

ANALYSE-PAYS

Burundi : accès à des soins de santé mentale

Renseignement de l'analyse-pays OSAR

Berne, le 27 mars 2026



Sommaire

1	Introduction	3
2	Contexte socio-économique	3
3	Situation des soins de santé mentale au burundi	4
3.1	Disponibilité des soins de santé mentale	4
3.2	Accès à des soins de santé mentale.....	8
4	Disponibilité et coût de médicaments spécifiques	9
4.1	Disponibilité et accessibilité des médicaments psychotropes	9
4.2	Médicaments spécifiques	10
4.3	Couverture des traitements et des médicaments.....	11
5	Sources	12

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:

1. Une personne souffrant du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de troubles dépressifs récurrents, y compris des pensées suicidaires et des symptômes psychotiques épisodiques, peut-elle bénéficier d'un suivi psychologique et psychiatrique, y compris infirmier ?
2. Une personne souffrant du TSPT, d'épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotique et de Bilharziose hépatique peut-elle bénéficier d'une hospitalisation avec une surveillance quotidienne, ainsi que d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré et de séances médico-thérapeutiques (ergothérapie et physiothérapie) ?
3. Un suivi pédopsychiatrique est-il possible au Burundi pour des très jeunes enfants (2 ans) souffrant de la « dépression du nourrisson » ?
4. Les médicaments pour traiter ces pathologies sont-ils généralement disponibles au Burundi ?
5. Les médicaments spécifiques suivants, ou des médicaments génériques contenant les mêmes principes actifs, sont-ils disponibles au Burundi ?
 - a. Duloxétine 120mg
 - b. Risperidone 0.5mg
 - c. Oxazépam 15mg
 - d. Quétiapine 12,5mg
6. Le coût des médicaments psychotropes sont-ils couverts, même de manière partielle, par un programme étatique ou par une assurance maladie universelle ?

L'analyse-pays de l'OSAR observe les développements au Burundi depuis plusieurs années.¹ 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 CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Contexte politique et afflux de réfugiés. Selon *Human Rights Watch* (HRW), en 2025, le Burundi a connu l'un des plus importants afflux de personnes réfugiées de ces dernières décennies, résultant de l'escalade du conflit en République démocratique du Congo (RDC) voisine. La crise économique a par ailleurs accentué la répression politique et la pression humanitaire (HRW, 4 février 2026).

¹ www.osar.ch/publications/rapports-sur-les-pays-dorigine

Une population appauvrie par la crise économique. HRW estime que la situation économique s'est dégradée sous l'effet conjugué d'une forte inflation, de pénuries structurelles de carburant et d'un manque de devises étrangères. L'inflation a atteint 40 % en février 2025 (HRW, 4 février 2026), puis même 45,5 % en avril 2025, selon des chiffres du *ministère français de l'Economie et des Finances* (MEFSIEN) (MEFSIEN, 23 juillet 2025). Selon HRW, l'écart persistant entre les taux de change officiels et parallèles a continué d'affaiblir le pouvoir d'achat des ménages (HRW, 4 février 2026). Selon WFP, la fermeture de la frontière avec la RDC a aggravé la situation en paralysant près de 30 % des exportations burundaises, en provoquant des pénuries de carburant, en faisant doubler les prix et en privant de nombreux travailleurs saisonniers de leurs revenus (WFP, 28 janvier 2026). Le MEFSIEN estime que la croissance économique devrait rester trop faible à moyen terme pour répondre aux besoins sociaux, notamment en raison de la surévaluation du taux de change (MEFSIEN, 23 juillet 2025).

3 SITUATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE AU BURUNDI

3.1 Disponibilité des soins de santé mentale

La santé mentale, un domaine négligé et sous-financé. Pour les représentant·e·s de l'organisation *Médecins sans vacances* (AZV), qui ont visité le Burundi en 2025, malgré d'immenses besoins, la santé mentale reste un domaine négligé dans les priorités de santé publique du pays (AZV, 29 mai 2025). Reprenant des propos d'un représentant du centre neuro-psychiatrique de Kamenge (CNPK), AZV indique que les troubles mentaux sont toujours considérés comme tabou au Burundi. Le manque de priorité donné aux soins de santé mentale serait lié au fait que ces maladies n'engendrent qu'un faible taux de mortalité (AZV, 10 août 2022). Pour la *Radio Publique Africaine* (RPA), les soins de santé mentale ne sont en effet pas une priorité au Burundi et passent souvent au second plan. Il est ainsi difficile pour les patient·e·s de trouver des services de santé mentale accessibles et adaptés (RPA, 10 octobre 2025). Selon l'*Organisation mondiale pour la santé* (OMS), la santé mentale ne dispose pas de ligne budgétaire dédiée au Burundi. Son financement est noyé dans l'enveloppe globale des structures de santé, alimentée par le budget de l'État et les partenaires techniques et financiers. Cette absence de rubrique spécifique se traduirait par une prise en compte insuffisante des activités de santé mentale dans les plans d'action des établissements (OMS, 22 octobre 2022). Pour l'*Agence des Nations Unies pour les réfugiés* (HCR), la santé mentale demeure un secteur largement sous-développé au Burundi (HCR, 13 octobre 2025). Les chercheurs *Simbananiye et al.* estiment que, même si le gouvernement burundais a inscrit la santé mentale parmi ses priorités dans le Plan National de Développement Sanitaire (2019-2023), la santé mentale demeure un secteur fortement négligé (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025).

Un réseau psychiatrique concentré et limité : trois centres pour tout un pays. Selon *Simbananiye et al.*, sur le plan des infrastructures, le pays ne dispose que d'un seul hôpital neuro-psychiatrique, le CNPK, appuyé par deux antennes à Ngozi et à Gitega (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025). Le HCR confirme qu'en dehors de quelques organisations actives dans le domaine de la santé mentale, le pays ne dispose que de trois établissements psychiatriques : le CNPK, le Centre neuropsychiatrique (CNP) de Ngozi et le Centre de Soins Mentaux (CSM) de Gitega. Le CNPK est l'hôpital national de référence du pays pour les soins de santé mentale. Les trois centres, qui sont gérés par les Frères de la Charité, une congrégation religieuse d'origine belge, accueille tous les patient·e·s du pays. Ces derniers·ières sont orienté·e·s vers l'un de trois

centres en fonction de leur situation géographique (HCR, 13 octobre 2025). Selon AZV, bien que des départements spécialisés aient été ouverts à Gitega et Ngozi respectivement en 2010 et 2014, le CNPK, avec ses 154 lits seulement, peine à répondre aux besoins de l'ensemble du pays (AZV, 10 août 2022). Pour l'OMS, le CNPK reste la structure de référence desservant la quasi-totalité du pays (OMS, 22 octobre 2022). L'OMS rapporte qu'en juillet 2025, l'association ALUMA, partenaire de l'OMS a inauguré un centre de réhabilitation à Kamuna, avec le soutien financier de la Coopération suisse et de la fondation allemande SEZ. Le centre est dédié à l'accompagnement psychosocial des usagers de drogues et des personnes souffrant de troubles mentaux. Le centre a une capacité limitée de 12 lits (OMS, juillet 2025).

