDR. Quatre sessions de formation régionales aux modules de base du psychotraumatisme ont ensuite été organisées pour 92 professionnels non spécialisés en santé mentale venant de l'ensemble du territoire.** » Source: Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole (EPSM), Santé mentale au Burkina Faso : un projet pilote, 2022, p.4-8 : [https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2023-07/EF\\_BF\\_SANTE\\_MENT\\_18x24\\_V12.pdf](https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2023-07/EF_BF_SANTE_MENT_18x24_V12.pdf)*

GCS, 14 octobre 2022 :

*« **Quel sont les principaux résultats de l'enquête sur la santé mentale au Burkina Faso menée avec le CCOMS et Expertise France ?***

*L'enquête qui s'est déroulée en 2021 nous a permis de faire l'état des lieux de la santé mentale au sein de la population générale sur toute l'étendue du territoire national. Nous avons d'abord observé l'importance de l'exposition aux situations stressantes et événements potentiellement traumatisants au sein de la population générale au Burkina Faso : 42,51 % des personnes interrogées rapportaient une telle exposition.*

***En termes de prévalence des troubles mentaux, si l'on considère l'ensemble des troubles repérés par le MINI, 33,49 % des personnes enquêtées au Burkina Faso avaient au moins un trouble mental. Les tableaux cliniques les plus fréquemment rencontrés étaient la dysthymie (10,26 %), l'épisode dépressif (9,82 %) et le trouble panique (6,30 %).***

*Entre autres facteurs de risque associés à la survenue de troubles, nous avons constaté que le fait de résider dans les régions à sécurité précaire était associé à un risque accru de déclarer un trouble mental par rapport aux personnes qui résidaient dans les zones moins touchées par les attaques terroristes.*

***Un autre résultat assez préoccupant de la présente enquête a été le faible recours aux soins chez les personnes ayant déclaré au moins un trouble mental : en effet, seulement 30,76 % d'entre elles avaient eu recours aux soins.***

*Sur à la récente mission du CCOMS, soutenue par Expertise France, et à l'action de plusieurs villes françaises\*, les CLSM ont fait leur apparition dans votre pays. En quoi ce dispositif vous semble être pertinent ?*

*Il ne fait aucun doute que ces conseils locaux de santé sont très pertinents pour nos pays en développement, caractérisés par la **persistance de préjugés sur la maladie mentale, une insuffisance de ressources humaines qualifiées en santé mentale et une stigmatisation et discrimination accrues à l'égard des personnes concernées par les problèmes de santé mentale**. Dans cet environnement l'on comprend aisément **que beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux ne bénéficient pas de prise en charge appropriée**. C'est pourquoi **la mise en place des conseils locaux de santé mentale constitue une source d'espoir pour un changement de paradigme sur la maladie mentale dans mon pays**.*

*Quels sont vos projets pour continuer à améliorer la santé mentale de la population du Burkina Faso ?*

*Les besoins de mon pays étant immenses, il faut agir à la fois sur plusieurs leviers. Parmi ces projets, les plus urgents concernent : le renforcement des ressources humaines en santé mentale pour assurer avec plus d'efficacité la prévention, l'accès et la continuité des soins ; Le plaidoyer pour l'élaboration d'un cadre législatif et réglementaire spécifique en santé mentale ; La mise en place de stratégies de communication pour le changement social et comportemental. J'ajoute que toutes ces actions ne sauraient être menées de façon conséquente sans des données probantes issues de la recherche opérationnelle.» Source: Groupement de coopération sanitaire pour la recherche et la formation en santé mentale (GCS), Interview du Professeur Arouna Ouedraogo, Chef de Service de Psychiatrie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso, 14 octobre 2022: <https://www.recherche-sante-mentale.fr/newsletter/77-10-22.html>*

ILO, 24 août 2023 :

**« On 09 August 2023, the Burkina Faso Council of Ministers adopted five decrees implementing Act No. 060 - 2015/CNT of 05 September 2015 on the Universal Health Insurance Scheme in Burkina Faso (RAMU). The decrees concern namely:**

- *the conditions and procedures for administrative control as part of the RAMU;*
- *the terms and conditions of registration of RAMU members, their dependants, and poor families.*
- *the approval of standard models for national or individual agreements between RAMU management bodies and healthcare management bodies.*
- *the specification of the conditions and procedures for the medical control and expertise of health care benefits, goods and services guaranteed by the RAMU;*
- *the definition of the RAMU's essential basket of care.*

**3,300,000 public and private sector workers to be covered by RAMU by 2025 The adoption of these decrees provides the Government with the legal instruments it needs to make the RAMU operational from July 2023, with the first target being 15% of the population, or 3,300,000 workers, including those in the informal economy, covered by 2025. [...]** » Source: ILO, The Universal Health Insurance Scheme (RAMU) is being set up in Burkina Faso, 24 août

2023: <https://www.ilo.org/resource/news/universal-health-insurance-scheme-ramu-being-set-burkina-faso>

IZA Institute of labor economics, juin 2024 :

*« This research evaluates the impacts of a mandatory health insurance scheme bundled to the attribution of microcredits for informal micro-entrepreneurs, using a cluster randomized controlled trial (RCT) conducted from January 2020 to January 2022 in Ouagadougou, the capital of Burkina Faso. This urban setting exhibits several typical characteristics of the sub-Saharan region. Almost half of its population lives below the poverty line, the economy is mostly informal (more than 80% of the active population according to the last census), and access to the formal banking system is insufficient (BCEAO, 2022), leaving many households vulnerable to disease or accidents. For two decades, the government has demonstrated its commitment to moving towards UHC, by removing user fees for maternal and infant care services (Ridde and Yam'eogo, 2018) and supporting Universal Health Insurance, both community-based (Fink et al., 2013) and institution-based (Bicaba et al., 2020). To date, less than 10% of the population is covered by any form of health insurance (Demographic and Health Survey, 2021), but the implementation of National Health Insurance is ongoing.*

*More than three million public and private workers should be insured by the end of 2025, while the most vulnerable should be insured without premiums. Nonetheless, the protection of informal workers is left to voluntary enrollment, justifying the emergence of alternative models. The evaluated intervention consisted of a micro health insurance subscription for each new loan obtained and throughout the loan duration. The benefit package was comprehensive, covering inpatient and outpatient services (including drugs and exams). We evaluate the impact of health insurance on several outcomes, including financial protection, health utilization, and overall health. » Source: IZA Institute of labor economics, Comprehensive Assessment of the Impact of Mandatory Community-Based Health Insurance in Burkina Faso, juin 2024, p.5 : <https://docs.iza.org/dp17094.pdf>*

Kaboré, Emeline, 2023 :

*« Le système de santé burkinabè repose sur un système pyramidal composé de trois niveaux. Ces trois niveaux correspondent aux soins de santé primaire, secondaire et tertiaire. Le premier niveau est représenté par le district sanitaire, il comprend deux échelons : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). On dénombrait en 2020, 1896 CSPS et 65 CMA. Le second niveau correspond aux soins de santé secondaire, il comprend 8 centres hospitaliers régionaux, qui servent d'hôpitaux de référence. Le troisième et dernier niveau, est constitué de 6 centres hospitaliers universitaires (CHU). L'offre de santé s'organise également sous trois secteurs : public, privé et traditionnel. Le secteur privé est essentiellement concentré dans la capitale Ouagadougou et la deuxième plus grande ville en population : Bobo-dioulasso qui abritent 90% des structures privés. La médecine traditionnelle est reconnue au Burkina depuis 1994 et s'avère être un des premiers recours pour les populations rurales. Le ratio personnel soignant par habitant est par ailleurs assez faible, ce qui entrave inexorablement l'offre de soins dans le pays, de plus la mauvaise répartition concentre le principal des professionnels dans les grandes villes. Il y a pour l'heure 11 médecins psychiatres dont 6 à Ouagadougou, 3 à Bobo-dioulasso. [...]*

**Des conventions ont été signés entre le ministère de la santé et les ONG et associations souhaitant intervenir dans le domaine de la santé mentale. On recense 13 ONG qui interviennent dans le domaine de la SM via des interventions intégrées dans le secteur de la protection. C'est une nette augmentation depuis 2015 qui en comptait seulement deux. Quelques ONG ont des interventions autonomes ciblées en santé mentale, citons Action Contre la Faim (ACF), Humanité Inclusion – anciennement Handicap International – (HI), Save the children.**