Un personnel insuffisant et des infrastructures défailtantes. Pour l'OMS, le CNPK souffre de lacunes structurelles importantes : locaux insuffisants, absence de service d'addictologie, équipements inadaptés et un seul psychiatre pour l'ensemble du centre. Seul hôpital psychiatrique du pays, il est loin de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de la population (OMS, 22 octobre 2022). Selon AZV, les équipes médicales des centres de Ngozi, Gitega et du CNPK sont composés de médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers·ières et assistant·e·s social·e·s (AZV, 29 mai 2025). AZV indique que le centre de Ngozi souffre d'un manque de lits, d'une surcharge de patient·e·s et d'une faible surveillance. Le centre de Gitega, souffre d'un manque de personnel qualifié (AZV, 29 mai 2025). Selon la *Direction du développement et de la coopération suisse* (DDC), le Centre neuropsychiatrique de Ngozi compte 17 soignant·e·s, dont des médecins généralistes et du personnel infirmier formé en psychiatrie (DDC, 10 octobre 2024).

Une pénurie chronique de professionnel·le·s qualifié·e·s en santé mentale. Selon la DDC, la pénurie de professionnel·le·s qualifié·e·s en santé mentale et en soutien psychosocial constitue un défi majeur au Burundi. Le pays dispose en effet d'un nombre très restreint de psychiatres et de spécialistes formés dans ce domaine, ce qui compromet sérieusement la capacité du système de santé à offrir une prise en charge adaptée aux personnes qui en ont besoin (DDC, 10 octobre 2024). Selon le *Secrétariat d'Etat aux migrations* (SEM), le déficit en psychiatres au Burundi est documenté depuis plusieurs années. En mars 2023, l'Agence Burundaise de Presse relevait que le pays compte moins de cinq psychiatres (SEM, 10 décembre 2024). Selon *Simbananiye et al.*, le manque de personnel qualifié est préoccupant : le pays ne compte que quatre psychiatres, dont un seul exerce au CNPK, les trois autres étant en poste dans d'autres hôpitaux de Bujumbura (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025). Pour *Nikoyandoye et al.*, le secteur de la santé mentale souffre d'un manque criant de personnel, aussi bien en nombre qu'en compétences, particulièrement dans les métiers psychosociaux. Par ailleurs, les ressources humaines disponibles sont mal réparties sur le territoire et souvent sous-exploitées (*Nikoyandoye et al.*, 31 mai 2025). Selon *Nikoyandoye et al.*, les ressources humaines en santé mentale au Burundi accusent des déficits alarmants : le pays ne dispose que de 39 % des techniciens de promotion de la santé requis, 11 % des travailleurs sociaux et travailleuses sociales nécessaires et à peine 8 % des psychologues cliniciens recommandés. Entre 2016 et 2021, la situation a même régressé pour certaines catégories, notamment les psychologues, dont le nombre est passé de 52 à 15. Paradoxalement, les effectifs du personnel biomédical ont légèrement progressé sur la même période. Ce déséquilibre s'explique principalement par l'absence de remplacement et de nouveaux recrutements dans les métiers psychosociaux, en dépit de jeunes diplômé·e·s disponibles (*Nikoyandoye et al.*, 31 mai 2025). Selon AZV, les universités burundaises n'offrent pas de cours approfondis sur les soins de la santé mentale. Ainsi, le pays manque continuellement de personnel qualifié pour assurer une prise en charge correcte des patient·e·s (AZV, 10 août 2022).

Initiatives pour intégrer les soins de santé mentale dans les soins primaires et former plus de personnel qualifié. Selon *Simbananiye et al.*, le gouvernement burundais a fait de l'intégration des soins psychiatriques dans les structures publiques de santé l'une des actions phares du Plan National de Développement Sanitaire (2019-2023) (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025). Pour le SEM, des efforts de formation ont été engagés : un projet soutenu par la Coopération suisse,

lancé en 2022, prévoit la formation de 24 médecins en psychiatrie, dont les premiers diplômés sont attendus en 2025. Ces formations sont conditionnées à un engagement d'exercer dans des structures de santé burundaises pendant au moins trois ans (SEM, 10 décembre 2024). Selon le HCR, le projet Ni Abacu, financé par la Coopération suisse et mis en œuvre conjointement par le CNPK, l'ONG THARS et l'Université du Burundi, intègre la santé mentale dans les soins de santé primaires depuis 2021. Après une phase pilote à Rumonge, le projet est actuellement actif à Bujumbura et s'étendra à l'ensemble des provinces du pays à partir du 1er novembre 2025, en commençant par des campagnes de sensibilisation communautaire et des formations (HCR, 13 octobre 2025). Pour *Simbananiye et al.*, une vingtaine de médecins généralistes suivent actuellement une formation spécialisée en psychiatrie, grâce à l'appui de la coopération suisse (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025). Dans le cas du centre de Ngozi, la DDC estime que le projet d'intégration de la santé mentale dans les soins primaires, soutenu par la Suisse, permet au centre de bénéficier d'un soutien en renforcement des capacités, mais également en équipements. Il est ainsi mieux préparé pour répondre aux besoins de la population (DDC, 10 octobre 2024). Selon *Nikoyandoye et al.*, l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires et communautaires se heurte toutefois à plusieurs obstacles : mauvaise gestion des ressources, surcharge des services de santé et résistance de certains décideurs politiques et professionnels de santé. À cela s'ajoute une situation critique en matière de ressources humaines, marquée par un personnel insuffisant, inégalement réparti sur le territoire et disposant de compétences limitées dans ce domaine (*Nikoyandoye et al.*, 31 mai 2025).

Prise en charge psychiatrique : un cadre normatif et une offre concentrée au CNPK de Bujumbura. Selon le SEM, les normes sanitaires et les directives prévoient que les patient·e·s atteints de troubles psychiques puissent bénéficier d'une prise en charge dans les hôpitaux de district, régionaux et nationaux par des infirmiers·ières spécialisé·e·s en santé mentale, des psychologues cliniciens et un médecin généraliste avec formation en santé mentale. Cette prise en charge inclut une consultation, un entretien psychothérapeutique, le traitement et le suivi des cas. A Bujumbura, les patient·e·s peuvent bénéficier de traitements ambulatoires et spécialisés somatiques, psychiatriques et psychologiques au CNPK. Selon le SEM, il est possible de bénéficier d'un traitement ambulatoire et suivi psychiatrique, d'un traitement stationnaire psychiatrique ainsi que d'un traitement ambulatoire et suivi psychologique au CNPK (SEM, 10 décembre 2024). Pour l'OMS, le CNPK offre une prise en charge basée sur le traitement pharmacologique, psychothérapeutique et ergothérapeutique (OMS, 22 octobre 2022). Selon AZV, au-delà de la phase d'hospitalisation, un suivi psychothérapeutique structuré est instauré, associant les patient·e·s et leur famille, afin d'assurer la continuité thérapeutique. La mobilisation de l'entourage s'avère en effet indispensable à une réinsertion sociale durable (AZV, 29 mai 2025). Selon le SEM, une consultation ou une hospitalisation en psychiatrie ou en psychologie au CNPK est facturée 5 000 Fbu, soit environ 0,15 CHF². Les patient·e·s bénéficiant d'une couverture par l'assurance publique se voient rembourser 80 % de ces frais (SEM, 10 décembre 2024).

Le CNPK, seule structure compétente pour traiter le TSPT, mais aux capacités très insuffisantes. Le rapport du SEM indique qu'un·e patient·e souffrant de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) peut en principe bénéficier d'un traitement psychiatrique par thérapie cognitivo-comportementale au CNPK. Toutefois, ni le traitement du TSPT par EMDR (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires), ni son traitement par thérapie d'exposition à la narration ne sont disponibles au Burundi (SEM, 10 décembre 2024). Selon un message envoyé à l'OSAR, le 24 mars 2026, par une *personne de contact qui travaille comme coordinateur d'une plateforme d'organisations qui visent à rendre accessible les services psychosociaux et de santé mentale de qualité à la population burundaise (personne de contact A)*, le CNPK est le seul établissement à pouvoir offrir une prise en charge intégrée des services psychologiques et

² Selon le taux de change du 24 mars 2025

psychiatriques pour une personne souffrant de TSPT. Dans un message envoyé à l'OSAR le 24 mars 2026, une *personne de contact, qui travaille comme chercheur en santé mentale et enseignant à l'Université du Burundi (personne de contact B)*, estime que des patient·e·s atteint·e·s de TSPT peuvent être hospitalisé·e·s au CNPK et bénéficier d'une surveillance quotidienne de la part de l'équipe soignante et des gardes-malade venant de la famille. Cependant, l'hôpital manque de services d'ergothérapie et de physiothérapie. Dans un précédent rapport sur la situation des soins de santé mentale publié par l'OSAR en novembre 2024³, une personne de contact avait également indiqué que le CNPK de Bujumbura demeure la seule structure en mesure de prendre en charge les TSPT. Toutefois, l'accès au traitement restait fortement limité, tant par le coût que par la disponibilité des médicaments spécifiques nécessaires. Ces constats avaient été corroborés par une deuxième personne de contact qui avait rapporté les propos d'un professeur de psychologie clinique exerçant au Burundi. Selon ce dernier, la prise en charge des TSPT demeure exceptionnelle dans le pays. Une seule organisation propose des interventions fondées sur des données probantes, mais sa capacité d'action est très réduite : elle ne dispose que de quatre psychologues, et les thérapies ne sont dispensées qu'à un nombre limité de patient·e·s, dans le cadre de projets ponctuels. Par ailleurs, la formation des psychologues burundais reste à un stade très peu développé. Cette deuxième personne de contact soulevait également un obstacle supplémentaire, à savoir que plusieurs médicaments utilisés dans le traitement de la dépression et des TSPT, tels que la fluoxétine, le temesta, l'alprazolam, le diazépam, le sequase et certains somnifères, sont soumis à une surveillance stricte et ne peuvent être prescrits que par un médecin spécialiste habilité. Or, ces spécialistes sont extrêmement rares au Burundi, ce qui constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins.

Pas de suivi multidisciplinaire à long terme pour une personne souffrant de TSPT avec dépression et pensées suicidaires. Selon le message envoyé à l'OSAR le 27 mars 2026 par une *personne de contact qui travaille pour une ONG qui vise à développer les compétences psychologiques et psychothérapeutiques locales (personne de contact D)*, il n'est pas possible pour une personne souffrant de TSPT, accompagné de symptômes dépressifs et de pensées suicidaires, de bénéficier d'un suivi régulier au Burundi. Le principal obstacle est le fait qu'il n'existe pas une institution en mesure d'offrir un traitement et suivi multidisciplinaire, rassemblant tous les éléments clés de ce traitement. Un tel patient ne pourrait pas bénéficier d'un traitement psychothérapeutique adéquat. De plus, le patient risquerait de ne pas pouvoir recevoir les médicaments nécessaires. Cette *personne de contact* estime que, même si quelques séances initiales seraient envisageables, un traitement sur le long terme ne pourrait pas être garanti.

Psychiatrie infantile au CNPK : des améliorations annoncées, une absence de pédopsychiatre confirmée. Selon AZV, ces dernières années le CNPK a amélioré le service des urgences psychiatriques, le service de neurologie ainsi que les soins de psychiatrie infantile (AZV, 10 août 2022). Toutefois, selon des informations fournies à l'OSAR le 21 mars 2026 par une *personne de contact qui travaille comme psychologue/chercheur à l'Université du Burundi, avec des travaux sur la santé mentale (personne de contact C)*, le CNPK n'est pas en mesure de fournir des soins psychiatriques à des enfants en bas âge, le centre ne disposant pas de pédopsychiatre, ni de service qui devait fournir ce type de soins psychiatriques. L'absence de pédopsychiatre au CNPK, ou plus largement au Burundi, a été confirmée aussi bien par la *personne de contact B*, que par la *personne de contact D*. Selon la *personne de contact A*, il existe bien un pédopsychiatre qui exerce au Burundi, mais il n'y a pas de centre spécialisé exclusivement en pédopsychiatrie. Les structures qui proposent ce type de prise en charge l'intègrent généralement au sein de leurs services généraux aux côtés d'autres prestations de santé mentale.

³ OSAR, [Burundi : accès à des soins de santé mentale et à divers traitements](#), 15 novembre 2024, p.9-10.

3.2 Accès à des soins de santé mentale

Des structures débordées et une couverture territoriale lacunaire. Selon la *Radio Publique Africaine* (RPA), l'accès aux soins de santé mentale reste un défi au Burundi, en particulier pour les personnes démunies habitant en dehors du Bujumbura, notamment en raison du faible nombre de professionnel·le·s qualifié·e·s et du fait que le CNPK est l'unique structure de référence accueillant les patient·e·s orienté·e·s par les formations sanitaires du pays (RPA, 25 octobre 2025). Selon des représentant·e·s de l'organisation *Médecins sans vacances* (AZV), que ce soit dans les centres de Ngozi, Gitega ou au CNPK, les urgences psychiatriques sont fréquemment débordées (AZV, 29 mai 2025). Le HCR estime qu'il existe des lacunes en matière d'accès aux soins de santé mentale, car toutes les régions ne sont pas couvertes par les services de santé mentale (HCR, 13 octobre 2025). Selon la *personne de contact B*, en pratique, une hospitalisation avec une surveillance quotidienne ainsi qu'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré est impossible, notamment en raison de l'insuffisance du personnel spécialisé et de la non-disponibilité des médicaments psychotropes. Selon la *personne de contact A*, certains centres proposent effectivement des services d'accompagnement psychologique et psychiatrique. Toutefois, cette personne de contact tient à souligner que ces services restent coûteux.

Des troubles mentaux encore perçus à travers le prisme des croyances traditionnelles. Selon le *Renouveau du Burundi*, les troubles mentaux restent fortement stigmatisés et méconnus. Les personnes atteintes sont souvent désignées par le terme péjoratif « umusazi » (fou), ce qui entraîne exclusion, isolement et discriminations (*Le Renouveau du Burundi*, 7 janvier 2026). Pour l'OMS, les troubles de santé mentale sont largement considérés comme tabous et relevant de la superstition, perçus comme des maux surnaturels ne pouvant être soignés que par des interventions spirituelles ou des guérisseurs traditionnels (OMS, 29 novembre 2024). Selon *Simbananiye et al.*, cette perception est alimentée par la méconnaissance de la maladie mentale, qu'une partie de la population attribue à la sorcellerie ou à des forces démoniaques, voire à des malédictions ou à une possession spirituelle (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025 ; AZV, 29 mai 2025).