*Nous avons pu échanger avec des membres de certaines de ces ONG et leur avons demandé quelles étaient les actions qu'ils mettaient en place pour l'axe stratégique de la santé mentale. Pour pallier aux manques de ressources humaines présentes auprès des PDI, l'ONG Humanité Inclusion (HI) déploie des actions psychosociales au Burkina depuis 2017. L'ONG a mis en place en 2019 un dispositif de réponse psychosociale à distance. Les bénéficiaires de ce dispositif sont à 80% des PDI mais est accessible à tous et est également utile pour les hôtes qui rappelons-le peuvent souffrir de PTSD au titre de sujet non-exposés proches des victimes. Ce dispositif gratuit depuis tous les opérateurs offre une assistance psychologique téléphonique. Les tranches horaires sont du lundi au vendredi de 7h à 20h et le samedi de 8h à 12h. Cela permet à toutes personnes en situation de détresse d'obtenir une écoute quel que soit l'endroit où elles se trouvent. L'intérêt de ce dispositif est de permettre une intervention rapide, d'éviter que la détresse ne se chronicise et contribue à réduire les risques de survenues de troubles mentaux à long terme. Les interlocuteurs au bout du fil sont un psychologue et deux stagiaires qui ont une licence en psychologie. Ils apportent une écoute, une information sur le stress, un soutien psychologique à distance et en cas de détresse ou de risque aiguë, ils réorientent vers les partenaires HI, les centre d'écoute et de jeu ou vers les structures offrant un suivi psychiatrique comme les CMA et les CHR. De leurs chiffres, une donnée intéressante ressort : ce sont majoritairement les hommes qui téléphonent. La littérature nous indique que ce sont les femmes qui sont plus sujettes au stress et au PTSD mais ce dispositif est plus utilisé par les hommes. Après discussion avec un psychologue, il nous fait remarquer que les femmes ont beaucoup plus d'espace de paroles que les hommes. Elles communiquent entre elles et expriment plus leur émotions car les activités qu'elles font entre elles (couture, ménage, travail agricole) permettent ce type de discussion. Les hommes quant à eux n'ont pas autant d'espace d'expression et l'anonymisation du téléphone favorise le recours à ce dispositif. Ce dispositif est louable car il permet d'atteindre une population plus discrète et pallie à son échelle au manque de personnel qualifié disponible auprès des PDI. Néanmoins, il comporte des points défailants : les horaires limités, la nécessité d'avoir un téléphone et du réseau, l'incapacité d'intervenir directement auprès de la personne en urgence. Conscients de ces faiblesses, ce dispositif tend à améliorer son offre afin d'étendre sa plage horaire et prévoit de mettre à disposition une équipe mobile en capacité d'intervenir.*

**Notons une initiative citoyenne, Adama Ouédraogo qui avec son association « Sauvons le Reste – SAULER » œuvre pour l'assistance des personnes handicapées psychosociales. Avec le soutien du ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, dans la région de Ouahigouya, ce psychiatre accompagne les PDI à surmonter leurs traumatismes. Surnommé le « Messie des fous », il indique que les femmes et les enfants qui ont vécu les tueries et ont assisté aux assassinats de leur mari sont souvent sujettes à des stress aigus. Les PDI qu'ils accompagnent sont reconnaissantes de cette initiative et appellent les personnes en capacité d'apporter leur contribution à leur bienfaiteur. Adama Ouédraogo souligne le manque de moyens accordé par l'État à la situation sanitaire mentale des PDI.**

Nous avons eu un entretien avec Alasanne Abdou Tchibo, responsable Santé Mentale et Pratiques de Soins, Genre et Protection (SMPSGP) chez Action Contre la Faim (ACF), il est également membre du Comité Permanent Inter-agence (CPI). Ce groupe de travail a été formé en 2020 à l'initiative des membres d'ONG qui suite à l'évaluation des besoins en 2020 ont mis en évidence un fort besoin d'action en santé mentale dans les régions communautaires. Toutefois, des actions étaient déjà mises en place par différents ONG et organismes étatiques mais le manque de coordination et de communication faisait que plusieurs actions se chevauchaient, apportant les mêmes réponses. La nécessité de mettre un place un groupe coordonné s'est fait sentir pour adapter au mieux la réponse. Deux ans après la mise en œuvre, la coordination s'est améliorée mais il reste toujours un large écart entre les besoins et réponses apportés. Selon la pyramide d'intervention (cfr. Échelon de la santé, p18), les réponses sont majoritairement centrées sur les deux premiers niveaux. **Les spécialistes dans le pays sont peu nombreux et sont dans les chefs-lieux des régions laissant les personnes vivant dans les villages sans recours possible pour eux.** C'est un point important que le CPI tente de résoudre afin de permettre une rencontre entre la faible offre de l'échelon tertiaire et la forte demande des villageois et de leur garantir ainsi afin une réponse ciblée malgré les faibles ressources allouées à ce secteur. Le groupe de travail a deux réunions par mois : une entre les coordinateurs de groupe qui compte un représentant du ministère de la santé et celui de l'action sociale et la seconde réunion qui rassemble les coordinateurs de groupe et les membres d'ONG. Il se base sur le manuel sphère qui facilite la coordination de la réponse humanitaire. [...]

**La santé mentale est imbriquée dans plusieurs ministères : celui de la santé et celui de l'action sociale. Cela pose trois problèmes : le premier est le manque de leadership et de gouvernance qui est un élément qui incombe tant aux membres du gouvernement, que des acteurs locaux ou les membres d'ONG.** Pour pallier à ce premier problème trois dispositifs ont été mis en place : l'organigramme du ministère de la santé a été revu et a créé la Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCMN) et le CORUS pour la prise en charge des urgences sanitaires avec le volet médico-psychologiques. **Le second problème, est le manque de coordination, qui trouve une partie de sa solution dans les deux dispositifs précédents.** De plus, la création du comité permanent inter-agence permet la communication entre ONG et avec les membres des ministères, ils relaient les informations de terrain et ajustent les stratégies si besoin. **Le troisième problème est l'allocation du financement, une fois que les problématiques dites prioritaires de ces ministères ont été financées, le reste est donné à la santé mentale qui est le parent pauvre de ces ministères.**

**Reprenons les problèmes identifiés par les plans stratégiques 2014-2018 et 2020-2024, le manque d'infrastructures combiné avec le manque de professionnels et le manque de répartition territoriale restent un élément central à la base de tous les manquements en santé mentale.** Le manque de personnel qualifié dans le domaine pour cette crise n'est que le reflet du manque de personnel en santé mentale dans la population générale en temps de paix. » Source: Kaboré, Emeline, La place de la santé mentale dans la prise en charge des personnes déplacées internes au Burkina Faso, 2023, p.18, 40-45 : [https://ma-theo.uliege.be/bitstream/2268.2/16931/4/KABORE\\_Emeline\\_SPD2023.pdf](https://ma-theo.uliege.be/bitstream/2268.2/16931/4/KABORE_Emeline_SPD2023.pdf)

Le Monde, 26 octobre 2022 :

« Assise sur un petit tabouret, Mariama\* égraine les coquilles d'arachides d'un tas de tiges fraîchement cueillies. Ces quelques gestes lui rappellent sa « vie d'avant », quand elle cultivait encore la terre dans son village, murmure Ferdinand Kouadio, l'agent de santé communautaire à ses côtés. La veuve, âgée d'une trentaine d'années, est arrivée il y a trois ans au **centre Notre-Dame-de-l'Espérance, une structure médico-sociale créée pour la prise en charge et la réhabilitation des personnes atteintes de maladies mentales, en périphérie de Ouagadougou**. Le reste, son histoire, comment ses troubles bipolaires se sont aggravés, les soignants n'en savent pas plus. Seulement qu'« elle errait toute seule près d'un marché » lorsque Ferdinand Kouadio l'a trouvée et lui a proposé de l'amener en taxi-moto.

**Dans la capitale, il n'est pas rare de croiser des malades divaguant au milieu de la circulation, vêtus de haillons ou dénudés, le visage poussiéreux et hagard. Les passants font mine de ne pas les voir ou les évitent, par peur et dégoût. Au Burkina Faso, où l'on compte seulement une dizaine de psychiatres et de psychologues pour 20 millions d'habitants, la maladie mentale reste taboue. Dépression, stress post-traumatique, troubles de la personnalité, schizophrénie, idées suicidaires... Lorsqu'elles touchent des femmes, ces pathologies mal acceptées et mal soignées se transforment en double peine.**

*Enchaînée chez un marabout*

**Stigmatisées, rejetées par leur famille, les malades se retrouvent livrées à elles-mêmes. Les croyances populaires et les superstitions restent tenaces. De nombreux Burkinabés les qualifient encore de « geenga » (« folles », en langue moré) ou de « sorcières ». « Beaucoup croient qu'elles sont possédées par un démon ou des génies. On dit qu'elles sont victimes d'une malédiction parce qu'elles ont transgressé des interdits dans la coutume et que la maladie est leur punition », explique Clément Lankoandé, psychologue au CHU Yalgado-Ouédraogo, à Ouagadougou.**

**La plupart de ses patientes ont d'abord été envoyées de force chez des guérisseurs traditionnels ou des religieux. Décoction miracle, incantation, sévices corporels... « Certains pensent qu'il faut les maltraiter pour faire sortir le mauvais esprit de leur corps », regrette Clément Lankoandé. Comme cette patiente d'une vingtaine d'années qu'il a récupérée un jour et a dû hospitaliser pendant trois mois, le temps qu'elle réapprenne à marcher. Elle était restée enchaînée un an chez un marabout.**

**Pour les familles les plus démunies, le coût d'un traitement médical est lourd. En cas de psychose, certaines préfèrent les enfermer ou les répudier, impuissantes. Beaucoup finissent chassées du foyer conjugal, renvoyées chez leurs parents ou jetées à la rue, où elles sont victimes de viols. « Une superstition dit qu'avoir un rapport sexuel avec elles apporte la richesse et le pouvoir. Certaines tombent enceintes, l'action sociale vient leur prendre leur enfant », s'attriste Théophile Zongo, responsable du centre Notre-Dame-de-l'Espérance.**