Une stigmatisation aux conséquences directes sur le recours aux soins. Pour l'OMS et AZV, cette stigmatisation a des conséquences directes sur le recours aux soins. Plutôt que de consulter un spécialiste, les familles se tournent d'abord vers les églises, les tradipraticiens ou les herboristes, et n'orientent les patient·e·s vers des structures comme le CNPK qu'une fois la maladie à un stade avancé (OMS, 22 octobre 2022 ; AZV, 10 août 2022). *Simbananiye et al.*, estiment également que le recours à des pratiques comme la prière retarde la prise en charge médicale et laisse la maladie s'aggraver (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025). Selon un psychologue burundais, cité par le *Renouveau du Burundi*, cette stigmatisation retarde la consultation et favorise les rechutes, s'enracinant dans des croyances d'incurabilité entretenues par l'ignorance et le manque d'éducation sanitaire (*Le Renouveau du Burundi*, 7 janvier 2026). Pour AZV, la stigmatisation touche particulièrement les femmes : la maladie mentale pouvant compromettre une union matrimoniale, les familles tendent à taire le problème, retardant encore davantage la prise en charge. La plupart des patient·e·s qui arrivent au CNPK sont ainsi majoritairement des hommes, souvent accompagnés de leur famille et déjà à un stade avancé de la maladie (AZV, 10 août 2022). Plus largement, selon l'OMS, la société craint les personnes touchées par des troubles mentaux, qui se retrouvent de ce fait marginalisées et invisibles (OMS, 29 novembre 2024).

4 DISPONIBILITÉ ET COÛT DE MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES

4.1 Disponibilité et accessibilité des médicaments psychotropes

Une disponibilité limitée des médicaments psychotropes. Selon le HCR, bien qu'inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels, les médicaments psychotropes ne sont disponibles que dans les structures de référence en santé mentale et dans quelques hôpitaux de district approvisionnés directement par le CNPK à partir de ses propres stocks (HCR, 13 octobre 2025). Pour l'OMS, le pays fait face à une pénurie. Les neuroleptiques sont introuvables non seulement au Burundi, mais également dans la sous-région, et la CAMEBU, l'organe national d'approvisionnement en médicaments, n'importe pas de psychotropes (OMS, 22 octobre 2022). L'OMS indique également que le Burundi dispose de moins de 40 % des médicaments essentiels (OMS, 29 novembre 2024). L'*Agence belge de coopération internationale* (Enabel) signale que les ruptures d'approvisionnement en médicaments psychotropes et le fait que leurs coûts soient supportés par des patient·e·s nécessitant un traitement prolongé constituent un problème très préoccupant, selon des échanges tenus en février 2026 entre *Enabel*, le ministre de la Santé et d'autres parties prenantes (*Enabel*, 16 février 2026). La *personne de contact C* estime que les médicaments psychotropes peuvent subir des ruptures d'approvisionnement, tandis que la *personne de contact D* s'inquiète du fait que la disponibilité limitée des médicaments psychotropes est très problématique pour les patients qui nécessitent un traitement sur le long terme.

Un coût élevé qui exclut les patient·e·s les plus vulnérables. Pour la DDC, les traitements médicamenteux utilisés pour soigner les troubles mentaux sont chers et souvent difficiles à se procurer (DDC, 10 octobre 2024). Selon *Simbananiye et al.*, la faiblesse des revenus des patient·e·s et de leurs familles, combinée à la rareté des médicaments psychotropes dans les pharmacies, rend leur accès particulièrement difficile. Ce coût élevé constitue également un frein important à leur intégration dans les soins de santé primaires (*Simbananiye et al.*, 31 décembre 2025). Selon RPA, il est en effet particulièrement difficile au Burundi d'obtenir ces médicaments, dont le coût élevé entraîne souvent des interruptions de traitement et des rechutes (RPA, 10 octobre 2025). La *personne de contact A* indique également que les médicaments psychotropes sont chers, ce qui fait que certain·e·s patient·e·s précarisé·e·s ne parviennent pas à s'en procurer facilement. Ces médicaments sont majoritairement disponibles dans le secteur privé, mais leur coût est généralement élevé. La flambée des prix aggrave encore la situation : une habitante de Bujumbura interrogée par *Jimbere Magazine* signale qu'un médicament qu'elle payait 12 000 Bfu, ou environ 3,20 CHF, coûte désormais 25 000 Bfu, ou environ 6,65 CHF. L'accès aux médicaments de marque est de plus en plus réservé aux patient·e·s les plus fortuné·e·s, les autres étant contraint·e·s de se tourner vers les génériques (*Jimbere Magazine*, 17 octobre 2025). *Yaga Burundi* indique que dans certains services, les médicaments de spécialité ne sont plus accessibles qu'aux patient·e·s payant·e·s, tandis que les bénéficiaires de la gratuité se voient limités aux génériques de base — une situation liée aux graves difficultés financières des hôpitaux publics, en partie causées par des retards de remboursement gouvernemental (*Yaga Burundi*, 22 octobre 2025).

Des dysfonctionnements dans les systèmes de couverture. Selon *Jimbere Magazine*, certain·e·s fonctionnaires couverts par la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) se plaignent de ne plus avoir accès aux médicaments, ni dans les pharmacies de la mutuelle, ni dans les établissements partenaires. La directrice générale de la MFP reconnaît que ses adhérent·e·s constatent que la mutuelle ne prend en charge qu'une partie des frais d'hospitalisation, en raison de services non couverts par le contrat. Par ailleurs, selon Espérance Kaneza, secrétaire exécutive de la

Plateforme des acteurs des mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB), certaines pharmacies pratiquent des marges abusives de 200 à 300 %, bien au-delà des plafonds légaux fixés à 25 % pour les grossistes et 40 % pour les détaillants (*Jimbere Magazine*, 17 octobre 2025). Le SEM indique que sur le plan réglementaire, les recommandations de 2019 soulignaient que les traitements psychotropes n'étaient ni gérés ni prescrits au niveau des soins primaires. Depuis lors, la liste des médicaments essentiels mise à jour en 2022 prévoit la disponibilité d'au moins un représentant de chacune des classes suivantes dans les structures de soins de base : antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, antipsychotiques et anxiolytiques. Par ailleurs, les prix des médicaments sont susceptibles de varier sensiblement, avec des fluctuations pouvant atteindre 20 à 30 %, et il est courant au Burundi d'acheter les médicaments par plaquette (blister), chacune contenant généralement dix unités (capsules ou comprimées) (SEM, 10 décembre 2024).

4.2 Médicaments spécifiques

a) Duloxétine 120mg

Selon le rapport du SEM, la duloxétine n'est pas disponible au Burundi. La duloxétine n'est pas mentionnée dans la liste des médicaments essentiels de 2025⁴. Une pharmacienne de Bujumbura⁵, contactée par l'OSAR, a indiquée le 24 mars 2026 par message WhatsApp, que le médicament Duloxen 30mg est disponible au prix de 38 500 Fbu pour 30 capsules, soit l'équivalent de 10,25 CHF.

b) Risperidone 0.5mg

La rispéridone (comprimé 2 mg et solution injectable 25 mg/2ml) est mentionnée dans la liste des médicaments essentiels de 2025. Selon le rapport du SEM, la rispéridone n'est pas disponible au Burundi. D'autres antipsychotiques, comme l'halopéridol, la chlorpromazine, le pipamperon, le sulpiride ou pimozide sont disponibles au Burundi selon des informations datant de septembre 2024 (SEM, 10 décembre 2024). La pharmacienne contactée par l'OSAR a indiqué que le médicament Risperidone 2mg était disponible au prix de 12 500 Fbu par plaquette (10 capsules), soit l'équivalent de 3,30 CHF.

c) Oxazépam 15mg

Selon le rapport du SEM, l'oxazépam n'est pas disponible au Burundi. L'oxazépam n'est pas mentionnée dans la liste des médicaments essentiels de 2025. Un autre anxiolytique, notamment le Diazépam, est disponible au Burundi selon des informations datant de septembre 2024 (SEM, 10 décembre 2024). La pharmacienne contactée par l'OSAR a indiqué ne pas disposer de ce médicament.

d) Quétiapine 12,5mg

La quétiapine (comprimé retard 200 mg) est mentionné dans la liste des médicaments essentiels de 2025. Toutefois, selon le rapport du SEM, la quétiapine n'est pas disponible au Burundi. D'autres antipsychotiques, comme l'halopéridol, la chlorpromazine ou le sulpiride sont disponibles au Burundi, selon des informations datant de septembre 2024 (SEM, 10 décembre 2024). La pharmacienne contactée par l'OSAR a indiqué que le médicament Quetiapine 25mg était disponible au prix de 185 700 Fbu pour 30 capsules, soit l'équivalent de 49,30 CHF.