*Présidente de l'association Sœurs pour sœurs, dont l'objectif est de porter la voix de ces femmes marginalisées, Julienne Zongo (pas de lien de parenté) est une observatrice de longue date de cette mécanique. « Avant 2020, il n'existait pas de structures associatives qui leur soient destinées. Pourtant elles sont les plus vulnérables car elles ne peuvent pas se défendre elles-mêmes », explique la militante féministe, elle-même victime de stigmatisation du fait de son albinisme.*

*Le soutien de la famille est essentiel*

***Dans une étude publiée en février – la première du genre au Burkina Faso –, Sœurs pour sœurs met en lumière les cas de discriminations et de violation des droits de ces victimes, tout en interpellant les autorités pour leur prise en charge gratuite.*** « Dans notre société, les femmes sont les plus fragiles. Elles doivent supporter le poids de la tradition, elles peuvent se retrouver accusées de sorcellerie ou d'être responsables de drames comme le décès de leur mari ou de leur bébé, puis elles se retrouvent seules », résume Julienne Zongo. Depuis 2020, elle mène aussi des activités de sensibilisation auprès des tradipraticiens et des leaders religieux et assure un suivi psychosocial pour tenter de réinsérer les malades. « Il est urgent que la société les reconnaisse enfin, souligne-t-elle. Tout le monde peut être touché un jour. ».

***Au centre Notre-Dame-de-l'Espérance, où les femmes représentent la moitié des pensionnaires, la problématique de la réinsertion est également au cœur des préoccupations. A côté de la gratuité des soins et d'un suivi psychiatrique, les soignants forment les pensionnaires à un métier. Travaux champêtres, fabrication de pâte d'arachide, gestion des tâches ménagères... « On essaie de les responsabiliser pour qu'elles deviennent autonomes, c'est important qu'elles se sentent utiles à la société en travaillant », précise Ferdinand Kouadio.***

*Mais pour réintégrer ces femmes, le soutien de leur famille est essentiel. Or sans pièce d'identité, de numéro de téléphone ou éléments d'information, partir à leur recherche est difficile. Parfois, le bouche-à-oreille fonctionne. « Mais il faut que leurs proches soient prêts à les reprendre. On les sensibilise et on fait des essais en gardant un lien avec les malades. Il arrive aussi qu'on les place dans de nouveaux foyers », explique l'agent de santé communautaire. »*  
Source: Le Monde, Au Burkina Faso, la double peine pour les femmes atteintes de troubles mentaux, 26 octobre 2022: [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/26/au-burkina-faso-la-double-peine-pour-les-femmes-atteintes-de-troubles-mentaux\\_6147404\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/26/au-burkina-faso-la-double-peine-pour-les-femmes-atteintes-de-troubles-mentaux_6147404_3212.html)

MFPTPS, juillet 2017 :

Lettre clé	Correspondance	Tarif plein	Tarif subventionné
C	Consultation au cabinet par le médecin généraliste et le chirurgien-dentiste	1500	750
CS	Consultation au cabinet par le médecin spécialiste	2000	1000
CIS	Consultation au cabinet de soins infirmiers ou obstétricaux par l'infirmier, la sage-femme et le maïeuticien	1000	500
CN PSY	Consultation au cabinet par le médecin neuro psychiatre, psychiatre ou le psychologue clinicien	2000	1000
K ou KR	Acte de chirurgie et de spécialiste pratiqué par le médecin	350	175
Z ou R	Acte utilisant les radiations pratiquées par le médecin ou chirurgien-dentiste	200	100
D	Autres actes que d'orthopédie faciale, obturation dentaire de traitement des parodontoses et prothèse dentaires, pratiqués par le chirurgien-dentiste	350	175
B	Analyses et examens de laboratoire	150	75
AMM	Acte de masseur kinésithérapeute	1000	500
AMI	Acte de l'infirmier	1000	500
PC	Pratique médicale courante	400	200
V	Visite au domicile du malade par le médecin généraliste	3500	0
VS	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste	5000	0
VIS	Visite au domicile du malade par l'infirmier, la sage-femme ou le maïeuticien	2000	0
SF	Acte de sage-femme et de maïeuticien	1000	500
SCP	Acte d'orthopédie dento faciale, acte d'obturation dentaire définitive et de traitement des parodontoses et actes de prothèse dentaire, pratiqués par le chirurgien-dentiste	350	175
R	Acte d'électro radiologie	200	100
K R	Acte d'électro radiothérapie	350	175

Source: Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale (MFPTPS), Nomenclature et Tarification des actes des professionnels de santé dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso, Rapport provisoire, juillet 2017, p.24 : <https://p4h.world/app/uploads/2023/02/20172007202520NGAP202620TA-RIFS202020RAPPORTS20PRELIMINAIRE.x23411.pdf>

Pigeon-Gagné, Emilie et al., décembre 2022 :

*« In rural Burkina Faso, mental health services are scarce, people suffering from serious mental disorders are often marginalized, and the way psychotic manifestations are perceived and expressed remains unknown, thus limiting the possibility to develop culturally relevant care. In this context, it is crucial to gain knowledge on explanatory models of psychotic-like experiences to obtain a basis from which to reflect on a decentralized and realistic care provision. [...] »*

*We found that auditory and visual hallucinations, delusions, and depersonalization – as labeled by western psychiatry - were all associated with supernatural explanatory models in Diébougou region which is consistent with previous research conducted in Sub-Saharan Africa (Bhikha et al., 2012; Lim et al., 2015; Napo et al., 2012; Patel, 1995; Sorsdahl et al., 2010; van Duijl et al., 2014). Psychotic-like experiences were both understood by individuals and community members as manifestations of a contact with spirits. The supernatural entity of “djinn” appeared to be common for people reporting psychotic-like*

*experiences and was not questioned by community members. On the contrary, djinns seem to represent a shared cultural referent, crucial to the interpretation of a set of unusual phenomena (Bonnet, 1988; Egrot, 2002; Fainzang, 1985; Jaffré and de Sardan, 1999; Khalifa and Hardie, 2005; Zempleni, 1985). Among Lobi and Birifor, the existence of supernatural entities is recognized and their interaction with humans is critical to the balance of the community (Bidima, 2008). Thus, supernatural experiences were not considered pathological in themselves. As elsewhere, **this was associated with ancestral customs and animistic worldviews that are deeply rooted in this society** (Abou et al., 2019; Mianji and Semnani, 2015; Nathan, 2005; Orobator, 2018). Because in animistic worldviews the material and immaterial worlds are inseparable, it is common for humans to have contact with invisible entities such as spirits and ancestors. In that context, psychotic-like experiences are thus understood from a perspective that greatly differs from the mainstream western worldview.*

*In our study, psychotic-like experiences were related to three distinct etiological theories. Only one of them was considered as an early sign of mental illness. When it was the case, the emphasis was on a detailed description of specific manifestations, whereas these were evoked in vague and abstract ways when a psychopathology was not suspected. We found that the manifestations per se did not lead to the identification of a mental disorder. Rather, it was the adoption of deviant behaviors that seemed to enable community members to determine who are suffering from a mental perturbation. This echoes findings from other parts of Sub-Saharan Africa where mental health disorders are associated with overt physical and behavioral signs (e.g., aggressive behavior, speech impairment, carelessness) and where mental illness is only suspected in individuals exhibiting these visible and obvious manifestations (Audu et al., 2013; Barke et al., 2011; Deribew and Tamirat, 2005; Franke et al., 2019; Kyei et al., 2014; Monteiro and Balogun, 2013; Sorsdahl and Stein, 2010; Ventevogel et al., 2013). In his classic study, Edgerton (1966), highlighted that psychosis was related to nudity among the four tribes with whom he conducted his investigation. He also observed that hallucinations were socially not associated to psychosis, which could be explained by the fact that these manifestations are not sufficiently visible. This also seems to be the case in our study since hallucinations were not identified as signs of mental disorders by respondents.*

*Beside this conception, psychotic-like experiences were interpreted as common grieving or healing experiences or even as socially valuable faculties. Previous anthropological works in non-western contexts have described that in these settings, spirit possession is common and represents a culturally appropriate way to express distress that is not necessarily interpreted as pathological (Hammond-Tooke, 1989; Igreja et al., 2010; Lee, 1969; Neuner et al., 2012; Ngubane, 1977). For example, van der Zeijst et al. (2021) showed that spirit possession and its manifestations in rural South Africa could be interpreted as a sign of madness as well as an ancestral calling that could lead to the apprenticeship of becoming a healer if they were consistent with cultural expectations. Thus, when individuals act in a way that respects social codes, it seems that psychotic-like manifestations fall on a fluid continuum more than representing an indicator of a specific pathology (Castillo, 2003; Mianji and Semnani, 2015). In this sense, it is interesting to reflect on the protective effect of cultural signifiers in explaining the appearance of atypical manifestations (Chidarikire et al., 2020; Corin, 2003). Possibly, some indigents explained pathological experiences by referring to the socially shared idea that they have a supernatural gift while these same people were potentially considered mentally ill by their community.*