⁴ République du Burundi, [Liste nationale des médicaments essentiels au Burundi](#), 2025.

⁵ Pharmacie Ramuke, MC82+97C, Bujumbura, Burundi.

4.3 Couverture des traitements et des médicaments

Situation générale de la couverture santé au Burundi. Selon l'OMS, la couverture par une assurance maladie demeure très faible au Burundi, avec seulement 22 % de la population couverte selon les derniers chiffres disponibles (2016–2017), et les dépenses restant à la charge des patient·e·s représentent encore plus d'un quart des dépenses de santé totales. Les soins gratuits restent limités à certaines catégories : les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, ainsi que les personnes retraitées et leurs ayants droit. Le Burundi ambitionne néanmoins d'atteindre la couverture sanitaire universelle à travers ses plans nationaux de santé (OMS, 29 novembre 2024). Le SEM indique que plus de 47 % des Burundais·e·s ne bénéficient d'aucune couverture, Carte d'Assurance Maladie (CAM) incluse (SEM, 10 décembre 2024). Selon l'OMS, les frais liés aux soins de santé mentale sont entièrement à la charge des patient·e·s et de leurs familles, à l'exception des affiliés à la Mutuelle de la Fonction Publique et des bénéficiaires de bons de prise en charge (OMS, 22 octobre 2022).

La Carte d'Assurance Maladie (CAM) : présentation et fonctionnement. Selon le SEM, la CAM est une carte financée par l'État, des partenaires et les populations du secteur informel et rural, destinée à faciliter l'accès aux soins de santé de base. Depuis 2012, elle couvre les consultations et soins dans les centres de santé et hôpitaux de district publics et agréés, pour le détenteur ou la titulaire et sa famille à charge, avec une quote-part de 20 % restant à charge. Toujours selon le SEM, l'adhésion était volontaire et annuelle, avec des cotisations modulées selon le revenu : en 2022, elles allaient de 3 000 Fbu, ou 80 centimes suisses, pour les personnes à faible revenu à 100 000 Fbu, ou environ 27 CHF, pour les personnes à revenu élevé, les personnes à revenu moyen payant 25 000 Fbu, ou environ 6,70 CHF, et les personnes indigentes étant dispensées de tout paiement. Dans le budget 2024/2025, seul le montant de 3 000 Fbu apparaît, sans distinction par catégorie (SEM, 10 décembre 2024).

La CAM rendue obligatoire depuis février 2025. Selon *Iwacu* et le *réseau P4H*, une ordonnance du 7 février 2025 a rendu obligatoire l'achat d'une CAM pour tous les personnes ou ménages non déjà couverts, au prix officiel de 3 000 Fbu. Les deux sources s'accordent pour présenter cette mesure comme une avancée vers une protection sociale plus inclusive, dans un pays où le coût des soins reste trop élevé pour de nombreux ménages (*Iwacu*, 14 mars 2025 ; *P4H*, 1er septembre 2025). *Iwacu* soulève toutefois plusieurs critiques, tels que le risque d'un système régressif si tout le monde paie le même montant, des problèmes de mise en œuvre avec des ventes observées à des prix bien supérieurs au tarif officiel, et une efficacité qui dépend de la qualité réelle du système de santé. Ce dernier reste marqué par un manque de médecins, de médicaments et d'infrastructures (*Iwacu*, 14 mars 2025).

Le statut d'indigence. Selon le SEM, le statut d'indigence, attesté par les autorités locales, permet d'obtenir la CAM gratuitement, la quote-part de 20 % étant également prise en charge par l'État. En 2020, 25 619 patient·e·s indigent·e·s ont été soigné·e·s, soit 0,2 % de la population, pour un montant moyen de 296 000 Fbu par patient·e, ou environ 76 CHF. Le SEM relève toutefois que 81 % des frais facturés n'ont pas été remboursés aux établissements de santé (SEM, 10 décembre 2024).

Les mutuelles : une couverture plus étendue mais limitée. Selon le SEM, au-delà de la CAM, les assurances maladie plus étendues sont appelées « mutuelles » et se déclinent en trois catégories. La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) couvre les fonctionnaires, magistrat·e·s, enseignant·e·s, forces de sécurité, retraité·e·s, ainsi que le personnel de l'enseignement privé, des confessions religieuses et des ONG affiliées, avec les conjoint·e·s et enfants à charge. Le réseau inclut le secteur public et une partie du privé, avec des quote-parts restant à charge (10 à 70 % selon les actes). Les remboursements en pharmacies privées peuvent s'avérer longs et fastidieux. Fin 2019, la MFP comptait environ 956 000 affiliées, soit 8 % de la population. Les mutuelles

communautaires (MUSA), souvent liées à des partenariats belges, couvraient en 2022 environ 18 000 ménages, soit environ 2 % de la population. Leurs prestations sont comparables à celles de la CAM, avec des cotisations proches du montant des prestations versées. Les mutuelles du secteur privé proposent des couvertures variables selon les moyens des affiliées. Certains employeurs, notamment dans le secteur international, prennent directement en charge les frais de santé de leurs employé·e·s. Selon le SEM, le financement privé représentait par ailleurs 11,25 % des dépenses de santé en 2019 (SEM, 10 décembre 2024).

5 SOURCES

AZV, 29 mai 2025:

« Dans des centres tels que ceux de Ngozi, Gitega ou au CNPK (Centre Neuropsychiatrique de Kamenge), les urgences psychiatriques sont souvent débordées. Les équipes médicales – composées de médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants sociaux – tentent de répondre à cette demande croissante avec une approche holistique.

Une mission pour renforcer les compétences

Trois experts-volontaires de Médecins Sans Vacances (MSV) – Gloria Ingabire, psychologue du Burundi, Véronique Coppin, infirmière psychiatrique de Belgique et Dr Serge Munane, psychiatre du Bukavu, RDC Est – ont récemment mené une mission pour renforcer les capacités locales. Leur objectif : améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques, réorganiser les services et promouvoir une meilleure coordination entre les différents professionnels de la santé mentale. Mais aussi échanger mutuellement avec leurs collègues pour trouver des solutions. L'impact de cette mission est tel que chaque ajustement sera durable.

Observations et réorganisation sur le terrain

À Ngozi, l'équipe a constaté un manque de lits, une surcharge de patients et une faible surveillance.

Véronique Coppin :

« Ensemble avec les équipes locales, nous avons réorganisé le circuit des malades, séparé les patients agités des patients stabilisés, et favorisé les sorties pour libérer de l'espace. »
Des ajustements similaires ont été entrepris à Gitega, où le besoin en personnel qualifié reste un défi face aux urgences.

Une collaboration interdisciplinaire dynamique

Dr. Serge Munane :

« Bien que l'on ne se connaissait pas tous avant la mission, une cohésion rapide s'est installée grâce à un briefing initial et une volonté partagée d'agir efficacement. »

Chaque professionnel a apporté ses compétences spécifiques, favorisant une complémentarité essentielle dans le traitement des patients.

La santé mentale, encore stigmatisée

Gloria Ingabire :

« La perception des troubles mentaux au Burundi reste encore très empreinte de croyances traditionnelles : possession, sorcellerie ou malédictions. »

De nombreux patients arrivent en centre après avoir consulté des tradipraticiens ou des guérisseurs, ce qui retarde le traitement médical approprié.

Un accompagnement au-delà du centre

La prise en charge ne s'arrête pas à l'hospitalisation. Un suivi psychothérapeutique est mis en place pour les patients et leurs familles, afin de renforcer la continuité des soins. L'implication de l'entourage est cruciale pour une réinsertion réussie du patient dans la communauté.

Un enrichissement mutuel humain et professionnel

Les experts-volontaires soulignent combien cette mission a été enrichissante, tant sur le plan humain que professionnel. Ils ont appris les uns des autres, partagé des stratégies thérapeutiques et développé un profond respect mutuel. L'expérience des équipes locales, souvent confrontées à des situations complexes avec peu de moyens, est une leçon d'engagement et de résilience. C'est un réel apprentissage mutuel. Que ce soit celui de l'équipe de la mission mais aussi entre eux et les équipes des centres.

Une cause trop souvent oubliée

Enfin, nos trois experts-volontaires s'accordent à dire que la santé mentale reste un domaine négligé dans les priorités de santé publique. Pourtant, les besoins sont immenses. Le soutien d'organisations comme MSV est vital pour continuer à répondre à cette urgence silencieuse. On ne soulignera jamais assez qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale. » Source: Médecins sans vacances (AZV), Une mission d'urgence pour la santé mentale au Burundi, 29 mai 2025: <https://azv.be/fr/actualite/een-noodzending-voor-geestelijke-gezondheid-in-burundi/>

AZV, 10 août 2022:

« Le centre de référence du pays

Le centre neuro-psychiatrique de Kamenge (CNPK), situé dans le quartier nord de la capitale du Burundi, est l'hôpital national de référence en matière des soins de santé mentale du pays. Fondé en 1979 par les Frères de la Charité de Belgique, ce centre est longtemps resté le seul du pays pouvant accueillir des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Entre-temps, des départements ont été créés dans les provinces de Gitega et de Ngozi en 2010 et 2014, mais avec ses 154 lits, le CNPK continue à faire face à un énorme défi pour prendre en charge les patients psychiatriques et neurologiques de tout le pays (dont la population est à peu près la même que celle de la Belgique).

Pas de priorité

Jean-Jacques Narambe, depuis 8 ans responsable du contrôle de la qualité des services, des statistiques, de la sensibilisation à la santé mentale et de la formation du personnel, déclare: » Être atteint d'une maladie mentale reste un tabou au Burundi. Les plans nationaux pour les soins de santé contiennent à peine quelques lignes au sujet des soins de la santé mentale, qui n'est pas considérée prioritaire car le taux de mortalité n'est pas élevé. Un exemple trivial de cette vision est qu'aucun budget n'est prévu pour la sensibilisation à la journée des soins mentaux. »

Formation défailante

Médecins Sans Vacances s'investit surtout dans le renforcement des capacités du personnel ainsi que dans l'appui en matériel et équipement, sans oublier le renforcement des capacités organisationnelles. « Ce soutien nous tient très à cœur car les universités burundaises n'offrent pas de cours approfondis sur les soins de la santé mentale. Ainsi, nous manquons continuellement de personnel qualifié pour une prise en charge correcte de nos

patients. La majorité de nos médecins et infirmières sont des généralistes. Grâce à l'intervention de Médecins Sans Vacances, ils reçoivent une formation régulière. Nous étudions actuellement la manière de certifier ces formations afin que nos soignants puissent obtenir un certificat attestant leurs connaissances acquises.

Stabilisation au service des urgences

Jean-Jacques explique la façon dont le centre développe les trajets en collaboration avec Médecins Sans Vacances, comment il définit ses propres besoins et établit les priorités. **Ainsi, par exemple, ils ont collaboré ces dernières années à l'amélioration du service de neurologie, à une meilleure prise en charge des patients souffrant d'une addiction et à l'amélioration des soins de psychiatrie infantile.**

Mais le plus impressionnant est le service des urgences psychiatriques, opérationnel depuis 2019. « Là où chaos et désordre régnaient auparavant, les patients sont triés maintenant et les patients critiques sont séparés des autres et restent sous surveillance pendant 48 h. Pour la plupart d'entre eux, la situation se stabilise entretemps et ils peuvent retourner chez eux. Pour ceux qui doivent être hospitalisés, le séjour à l'hôpital est souvent moins long. Ceci constitue une amélioration spectaculaire de nos soins. »

La mentalité change

La plupart des patients se présentent spontanément, souvent accompagnés de leur famille. Des hommes en majorité, car pour une femme le tabou d'une maladie mentale reste grand. Cela les empêche souvent de pouvoir se marier. La famille fait donc tout pour dissimuler le problème. Souvent ils sont déjà passés par des maisons de prière et des herboristes. Lorsqu'ils arrivent enfin chez nous, ils se trouvent souvent dans un stade très avancé. [...] . » Source: Médecins sans vacances (AZV), Jean-Jacques Narambe: « Les soins de santé mentale restent tabous au Burundi. », 10 août 2022: <https://azv.be/fr/histoires/jean-jacques-narambe-les-soins-de-sante-mentale-restent-tabous-au-burundi/>

DDC, 10 octobre 2024:

« Le Burundi manque de personnel qualifié en santé mentale et appui psychosocial. Il compte très peu de psychiatres et de professionnels formés en santé mentale, ce qui limite la capacité à fournir des soins adéquats. Une priorité du projet soutenu par la Suisse est de renforcer les compétences du personnel dans la prise en charge des maladies psychiques en offrant des formations continues et en cours d'emploi en santé mentale aux médecins et personnel infirmier.

Par exemple, le Centre neuropsychiatrique de Ngozi compte 17 soignants, dont des médecins généralistes et du personnel infirmier formés en psychiatrie. Le Centre bénéficie d'un soutien en renforcement des capacités, mais également en équipements. Il est ainsi mieux préparé pour répondre aux besoins de la population. Pour favoriser l'accès aux soins, les personnes les plus démunies reçoivent une carte d'assurance. Ce sésame leur permet d'obtenir des réductions importantes, notamment pour les traitements médicamenteux, qui sont coûteux et difficiles à obtenir. » Source: Direction du développement et de la coopération suisse (DDC), La santé mentale, pierre angulaire d'une paix durable, 10 octobre 2024: <https://www.deza.eda.admin.ch/fr/la-sante-mentale-pierre-angulaire-dune-paix-durable>

Enabel, 16 février 2026:

« Le ministère de la Santé Publique (MSP), avec l'appui d'Enabel à travers le projet NTU-SIGARINYUMA – Volet Santé, a organisé le 12 février 2026 une réunion nationale de

coordination réunissant une trentaine de partenaires techniques et financiers, organisations nationales et internationales intervenant dans le domaine de la santé mentale au Burundi.

Cette rencontre s'inscrit dans une dynamique de consolidation de la gouvernance sectorielle et visait à renforcer la complémentarité des interventions, prévenir la dispersion des efforts et promouvoir une meilleure harmonisation des approches dans un contexte de montée en puissance de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires.