***In Burkina Faso, economic barriers to access psychiatric facilities delay seeking help from these structures (Pigeon-Gagné et al., 2022; MHBF, 2018). Our results suggest that seeking mental healthcare is not only limited by economic barriers but is also only envisaged once a person manifests obvious, chronic, and disturbing signs of a severe mental disorder. Access to care for psychotic illnesses in that specific region thus seems impaired by conditions of approachability, acceptability, and affordability (Levesque et al., 2013). In other words, apart from financial constraints, it seems that help-seeking behaviors toward either health facilities or traditional resources are greatly determined by the ability of the individuals to perceive a need for care and to seek help in a culturally accepted manner. In rural settings, mental health services are very limited which could have an impact on the communities' perception of the possibility to provide care and treatment to psychotic conditions.***

*Like others, our results reveal that people experiencing psychotic-like manifestations report a mistrust in talking openly about their experiences with their relatives (Barke et al., 2011; Dako-Gyeke and Asumang, 2013). A previous study in Burkina Faso revealed that indigents struggling with mental disorders were excluded within their own families and were not accorded the same moral status as other family members (Kadio et al., 2014). In our study, this mistrust can be linked to the fact that some people refused to participate potentially because they feared they might be identified as being mentally ill, which could have significant social repercussions (Nxumalo and Mchunu, 2017; Shibre et al., 2001; Quinn, 2007). Our results highlight that men are considered to have access to socially valued supernatural faculties and, on the contrary, that similar experiences when expressed by women tend to be interpreted as a djinn illness. In the region, mental health disorders are highly stigmatized, but the dynamics underlying this stigma remain understudied. It seems that gender has a major role to play, but the lack of research limits the possibility to interpret this result that would gain to be further investigated. » Source: Pigeon-Gagné, Emilie et al., Explanatory models of psychotic-like experiences in rural Burkina Faso: A qualitative study among indigents and their community, décembre 2022 : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560322001062>*

Pigeon-Gagné, Emilie et al., 2022 :

***[...] Ainsi, malgré d'importantes variations régionales, il semble que les structures sanitaires sont tout autant consultées que les médecines et thérapies traditionnelles.***

***Au Burkina Faso, peu d'informations sont disponibles à ce sujet. Pouliot expose qu'en milieu rural, la biomédecine est la source principale de soins (79 %) pour l'ensemble des pathologies physiques et mentales, mais que la majorité des gens (51,5 %) intègrent les médecines traditionnelles à leurs itinéraires thérapeutiques. Aussi, ces dernières représentent la principale ressource pour les troubles mentaux. Cet aspect a également été décrit dans les travaux ethnographiques concernant les zones rurales où ces thérapies sont socialement valorisées et reconnues comme ayant un pouvoir de guérison. Cependant, Pigeon-Gagné et al. ont révélé que chez les personnes indigentes rapportant des symptômes psychiatriques, moins de 1 % ont recours à des soins formels – sans différence entre la consultation des structures sanitaires et des thérapeutes traditionnels. Dans cette étude, les personnes se dirigeaient plutôt vers les ressources informelles (figures religieuses ou communautaires, voisinage, famille).***

**Les études en milieu urbain sont peu nombreuses et portent presque exclusivement sur des populations cliniques. Ces travaux révèlent qu'une majorité des patients hospitalisés aurait recours aux soins psychiatriques à la suite de l'échec d'une prise en charge dite « traditionnelle ». Selon ces travaux, la biomédecine est perçue par les patients comme inefficace contre les troubles mentaux du fait que ces derniers relèvent de causes surnaturelles et ancestrales. Le recours aux soins psychiatriques, selon ces auteurs, serait déterminé par le niveau d'instruction et le profil socioprofessionnel des accompagnants.**

*À ce jour, les études portant spécifiquement sur la recherche d'aide en santé mentale au Burkina Faso sont peu nombreuses, comportent certains biais méthodologiques, tirent des conclusions variées et portent sur des sous-populations distinctes. Les représentations sociales des systèmes de soins et les facteurs orientant la recherche d'aide demeurent inconnus puisqu'elles n'ont pas été l'objet des précédentes études. Aucune de ces études ne s'est penchée sur les itinéraires thérapeutiques sous un angle qualitatif limitant ainsi la compréhension des raisons influençant le recours aux soins. [...]*

*Le Burkina Faso est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest. La population totale est de 19 632 147 millions d'habitants dont 28,7 % vivent en milieu rural et 40,1 % vivent sous le seuil de pauvreté national. L'économie du pays – classée au 182e rang sur l'échelle de développement humain – est principalement basée sur le secteur agricole et le taux de chômage est estimé à 14,1 %. Le pays compte uniquement deux services psychiatriques (dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso). Le reste du territoire est desservi par des structures sanitaires intermédiaires. À l'échelle du pays, à peine 0,7 professionnel de santé mentale pour 100 000 habitants est recensé. Bien qu'une enveloppe budgétaire ne soit pas spécifiquement dédiée à la santé mentale, un plan d'action visant l'amélioration de la prise en charge psychiatrique a été élaboré au début des années 2000. Depuis 2013, un système d'accréditation des tradipraticiens est instauré par le ministère de la Santé.*

*Instauré en 1958, le service psychiatrique de la ville de Bobo-Dioulasso délivre principalement des traitements pharmacologiques payants. Les consultations et les hospitalisations sont associées à un paiement direct devant être assumé par les patients. Pour y être hospitalisé, un patient doit être accompagné d'un membre de son entourage. Bon nombre de thérapeutes traditionnels sont répertoriés dans la ville, la plupart ne détenant pas de certificats d'exercice émis par le ministère de la Santé. La majorité de ces thérapeutes n'offrent pas de traitements spécifiques pour les troubles mentaux. Pour les quelques-uns qui en offrent, ceux-ci consistent en une combinaison de pratiques d'herboristerie et de rituels ou de cérémonies sacrificielles. Ces traitements sont généralement longs et onéreux pour les patients et leur entourage. En 2014, une association religieuse hébergeant des personnes ayant une pathologie mentale et étant délaissées par leur famille a ouvert ses portes. Les malades peuvent y résider et recevoir des traitements pharmacologiques gratuitement. [...]*

#### *Soins psychiatriques*

*L'unité de soins psychiatriques, communément appelée Trypano, est unanimement identifiée comme une ressource incontournable pour la gestion des troubles mentaux. Les participants des GD pointent l'importance d'y avoir recours pour obtenir un avis médical*

**afin de s'assurer qu'il s'agit d'une maladie mentale et bénéficier d'un traitement adéquat :**

*« Il y a Trypano et tout le monde le sait, on soigne les fous là-bas. Nous ne sommes pas des agents de santé, quand ça commence, on ne peut pas savoir. Si tu ne l'amènes pas à l'hôpital, tu ne peux pas savoir de quoi il souffre exactement. Il faut confirmer que c'est la maladie mentale ou la folie. Il faut ça avant de chercher ailleurs, chez les marabouts et autres... » (Femme au foyer, 45 ans, GD)*

**Les participants des EI affirment plutôt avoir eu recours à la psychiatrie à la suite de tentatives infructueuses auprès de thérapeutes religieux ou traditionnels.** Cela est cohérent avec les observations de terrain et est également corroboré par les agents de santé interrogés :

*« Lorsqu'ils ont échoué, et qu'ils savent quand même que la psychiatrie existe, ils se disent : "Bon, pourquoi pas, on va essayer ici". Quand ils sont à court de moyens. Voilà, c'est ça... puisqu'on a essayé et ça n'a pas fonctionné, ils viennent ici. » (Homme, 52 ans, psychiatre, EI).*

**Bien que beaucoup d'entre eux reconnaissent – en principe – l'utilité des soins psychiatriques, les participants se montrent réticents à y avoir recours pour eux-mêmes, pour un proche et se disent réticents à côtoyer une personne qui aurait reçu ce type de soins. Ils mentionnent qu'en plus d'engendrer d'importantes dépenses, le recours à la psychiatrie est associé à une condamnation sociale, raison pour laquelle ils préfèrent éviter ce lieu autant que possible :**

*« Depuis qu'il est tout petit, il est un peu bizarre. Les parents vont voir les guérisseurs, les marabouts, les féticheurs. On dit "ah il est possédé, il a un génie, c'est lui qui le rend comme ça" et on commence à faire des sacrifices. Si les parents savent qu'il est bizarre dès le bas âge, on commence à faire des sacrifices. Généralement on ne va pas à l'hôpital, parce qu'amener un enfant au Trypano, c'est fini. Personne ne veut qu'on dise que son enfant est fou, donc c'est mieux de ne pas l'amener là-bas. » (Femme commerçante, 34 ans, EI)*