Les échanges ont mis en évidence la nécessité d'améliorer la cartographie des interventions afin de limiter les duplications ; d'adopter un langage commun dans les activités de sensibilisation et de communication ; d'harmoniser les outils, méthodes et protocoles d'intervention afin de garantir la qualité et la cohérence des messages définis aux communautés et de renforcer les mécanismes de coordination technique sous le leadership du MSP. Les participants ont souligné que l'alignement stratégique constitue une condition essentielle pour optimiser les ressources disponibles et renforcer l'impact des actions menées sur le terrain.

Accès aux médicaments psychotropes : un enjeu prioritaire

La disponibilité et l'accessibilité des médicaments psychotropes ont constitué un point central des discussions. Les participants ont exprimé leurs préoccupations face aux ruptures d'approvisionnement et aux coûts supportés par les patients nécessitant un traitement prolongé. « La disponibilité et l'accessibilité de ces médicaments essentiels restent une priorité pour assurer une prise en charge continue et de qualité » a souligné le délégué du Ministre de la Santé. L'amélioration du circuit d'approvisionnement et le renforcement du cadre normatif apparaissent comme des leviers structurants pour consolider l'intégration de la santé mentale dans le système de santé.

Des données probantes pour orienter les politiques.

Les participants ont également abordé la validation prochaine des résultats de l'enquête nationale sur la santé mentale. Cette étude, première du genre au Burundi, fournira des données probantes essentielles pour orienter la planification stratégique, le plaidoyer et l'allocation des ressources dans les années à venir.

Une mobilisation élargie pour la Journée mondiale de la santé mentale

Les résultats de la célébration de la Journée mondiale de la Santé Mentale 2026 ont été évoqués. Ce moment a été l'occasion de rappeler la nécessité d'une mobilisation intense des partenaires lors de la prochaine célébration de la Journée mondiale de la santé mentale en 2026 afin d'amplifier la sensibilisation du public et d'assurer la visibilité des actions menées au niveau national.

Un engagement collectif pour une santé mentale intégrée et durable

Cette réunion marque une étape importante dans le renforcement du dialogue sectoriel et de la collaboration entre acteurs activant dans le domaine de la santé mentale. Elle réaffirme l'engagement du MSP, des partenaires et des organisations présentes en faveur d'une approche coordonnée, intégrée et durable de la santé mentale au Burundi. » Source: Belgian agency for international cooperation (Enabel), Burundi : Renforcer la coordination nationale en santé mentale, 16 février 2026: <https://open.enabel.be/en/BDI/2735/3514/u/burundi-renforcer-la-coordination-nationale-en-sante-mentale.html>

HRW, 4 février 2026:

« Burundi's political space in 2025 was marked by deteriorating human rights conditions as the ruling party consolidated power. Burundians faced restrictions on free expression, assembly, and participation of the political opposition during local and legislative elections. At the same time, Burundi experienced one of the largest refugee inflows in recent decades, stemming from escalating conflict in the neighboring Democratic Republic of Congo. The country's economic conditions worsened amid fragile public services, high inflation, fuel shortages, and foreign-exchange constraints. [...]

Burundi's economic situation in 2025 compounded political repression and humanitarian pressure. Inflation surged to 40 percent in February, official foreign exchange reserves are limited, and fuel shortages have persisted, hindering mobility and commerce. The discrepancy between official and unofficial exchange rates continued to squeeze households' purchasing power.

In September, the country director of the Belgian Development Agency (Enabel) in Burundi, was reportedly ordered to leave the country by Burundian authorities. According to media reports, this decision follows a post published on LinkedIn, in which the manager shared a cartoon illustrating the fuel shortage in Burundi. » Source: Human Rights Watch (HRW), World Report 2026; Burundi, 4 février 2026: <https://www.ecoi.net/en/document/2136196.html>

Iwacu, 14 mars 2025:

« Une ordonnance du 7 février impose l'acquisition d'une Carte d'Assurance Maladie (CAM) à tout ménage non affilié à une mutualité d'assistance maladie et à toute personne ayant 18 ans révolus. L'Office Burundais des Recettes en fixe le coût à 3 000 francs burundais.

C'est une bonne politique sanitaire, une étape importante vers un système de protection sociale plus inclusif au Burundi. En effet, le coût des services de santé reste un poids lourd pour beaucoup de ménages. La Mutuelle de la Fonction publique ne couvre que les fonctionnaires et les salariés du secteur public et parapublic, qui représentent environ 10% de la population burundaise. Toutefois, l'initiative n'est pas nouvelle.

La CAM, créée en 1984 pour les populations du secteur informel, a connu plusieurs réformes. Ses fonds, initialement destinés aux soins, ont été détournés vers les besoins communaux, entraînant des dettes hospitalières. Par ailleurs, elle n'était opérationnelle que dans les centres de santé primaire et dans certains hôpitaux publics où les soins de santé sont minimes. En 2012, une CAM volontaire, ouverte à tout Burundais âgé de 21 ans, a été instaurée. Mais sa gestion centralisée par le ministère de la Santé, qui s'occupait de la vente, de la gestion des fonds et de l'évaluation a soulevé des critiques.

Certains craignent que la nouvelle CAM soit perçue comme une taxe plus qu'une assurance sociale. Un expert souligne que la CAM devrait répondre au principe de solidarité qui implique que chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon besoins. « Un système où tout le monde paie la même prime, indépendamment de ses revenus, risque d'être régressif et de pénaliser les plus pauvres. »

Un système d'assurance maladie efficace repose sur trois piliers : une gouvernance financière rigoureuse, une couverture étendue et des services de qualité, trois défis majeurs pour le Burundi.

Déjà, un habitant de Kayanza déplore le fait qu'une carte soit vendue à 30 mille francs dans certains endroits.

La santé est un droit fondamental. Or, une large portion de la population burundaise ne bénéficie toujours pas d'un accès aux soins de santé essentiels, aux services de santé de qualité au moment et à l'endroit où ils sont nécessaires. Le Burundi compte environ un médecin pour 20 000 habitants et les infrastructures sanitaires sont inégalement réparties sur le territoire. « Une assurance maladie ne crée pas instantanément des hôpitaux, des médicaments ou des médecins », dit un expert.

En définitive, la CAM pourrait favoriser l'inclusion sociale. Elle touche les secteurs d'ordinaire exclus, tels que les travailleurs ruraux, indépendants ou informels. Cependant, sa réussite dépendra de sa mise en œuvre. Sinon, l'histoire risque de se répéter (bis repetita...). » Source: Iwacu, La CAM, une avancée vers une protection sociale plus inclusive ?, 14 mars 2025: <https://www.iwacu-burundi.org/la-cam-une-avancee-vers-une-protection-sociale-plus-inclusive/>

Jimbere magazine, 17 octobre 2025:

« Au Burundi, l'accès aux soins de santé reste un domaine plein d'incertitudes. Entre la flambée des prix et la pénurie de médicaments dans les formations sanitaires, les patients se retrouvent confrontés à un véritable casse-tête, mettant en péril leur droit fondamental à la santé...

Les patients burundais sont de plus en plus confrontés à une situation préoccupante : la pénurie de médicaments se conjugue à des prix exorbitants lorsque ces produits vitaux sont disponibles. L'accès aux médicaments de type spécialité est désormais réservé aux plus fortunés, tandis que de nombreux patients se tournent vers les génériques, souvent sans suivre les prescriptions médicales.

Les formations sanitaires – centres de santé et pharmacies – se renvoient la responsabilité, arguant qu'elles traversent elles-mêmes une crise de médicaments. Cette situation, qui s'ajoute à d'autres défis que peine à résoudre le ministère de la Santé – départ massif du personnel, infrastructures inadaptées –, génère un sentiment d'incertitude pour le citoyen lambda, dont la santé est pourtant essentielle pour affronter le combat quotidien de la vie.