*Dans le cadre des GD, la psychiatrie est reconnue comme une solution à envisager pour les personnes ayant développé leurs troubles de façon dite « naturelle » (p. ex., précarité économique, surmenage, choc émotionnel). Dans de tels cas, il est stipulé que les méthodes traditionnelles s'avèrent inutiles et qu'une consultation psychiatrique est la seule alternative menant à une guérison si le traitement pharmacologique est prodigué rapidement. Pour les pathologies sévères qui se manifestent par la nudité, la déambulation ou l'agressivité, la psychiatrie est désignée comme la seule ressource efficace. De façon unanime, les participants précisent que cette médecine permet de diminuer l'intensité des crises pour une période déterminée. Cependant, la prise en charge du patient nécessite une mobilisation prolongée des proches :*

*« Le seul calmant à Trypano que je connaisse, c'est pour le fou qui se lève et qui cherche une machette ou un truc pour te faire du mal. La piqûre est faite pour lui! Pour ceux qui sont agressifs, dangereux uniquement, on les pique. Les piquer peut les aider à oublier ce qu'ils viennent de faire pour qu'ils restent calmes. Ça calme, mais ça ne*

*soigne pas, ça reste au fond d'eux. Si la piqûre n'agit plus... il faut qu'on les injecter encore. C'est comme ta batterie, si elle se décharge, il faut que tu branches non? C'est comme ça, sinon ça ne marche pas. Ça ne soigne pas. » (Homme, 25 ans, guérisseur, EI) [...]*

*Cette étude met en lumière les facteurs influençant la recherche d'aide chez les personnes souffrant de troubles mentaux à Bobo-Dioulasso. Il s'agit de la première étude permettant d'identifier les barrières d'accès aux soins de santé mentale au Burkina Faso tout en y portant un regard approfondi. **Les précédents travaux ont mis l'accent sur le décalage entre les modèles explicatifs professionnels et populaires pour interpréter le faible recours aux soins psychiatriques. Notre étude nuance ces conclusions et permet de mieux comprendre les trajectoires des patients dans les systèmes de soins professionnels, traditionnels et populaires. Nos résultats suggèrent que les médecines dites modernes et traditionnelles sont toutes deux perçues comme nécessaires pour le traitement des troubles mentaux.***

*À Bobo-Dioulasso, comme ailleurs dans la région subsaharienne, des trajectoires diversifiées et non linéaires ainsi qu'un usage pluriel des ressources existantes caractérisent la recherche d'aide en santé mentale. Cela permet de nuancer le postulat selon laquelle les thérapies traditionnelles sont consultées davantage que la biomédecine puisqu'elles seraient plus compatibles avec les nosographies populaires. En effet, au-delà de la concordance entre les théories étiologiques des patients et des structures de soins, d'autres facteurs doivent être pris en considération pour comprendre les itinéraires thérapeutiques. **Bien que l'institution psychiatrique soit stigmatisée et stigmatisante, les individus y recourent lorsque les autres ressources thérapeutiques se sont soldées par un échec ou lorsqu'un besoin urgent de gestion de crise se manifeste. Les malades et leurs proches semblent ainsi faire un usage stratégique et pragmatique des soins existants – selon les facteurs étiologiques perçus, mais aussi selon le degré de sévérité et de dangerosité auquel ils sont exposés. La recherche d'aide peut donc parfois paraître incohérente, mais le recours à des systèmes thérapeutiques contradictoires peut être compris comme la résultante de l'adhésion à des modèles explicatifs multiples ainsi qu'à la diversité des ressources disponibles.***

*Notre étude révèle qu'il est socialement attendu de l'entourage du malade de se mobiliser dans le processus de guérison. En plus de porter la responsabilité principale de la prise en charge, le réseau informel est aux prises avec des contraintes financières pouvant mener à l'adoption de pratiques jugées problématiques par la communauté, comme celles d'attacher ou d'enfermer un malade. Comme l'ont avancé quelques auteurs, **nos résultats suggèrent que ce sont les proches des malades qui prodiguent la majorité des soins et assurent la négociation entre les divers systèmes de soins, ce qui leur induit d'importants coûts financiers.***

*Au-delà de certaines caractéristiques des malades et de leurs proches en termes d'âge, de niveau de scolarisation, d'appartenance ethnique et de classe sociale, **le choix du recours aux soins semble principalement guidé par les contraintes économiques. De nombreuses dépenses directes (frais de consultation et d'hospitalisation, achat de médicaments, sacrifices et rituels, frais de transport, etc.) et indirectes (temps alloué à l'accompagnement et au soutien du malade, perte de journées de travail, prise en charge d'un proche sans revenu, incidents entraînant la destruction d'objets, etc.) incombent aux proches. Cette charge financière est d'autant plus pesante dans ce contexte obligeant les patients à être accompagnés lors de l'hospitalisation en psychiatrie. Quinn***

**souligne que la famille est souvent la seule source de soutien pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants et qu'en plus de porter le fardeau économique, elle subit d'importantes répercussions sociales. Étant dans l'incapacité de participer aux activités communautaires du fait qu'ils doivent s'occuper du patient, les proches subissent différentes formes de marginalisation et d'exclusion, notamment en milieu urbain où le voisinage est moins soutenant qu'en milieu rural.**

Cette étude illustre la complexité des itinéraires thérapeutiques et des barrières d'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux à Bobo-Dioulasso. **Parmi les barrières rencontrées, le fardeau économique porté par les proches s'avère être un élément déterminant des trajectoires dans les systèmes de soins et dans l'adoption de comportements restrictifs à l'égard des patients. Les coûts assumés par les familles représentent une barrière importante puisqu'elle influe sur le recours aux différents systèmes de soins existants.** Il est primordial de considérer l'ampleur de ce fardeau économique dans l'élaboration d'éventuelles politiques de santé mentale et dans l'offre de soins psychiatriques. Contrairement aux quelques études précédentes ayant mis l'accent sur une compréhension quantitative en se basant sur les nosographies biomédicales, cette étude apporte un regard plus approfondi et contextualisé de la problématique de l'accès aux soins en santé mentale ainsi que des facteurs associés. » Source: Pigeon-Gagné, Emilie et al., Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : une ethnographie au Burkina Faso, 2022 : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-299?lang=fr>

Pigeon-Gagné, Emilie, mai 2021 :

**« Dans la décennie 1980-1990, le ministère de la Santé a mis en place un programme sanitaire dans lequel les soins de santé s'organisaient selon un fonctionnement pyramidal. L'instauration d'un système sous-divisé en trois paliers administratifs – le palier central, le palier intermédiaire et le palier périphérique – a permis de décentraliser l'offre de soins et d'améliorer l'accessibilité sur l'ensemble du territoire (MSBF, 2017c). Dès lors, l'élaboration des politiques de santé et des plans stratégiques ainsi que la gestion et l'allocation des ressources financières étaient assurées par le cabinet du ministre de la Santé, alors que la coordination et l'implantation des politiques étaient prises en charge au niveau intermédiaire.**

**L'ensemble du territoire fut divisé en treize régions administratives distinctes, les treize Directions régionales de la santé (DRS) se voyaient alors porter la responsabilité d'assurer un soutien au niveau périphérique qui lui, était composé de 70 districts sanitaires à l'échelle du pays au sein desquels des structures sanitaires assuraient l'offre de soins auprès de la population (MSBF, 2018). Cette organisation pyramidale fut combinée avec une reconfiguration de l'offre de soins de sorte à répondre aux principes adoptés dans le cadre de l'initiative de Bamako en 1987. Ainsi, des tarifs de prestation furent déterminés et les soins de santé furent associés à un paiement direct assumé par les personnes bénéficiant des services offerts par les structures sanitaires. Depuis cette réorganisation sanitaire, les coûts des soins de santé primaire (p. ex., vaccination, accès aux médicaments essentiels, consultations prénatales) sont toutefois assurés par l'État, et certaines populations vulnérables (p. ex., femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes indigentes) se voient exemptées du paiement direct (Kadio et al., 2018; Ridde, 2005).**

**En ce qui a trait à l'offre de soins, celle-ci est également sous-divisée en trois niveaux assurant chacun des mandats différents : les soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau de soins se subdivise en deux échelons, soit les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui offrent les soins de santé primaires et qui représentent la première voie d'entrée dans le système public de santé et les centres médicaux avec antenne chirurgicale affiliée (CMA) qui agissent comme point de référence vers les structures intermédiaires. Le second niveau de soins est assuré par les centres hospitaliers régionaux (CHR), ces centres médicaux prennent en charge les cas référencés par les CMA pour des soins secondaires et sont au nombre de neuf à travers différents districts sanitaires du pays. Finalement, pour des pathologies nécessitant une prise en charge spécialisée, quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) sont recensés dans le pays, trois étant situés dans la capitale et un dans la ville de BoboDioulasso. Ces quatre structures offrant des soins tertiaires assurent également une fonction de formation médicale. En plus des structures publiques offrant des soins, 519 structures privées sont recensées, celles-ci sont principalement localisées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et offrent une variété de soins primaires et spécialisés (MSBF, 2018).**

**Depuis les dernières années, le nombre de structures de santé est en hausse de sorte à assurer une amélioration de la couverture sanitaire. Le nombre de CSPS est passé de 1429 en 2010 à 1839 en 2017 ; alors que le nombre de CMA est passé de 43 en 2010 à 47 en 2017, le nombre de CHR est resté stable et un CHU dans la capitale s'est ajouté en 2011 (MSBF, 2017a). Le nombre de structures sanitaires publiques est actuellement de 2060 sur l'ensemble du territoire, alors que ce nombre était de 1897 en 2011 (MSBF, 2017b). À l'heure actuelle, chaque CSPS couvre un territoire peuplé en moyenne de 9624 habitants – avec des variations importantes d'une région à l'autre – ; les communautés doivent parcourir en moyenne 6,8 km pour se rendre à une structure sanitaire – ce qui varie également grandement d'un district à l'autre (MSBF, 2017b). Selon l'OMS, malgré l'accroissement du nombre de structures sanitaires des dernières années, 21 % de la population doit encore parcourir plus de 10 km pour se rendre dans un centre de santé (OMS, 2017b). En ce qui a trait aux ressources humaines formées dans le domaine de la santé, celles-ci sont également en hausse significative, mais demeurent insuffisantes pour couvrir les besoins de la population selon les standards de l'OMS. Le nombre de CSPS atteignant ces standards est passé de 83,1 % en 2010 à 94,8 % en 2015 ; durant cette période, le ratio professionnel de la santé / habitant est passé de 1 / 5151 à 1 / 4243 pour le personnel infirmier et de 1 / 22 063 à 1 / 15 518 pour les médecins (MSBF, 2017b).**

**Concernant les dépenses dans le secteur de la santé, celles-ci constituent 12,6 % de l'ensemble du budget de l'État, ce qui équivaut à 280 milliards de francs CFA injectés annuellement au sein du système de santé publique (MSBF, 2017b, 2018). Selon l'OMS, les montants alloués annuellement en santé par habitant sont d'environ 82 \$US et représentent environ 5 % du produit intérieur brut (OMS, 2017b). Quoiqu'une proportion du budget annuel accordé en santé soit en hausse, la part assumée par les ménages est également croissante : entre 2007 et 2008, la contribution des ménages est passée de 84 244 à 97 504 millions de francs CFA (MSBF, 2011). Le fardeau des dépenses en santé demeure assuré à 32 % par les ménages lors de la consultation dans les structures sanitaires, ce qui est bien au-deçà des standards déterminés par l'OMS. Selon l'OMS, lorsque plus de 20 % des dépenses sont assumées par les paiements directs effectués par les ménages lors des consultations médicales, un risque d'exclusion des plus pauvres dans l'accès aux soins et d'exacerbation des inégalités sociales de santé est accru. Cela est d'autant plus problématique dans**

le contexte du Burkina Faso où seulement 2 % de la population a accès à une couverture par une mutuelle de santé (OMS, 2017b). Une troisième source de financement importante en santé vient de l'aide extérieure qui vient pallier le manque de ressources financières du pays en assurant près de 30 % des dépenses annuelles en santé (MSBF, 2011).

### 1.1.3 Offre et accessibilité des soins de santé mentale

Faisant face aux nombreux défis socioéconomiques et de santé publique présentés précédemment, **peu d'attention est portée à la santé mentale au Burkina Faso**. À ce jour, la santé mentale ne figure que très rarement dans les documents officiels du ministère de la Santé et lorsqu'elle en fait partie, une très courte rubrique y est dédiée. **Aussi, le pays ne détient toujours pas de législation spécifique protégeant les droits des personnes souffrant de troubles mentaux (OMS, 2016b).**

La chronologie des initiatives en santé mentale dans le pays remonte à la fin des années 1980. S'insérant dans la réorganisation du système de santé publique et faisant partie de l'ensemble des mesures prises visant la décentralisation des soins, un premier projet de développement de la santé mentale s'échelonnant entre 1987 et 1991 vit le jour. Ce fut une quinzaine d'années plus tard qu'une seconde initiative fut élaborée ; un plan stratégique en matière de santé mentale pour la période de 2002 à 2006 fut établi, puis évalué par le ministère de la Santé. C'est en 2014, près de dix ans plus tard qu'un second plan stratégique – ciblant cette fois la période de 2014 à 2018 – fut mis sur pied ; il s'agit d'ailleurs de la dernière initiative du ministère allant en ce sens. Ce plan stratégique statue sur l'importance de la promotion, la prévention, le traitement et la réinsertion des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Sept domaines d'action à privilégier ont été élaborés (Tableau 1.1), ceux-ci se divisant en 12 axes stratégiques pour lesquels un coût total était estimé à 3 800 708 727 francs CFA sur l'ensemble des quatre années de mise en œuvre (MSBF, 2013). Aucun document de suivi et d'évaluation ne fut produit par le ministère de la Santé et un plan stratégique visant les années suivantes ne fut pas élaboré, il est donc difficile de statuer sur l'atteinte des objectifs et l'efficacité des mesures mises en place.

Tableau 1.1. Problèmes prioritaires identifiés dans le plan stratégique 2014-2018 en santé mentale au Burkina Faso

1. Le leadership et la gouvernance du ministère de la Santé en matière de santé mentale sont faibles ;
  2. Les ressources humaines pour la prise en charge des troubles mentaux en santé mentale sont quantitativement et qualitativement insuffisantes ;
  3. La prise en charge des troubles mentaux est insuffisante ;
  4. Les infrastructures, les équipements et les produits de santé en santé mentale sont peu satisfaisants ;
  5. L'information sanitaire en santé mentale est peu disponible et parcellaire ;
  6. La recherche en santé mentale est insuffisante ;
  7. Le financement en santé mentale est insuffisant.
- (MSBF, 2013, pp. 17-19)

En ce qui concerne le financement de la santé mentale, le plan stratégique 2014-2018 révèle qu'aucune enveloppe budgétaire spécifique n'est allouée à la psychiatrie ainsi qu'aux disciplines connexes. **Le financement des soins psychiatriques se fait donc indirectement par l'entremise des transferts faits vers les différentes structures sanitaires au sein**

*desquelles des soins en santé mentale sont offerts (MSBF, 2013). À l'heure actuelle, il n'est donc pas possible de connaître la proportion du budget annuel en santé destiné à l'ensemble des activités de promotion, prévention, traitement et réadaptation des personnes ayant des troubles de santé mentale. Ainsi, il est difficile d'évaluer les besoins en matière de ressources financières nécessaires à l'offre de soins psychiatriques. Les structures sanitaires où sont dispensés des soins de santé mentale sont au nombre de 42 à l'échelle du pays. Selon les documents officiels, au premier palier de soins, 31 CMA sont dotés de capacités de prise en charge en santé mentale, alors qu'au second palier neuf CHR offrent de tels soins (MSBF, 2013, 2017c). Au troisième palier, deux des CHU, soit un dans la ville de Ouagadougou et un dans la ville de BoboDioulasso assurent une offre de soins spécialisés en psychiatrie ainsi que de la formation médicale. Les plus récentes données de l'Observatoire mondial de la santé illustrent que malgré la décentralisation de l'offre de soins psychiatriques, ceux-ci demeurent insuffisants ; avec un ratio d'unité de soins en santé mentale au sein du système public par 100 000 habitants de 0,287 et avec un ratio du nombre de lits destinés aux patients ayant des troubles de santé mentale par 100 000 habitants de 0,668 (OMS, 2016b). À l'heure actuelle, plusieurs provinces ne sont toujours pas dotées de ressources de prise en charge en santé mentale et les soins spécialisés ne sont accessibles qu'en milieu urbain. Ce faisant, les personnes ayant des troubles de santé mentale doivent parcourir de grandes distances pour obtenir les soins dont ils ont besoin. Une cartographie des structures sanitaires habilitées à une prise en charge – qu'elle soit partielle ou totale – des troubles de santé mentale est fournie ci-bas (Figure 1.2). Les soins psychiatriques dispensés sont uniquement de nature curative dans l'ensemble de ces structures et les possibilités d'hospitalisation sont limitées. [...]*

*En plus d'avoir un nombre restreint de structures sanitaires offrant une possibilité de prise en charge psychiatrique, le manque de ressources humaines en santé mentale représente un défi de taille pour le pays. Selon les plus récentes données de l'OMS, un total de seulement 0,635 infirmier spécialisé, 0,039 psychiatre, 0,022 psychologue, et 0,011 travailleur social par 100 000 habitants est recensé, rendant difficile l'accès aux soins de santé mentale (OMS, 2016a). Concrètement, 118 infirmiers spécialisés en psychiatrie, neuf psychiatres, six psychologues et deux travailleurs sociaux pratiquent au sein des structures sanitaires publiques à l'échelle du pays ; près de 60 % de la totalité du personnel soignant est d'ailleurs concentré dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En dehors des CHU, les autres structures sanitaires où des soins de santé mentale sont dispensés accueillent un ou deux infirmiers spécialisés en psychiatrie étant responsable de l'ensemble de l'offre de soins psychiatriques pour l'ensemble du territoire desservi (MSBF, 2013). [...]*

*Que ce soit pour des troubles transitoires ou chroniques, la recherche d'aide au sein des structures psychiatriques semble toucher principalement les personnes souffrant de pathologies psychotiques pour lesquelles l'entourage direct du malade se montre démuné. Certains auteurs suggèrent que l'entourage aurait peu recours aux soins psychiatriques à cause de l'inadéquation marquée entre, d'un côté, les conceptions de la maladie et l'approche thérapeutique proposée par les services publics de santé mentale et, d'un autre côté, les conceptions populaires et traditionnelles socialement véhiculées (Nanéma et al., 2016; Ouango et al., 1998). Il est donc possible de croire que les conceptions des troubles mentaux auxquelles les gens adhèrent influencent leurs trajectoires de soins, spécifiquement quant à leur choix de consulter les structures sanitaires publiques ou certains thérapeutes traditionnels (Goumbri et al., 2016; Millogo et al., 2004; Ouango et al., 1998).*

**Même si dans certains cas, consulter un guérisseur traditionnel s'avère plus dispendieux, les gens privilégieraient ce modèle thérapeutique puisqu'il correspond à des conceptions de la maladie culturellement fondées et aux catégories nosologiques populaires très répandues (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999).**

**Ainsi, les personnes venant consulter en psychiatrie le feraient uniquement après avoir consulté des thérapeutes traditionnels et religieux parce que ceux-ci seraient géographiquement plus accessibles, mais également parce que les thérapeutiques proposées par ces derniers correspondraient aux explications magico-religieuses de la maladie auxquelles adhèrent les communautés.** L'étude de Bonnet (1988) en milieu rural auprès d'une communauté mossie dans la région du Plateau central expose d'ailleurs avec clarté l'influence notable et significative des conceptions traditionnelles et de leur influence sur les soins recherchés. Cette étude révèle que la possession par les génies – selon l'interprétation animiste – ainsi que la pratique de la sorcellerie représentent les interprétations les plus communes pour expliquer l'apparition des troubles mentaux au sein de cette communauté. Ces troubles sont d'ailleurs compris comme la résultante d'une attaque par un agent extérieur et comme le déséquilibre dans les rapports entre les humains, les génies et les ancêtres. Ces attaques extérieures sont considérées comme une agression au principe vital de la personne ; la personne en étant la cible verrait son énergie qui lui est propre corrompue générant ainsi des perturbations psychiques, langagières et comportementales. Selon la conception mossie, la personne atteinte d'un trouble mental serait totalement dépossédée de sa capacité d'avoir une maîtrise sur sa propre personne ou elle se retrouverait sous l'influence d'une force extérieure qui limiterait sa maîtrise d'elle-même. Le traitement proposé, communément appelé faire descendre la folie, consiste en une série de rituels divinatoires lors desquels les guérisseurs tenteraient d'entrer en contact avec les génies responsables de l'affliction. Dans certains cas, ce traitement pourrait inclure la pratique d'un exorciste.

**Il semble donc qu'au Burkina Faso – bien que les informations ne soient que parcellaires – les populations se tournent vers les soins psychiatriques à la suite de l'échec d'autres thérapeutiques davantage ancrées dans des pratiques familiales, communautaires et culturelles.** Dans leur étude, Yaogo et collègues (2014) ont observé que 56 % des familles des patients hospitalisés en psychiatrie dans un CHU de la ville de Ouagadougou avaient, dans un premier temps, consulté un guérisseur traditionnel ou une figure religieuse, et seulement 21 % s'étaient directement présentées en psychiatrie pour obtenir des soins. Dans cette étude, à la fois le statut professionnel et le statut socioéconomique des accompagnants avaient une incidence sur le type de soins recherchés en premier recours ; les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur et/ou occupant des fonctions professionnelles ouvrières ou informelles avaient davantage tendance à avoir d'abord recours à des traitements religieux ou traditionnels.

#### **1.1.5 Situation des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale**

**Si les informations disponibles sur la prévalence des troubles de santé mentale et sur les trajectoires de soins sont limitées, à l'heure actuelle, presque aucune information n'est accessible sur les conditions de vie des personnes souffrant de troubles de santé mentale ainsi que sur les discriminations et l'exclusion dont elles peuvent être victimes.** Bien que ce ne soit pas documenté de manière officielle et que ce phénomène ne puisse être quantifié – selon des sources journalistiques locales et selon les constats de certains informateurs – **les gens ayant des troubles de santé mentale sévères se retrouveraient souvent associés**

**à la problématique de l'itinérance et ce, surtout en milieu urbain. N'ayant, pour la plupart, pas accès à quelconque prise en charge ou traitement, ces individus se retrouveraient nombreux à être sans domicile, à errer dans les petites et grandes villes du pays, et à mendier dans les lieux publics.**

*En milieu urbain, une étude menée par Goumbri et collègues (2016) sur les déterminants sociaux, culturels et économiques de l'errance dans la ville de Ouahigouya révèle qu'en plus des limitations financières des proches des malades pouvant mener à leur exclusion, les membres de la communauté élargie se montrent intolérants face à ces personnes. Les principaux motifs évoqués justifiant leur exclusion sont liés aux facteurs étiologiques surnaturels en cause, notamment à la croyance que ces personnes sont responsables de leur condition puisqu'elles se seraient engagées dans des pratiques occultes et condamnables.*

*En milieu rural, les personnes souffrant de troubles de santé mentale semblent être aux prises avec une réalité différente ; ne se retrouvant – pour la plupart – pas en situation d'errance, ces personnes représentent tout de même un groupe vulnérable vivant d'autres formes d'exclusion sociale. Par exemple, dans leur étude, Kadio et collègues (2014) ont révélé que les **personnes souffrant de troubles de santé mentale et étant qualifiées d'indigentes vivaient à domicile avec les membres de leur famille proche**. Dans plusieurs cas, les familles – malgré qu'elles ne délaissaient pas leur proche – se retrouvaient à exercer une forme d'exclusion au sein même du groupe familial, puisque le malade n'était pas considéré au même titre que les autres membres de la famille. L'étude ethnographique de Nanama et Frongillo (2012) auprès d'une population nomade dans le nord du pays suggère que la pauvreté et l'insécurité alimentaire sont associées à une détresse psychologique importante et plus particulièrement à des sentiments de honte et de culpabilité qui entravent les relations interpersonnelles et la cohésion groupale. Dans cette étude, les individus présentant une symptomatologie anxiodépressive se trouvaient à masquer leurs difficultés de sorte à préserver l'honneur familial ainsi que le bon fonctionnement social. Ces résultats vont de pair avec une étude que nous avons conduite auprès d'individus qualifiés d'indigents par leur communauté, qui révèle que bon nombre d'entre eux (28,2 % pour ceux rapportant des symptômes anxiodépressifs et 30,5 % pour ceux rapportant des symptômes psychotiques) affirmaient ne pas avoir parlé à quiconque dans leur entourage de leurs difficultés de santé mentale (Pigeon-Gagné et al., 2017).*

*En définitive, que ce soit en zone urbaine ou rurale, la problématique de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes présentant une symptomatologie psychiatrique semble marquée, même si elle s'y manifeste différemment. Dans un cas comme dans l'autre, un manque flagrant d'études empiriques en limite la compréhension et la capacité de mettre en place des interventions sur les plans cliniques et politiques qui seraient adaptées aux réalités des personnes et des familles directement touchées par cette problématique. » Source: Pigeon-Gagné, Emilie « Même s'ils sont guéris, on dit qu'ils sont fous » : Une étude ethnographique sur la stigmatisation des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-Dioulasso, mai 2021, p.21-34 : <https://archipel.uqam.ca/14718/1/D3992.pdf>*

Porfilio-Mathieu, Lyann et al., 25 avril 2022 :

**« Burkina Faso counts 134 mental health professionals (9 psychiatrists, 5 psychologists, 2 social workers and 114 psychiatric nurses), a ratio of 0.78 professional per 100 000 inhabitants. More than half of the qualified medical staff are practicing in urban centers (Ouagadougou and Bobo-Dioulasso) where are located the country's only two**

**psychiatric hospitals. There is no legislation offering protection to individuals suffering from mental disorders, no specific budget ensuring consistent funding of mental health facilities and no national database providing an overview of the mental health needs of the population.** As it is documented in other countries in the region, **this lack of knowledge, resources and standards in the organization of services puts a burden on the families of people suffering from mental health disorders, as they find themselves having to provide care and protection for their relatives.** In Burkina Faso, as in many low and middle-income countries, very little information is available regarding the prevalence of mental health disorders. Aside from studies conducted in clinical settings highlighting that psychotic disorders are the primary reason for psychiatric consultation in Burkina Faso, only three studies provide information on the prevalence of psychiatric symptoms in the population.

First, a recent study conducted among a representative sample of the general population residing in the city of Ouagadougou, the capital, reveals a very high prevalence of mental health symptoms. Of the 2587 people who participated in the study, 41.4% reported at least one psychiatric symptom. This study points out that, among all the psychiatric symptoms assessed, depressive episode was the most frequently observed diagnosis with a prevalence of approximately 11%. In this study, women were more likely than men to suffer from it.

Second, a study conducted a few years earlier in the outlying neighborhoods of the city of Ouagadougou - in which 2187 people were questioned about the presence of psychiatric symptoms - revealed a lower prevalence. Nevertheless, the results of this study suggest a prevalence of 4.3% of major depressive episodes among the general population, which would be modulated according to the socio-economic level of the households; people with poor physical health and low incomes being the most vulnerable to experiencing a major depressive episode.

Finally, a study carried out in rural areas in four distinct regions of the country with a sample of 1652 people described as indigent by their community identified an alarming level of psychological distress.<sup>16</sup> In this study, 40% of the people interviewed reported more than 10 symptoms of anxiety or depression in the last month and 25% reported at least one psychotic symptom in their lives. Similarly to the results of Duthé and colleagues, the people most at risk of experiencing some form of psychological distress were elderly women, without income, illiterate and with poor physical health. [...]

Respondents report feeling excluded from their community, regardless of the type of symptoms reported. Indeed, a feeling of exclusion is present for 54.6% of participants with anxiety symptoms, 56.9% for those reporting somatic symptoms and 69.1% for those reporting psychotic symptoms. This result is consistent with those of other studies conducted in sub-Saharan Africa, suggesting that mental health disorders are strongly associated with stigmatizing attitudes leading to significant discrimination. [...]

**The results of the present study point in the same direction and confirm the presence of a feeling of exclusion among the various forms of psychological distress in rural Burkina Faso. Such a stigma surrounding mental health disorders has considerable negative impacts, for example by hindering help-seeking behavior. These discriminatory attitudes add a significant burden to an already marginalized and resourceless population, where the community may be the only possible support. Thus, considering the considerable prevalence of mental health symptoms and the social isolation they face, the indigent people surveyed are at risk of experiencing various forms of exclusion in their communities. This**

***stigmatization must be perceived by leaders as a barrier to the use of services and must be the subject of sustained attention in the creation of health policies targeting mental health disorders. [...]***

*The mental health action plan 2014-2018 in Burkina Faso identified the lack of evidence in mental health as one of the most salient issues. This study contributes to addressing this limitation and participates in the Movement for Global Mental Health (MGMH) by providing knowledge on the prevalence of symptoms of mental health disorders in a vulnerable population living in rural areas. It demonstrates the presence of regional differences that should be considered in the development of future mental health policies and in the organization of health services. In order to comply with WHO standards, this study stresses the importance of training health workers within health structures as well as community-based health workers and increasing the number of mental health professionals in rural areas. Training should put emphasis on 1) detection and treatment of the most common mental health problems and disorders, and 2) development and implantation of mental health prevention activities specific to different socio-cultural contexts. These activities should focus on reducing the stigmatization and exclusion of people with mental health problems. Locally developed initiatives should consider the economic precariousness and social vulnerability of people in situations of indigence and tailor interventions to the specific needs of these people. » Source: Lyann Porfilio-Mathieu et al., Prevalence and determinants of mental health among an indigent population in rural Burkina Faso: a cross-sectional study, 25 avril 2022 : <https://www.ioqhr.org/article/33820-prevalence-and-determinants-of-mental-health-among-an-indigent-population-in-rural-burkina-faso-a-cross-sectional-study>*

The Borgen project, 1er août 2023 :

*« Burkina Faso, the “land of honest men,” is a West African country with a population of 22.1 million. It is one of the poorest 10 countries in the world. As a result of terrorism, internal conflict has internally displaced almost 2 million people, and the U.N. estimates that nearly 5 million Burkinabes need humanitarian aid. Doctors Without Borders has called it the “world’s fastest-growing humanitarian crisis.” Mental health in Burkina Faso is a severe but underrated concern caused largely by violence and poverty.*

*The State of Mental Health in Burkina Faso*

*Due to the trauma of witnessing ongoing conflict, displacement or living in perpetual hunger, many Burkinabes suffer psychologically. Unfortunately, low mental health awareness breeds stigma and ignorance.*

***As of 2021, the government has not yet provided any human or financial resources for the mental health policy they passed in 2020. Mental health remains a largely unexplored subject in Burkina Faso as only 2% of the country’s research output deals with it. The Mental Health Atlas shows that Burkina Faso only has 103 mental health professionals, indicating a significant lack of expertise in this area.***

***Additionally, internal conflict has affected more than 600 health facilities and shut down 211, some of which provided crucial mental health services. This makes it more difficult to access psychological support, especially in remote areas.***

*Children are deeply affected by poverty and poor mental health in Burkina Faso. The conflict has pushed more than 1 million children out of classes, making them more vulnerable to psychological harm and causing many behavioral anomalies. This is exacerbated by the prevalence of violence in many economically stressed homes, which almost half of the 360 child participants in a 2016 study had experienced. Violence contributes to depression, trauma and low self-esteem.*

#### *On the Frontlines of Improving Burkinabes' Mental Health*

*The Mental Health Atlas observed a 112-time increase in the number of community-based mental health services per 100,000 people between 2014 and 2020, suggesting that many citizens are seeking help, even if not through hospitalization.*

*Abroad, USAID and the EU have pledged \$175 million (in 2021) and €25.5 million (in 2023) in humanitarian aid to Burkina Faso, respectively. Much of this is dedicated to human rights, food security and health care, and often funds local efforts to improve Burkinabes' quality of life.*

***USAID and the EU have yet to dedicate funds to mental health initiatives in particular. However, improving living conditions and reducing violence preemptively protects Burkinabes against the trauma that contributes to many of their psychological struggles.***

*In particular, USAID provided furniture to 20 schools in Tatao and 30 in Fada, Gayeri and Matiacoali. This enabled the schools to accommodate more than 5,000 displaced children, creating a routine and sense of childhood amidst extreme turbulence.*

*Leyla Ismayilova, a University of Chicago researcher, is similarly on the frontlines of improving child mental health outcomes. Her 2017 study revealed that family counseling improved parent-child relationships and decreased symptoms of depression, trauma and low self-esteem in participating children. This suggests that culturally sensitive, relationship-driven mental health interventions have significant potential.*

#### *Looking Ahead*

*Burkina Faso is facing significant challenges in addressing mental health issues. **Despite limited resources and expertise, there has been a noticeable rise in community-based mental health services, indicating an increase in awareness and willingness to seek help.** Aid from organizations such as USAID and the EU has had a positive impact, improving living conditions and providing stability for displaced children. The work of researchers like Leyla Ismayilova offers hope for culturally sensitive interventions that can effectively enhance mental health outcomes for Burkinabes.» Source: The Borgen project, Mental Health in Burkina Faso, 1er août 2023: <https://borgenproject.org/mental-health-in-burkina-faso/>*

Thinkwell, septembre 2020 :

*« Burkina Faso's Gratuité policy has a long history. Burkina Faso's health care system provided services free of charge until the 1980s. Increased budget deficits resulted in a decline in the quality of publicly subsidized health services, ultimately leading to the introduction of user fees through the Bamako Initiative in 1990 (McPake, Hanson, and Mills 1993). The first pilot projects for user fee exemption started in Burkina Faso in 2008, followed by several others through to 2015 (Ridde 2015), often in partnership with international nongovernmental organizations (NGOs).*

*The Gratuité policy, designed to remove financial barriers to MNCH services, was adopted by the Council of Ministers of Burkina Faso on March 2, 2016. Gratuité is implemented in all public health facilities and a small number of private facilities. Contracted facilities provide a defined package of MNCH services free of charge, funded by the government budget. Instead of charging out-of-pocket payments, equivalent fee-for-service payments are made to facilities by the central government. Funds should be pre-positions for the facilities on a quarterly basis, and subsequent payments adjusted based on service reports. Sixty to 80% of these funds are earmarked for drugs, and facilities can use the remainder for consumables and operating costs. The scheme is managed by the MOH, Secrétariat Technique en charge de la Couverture Sanitaire Universelle<sup>1</sup> (ST-CSU), and verification and data validation are contracted out to third parties.*

*Gratuité benefits all children under 5 years of age, as well as pregnant and postpartum women, and does not require registration of the client. The benefits package includes services for children as defined in integrated management of childhood illness (IMCI) protocols. For pregnant women, Gratuité covers antenatal and postnatal care, deliveries, emergency obstetric care, and cesarean sections. Treatment of obstetric fistulas and screening for pre-cancerous cervical lesions and breast cancer are covered for all women.* » Source: Thinkwell, An Overview of the User Fee Exemption Policy (Gratuité) in Burkina Faso, septembre 2020 : [https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/09/Gratuite-in-Burkina-Faso\\_18-September-2020.pdf](https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/09/Gratuite-in-Burkina-Faso_18-September-2020.pdf)

:

En tant que principale organisation d'aide aux personnes réfugiées en Suisse et faïtière des œuvres d'entraide et des organisations actives dans les domaines de l'exil et de l'asile, l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) s'engage pour une Suisse qui accueille les personnes réfugiées, les protège efficacement, respecte leurs droits fondamentaux et humains, favorise leur participation dans la société et les traite avec respect et ouverture. Dans sa fonction, l'OSAR renforce et défend les intérêts et les droits des personnes bénéficiant d'une protection et favorise la compréhension de leurs conditions de vie. Grâce à son expertise avérée, elle marque le discours public et exerce une influence sur les conditions sociales et politiques.

D'autres publications de l'OSAR sont disponibles sur le site [www.osar.ch/publications](http://www.osar.ch/publications). La newsletter de l'OSAR, qui paraît régulièrement, vous informe des nouvelles publications. Inscription à l'adresse [www.osar.ch/newsletter](http://www.osar.ch/newsletter).