Les plaintes des citoyens de Bujumbura

« Le prix des médicaments est à son point culminant, et leur accès est devenu un véritable casse-tête. Pour nous, les démunis, c'est un risque pour la vie », s'exclame Marie, mère vivant à Bujumbura, comparant le coût actuel des médicaments à celui d'autrefois pour son enfant. Elle précise : « Par exemple, l'albendazol, qui coûtait jadis 800 BIF, est maintenant à 3 500 BIF. Un médicament que nous achetions autrefois à 12 000 BIF atteint aujourd'hui 25 000 BIF. »

Face à cette flambée des prix, de nombreux patients se tournent désormais vers les génériques, abandonnant les spécialités. Cette tendance est confirmée par certains tenants de pharmacies.

Une pharmacienne témoigne : « Actuellement, nous n'achetons que des médicaments génériques, car les spécialités ne sont plus abordables pour le pouvoir d'achat des patients. » Elle explique la cherté des produits : « Si nous les achetons à prix élevé

auprès des pharmacies de gros, nous devons à notre tour augmenter le prix pour conserver une marge bénéficiaire. »

Entre cherté et pénurie

Au-delà de la cherté, une pénurie de certains médicaments se fait également sentir, comme le confient plusieurs patients, notamment des fonctionnaires couverts par la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP). À Kayanza, ils déplorent ne plus avoir accès aux médicaments ni dans les pharmacies de la mutuelle, ni dans les établissements partenaires. « Souvent, lorsque nous nous rendons dans ces pharmacies, elles nous répondent que les médicaments recherchés ne sont pas disponibles. Et si un médicament l'est, on nous dit qu'il n'est pas couvert par le bon de commande », témoigne un fonctionnaire rencontré à Kayanza, sous couvert d'anonymat.

Pire encore, ajoute sa collègue, dans certaines pharmacies, si l'on présente le bon de commande de la mutuelle, on nous cache les médicaments en prétendant qu'ils sont indisponibles.

La MFP à rude épreuve

Pour ces fonctionnaires, si la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) n'est plus en mesure d'assurer leurs soins, elle devrait céder le pas aux opérateurs privés capables de fournir les médicaments. « Il est étonnant que nous achetions un médicament à 100 % alors que nous devrions bénéficier d'un prix convenu avec la mutuelle. Il est insensé que l'argent continue à être retenu sur nos salaires alors que nous assurons nos soins entièrement », déplore un fonctionnaire.

Cette situation préoccupe également la Mutuelle. « Concernant la hausse des prix des prestations, nos clients se plaignent. Lorsqu'ils sont hospitalisés, ils constatent que la mutuelle ne prend en charge qu'une partie modique du montant », explique la directrice générale, précisant que cela est dû à d'autres services à payer, non couverts par le contrat de la mutuelle.

La directrice reconnaît également la pénurie de médicaments, mais rassure : « Nous continuerons les discussions avec les responsables concernés afin d'améliorer la situation. »

Par ailleurs, elle souligne les difficultés de recouvrement : « Certains tardent à nous payer, mais sont les premiers à nous reprocher de ne pas régler nos factures. Ce n'est pas vrai : dès qu'une facture nous parvient, nous la payons immédiatement. Mais nous peinons à recouvrer nos propres créances. »

Les privés sous le coup...

Dans ce contexte, les patients assurés par les mutualités sociales ne sont pas épargnés. Selon Espérance Kaneza, secrétaire exécutive de la Plateforme des acteurs des mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB), les termes du contrat de ces mutualités avec les institutions sanitaires prévoient que le patient doit recevoir ses médicaments dans l'établissement où il se fait soigner. Cependant, déplore Kaneza, ces derniers jours, une pénurie de médicaments se fait sentir dans ces institutions, ce qui dérouté nos membres.

Pour remédier à cette situation, la secrétaire annonce : « Nous sommes dans une phase pilote de collaboration avec les pharmacies pour évaluer si cela peut améliorer l'accès aux médicaments. » Malheureusement, le prix élevé des médicaments reste un lourd fardeau pour les sociétés de mutualité sanitaire, regrette-t-elle.

Selon la présidente du PAMUSAB, les prix pratiqués par certaines pharmacies ne respectent pas la réglementation. « Pour les grossistes, le bénéfice ne devrait pas dépasser 25 % du prix d'achat, tandis que pour les pharmacies de détail, il ne devrait pas excéder 40 %. Mais la réalité est que certaines pharmacies affichent des marges de 200 à 300 % », déplore-t-elle.

Appel à des mesures d'urgence

La secrétaire du PAMUSAB appelle l'Agence de régulation des prix des médicaments à surveiller de près les pharmacies afin qu'elles respectent la loi. « Nous demandons également au ministère de la Santé de fournir des efforts pour garantir un accès facilité aux devises, afin de soutenir l'importation des médicaments », conclut-elle.

Le nonaccès à des soins de qualité peut avoir de multiples conséquences. Selon l'Association burundaise pour la défense des droits des malades (ABDDM), les patients ont le droit de bénéficier d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et de recevoir les médicaments nécessaires à leurs traitements.

En cas de rupture de stock, les patients voient leur état de santé se détériorer, mettant parfois leur vie en danger. Le manque de médicaments révèle également des inégalités entre les patients : certains peuvent se permettre d'acheter des produits coûteux, tandis que d'autres ne le peuvent pas.

Pour l'ABDDM, il est crucial que les autorités sanitaires prennent des mesures pour garantir un approvisionnement adéquat en médicaments dans toutes les structures de soins, afin de respecter le droit fondamental des patients à des soins de qualité. » Source: Jimbere Magazine, Santé au Burundi : entre cherté et pénurie, les médicaments deviennent un luxe, 17 octobre 2025: <https://www.jimberemaq.org/edition-speciale-sante-burundi-cherte-penurie-medicaments/>

Le Renouveau du Burundi, 7 janvier 2026:

« Au Burundi, la santé mentale reste entourée d'un voile de non-dit et de stigmatisation encore fortement enracinée. Pour mieux comprendre cette réalité, nous avons recueilli le témoignage d'un jeune adulte et relayé les propos d'un psychologue burundais sur les défis de la prise en charge et de la perception sociale des troubles mentaux lors d'une interview accordée au Journal Le Renouveau du Burundi.

«La maladie mentale est une maladie comme les autres», déclare le psychologue burundais Alexandre Bukuru. «Lorsqu'une personne perd la joie de vivre, se dévalorise, vit un sentiment d'impuissance ou d'isolement, c'est souvent le signe d'une dépression ou d'un trouble de l'humeur». Il précise que «la femme est souvent plus vulnérable», car «moins résiliente face à certaines situations traumatisantes ou de violence basées sur le genre».

Selon lui, « la stigmatisation est un frein majeur : quand on considère une personne comme 'umusazi' (un fou), que l'on croit que c'est une malédiction ou que l'on pense que cela ne peut pas guérir, on retarde la consultation, on favorise l'isolement, on crée des rechutes ».

Il insiste : « Il faut intégrer les soins de santé mentale dans les soins primaires, sensibiliser la communauté, changer les mentalités. Ce n'est pas uniquement une affaire d'hôpital, mais de société ».

Enfin, il affirme: « Oui, la guérison est possible : avec un suivi, un traitement adapté, un soutien familial et communautaire. Mais, l'environnement joue un rôle énorme. » [...]

Analyse de la perception sociétale

Au Burundi, la perception des troubles mentaux reste marquée par des croyances traditionnelles : un malade mental est souvent appelé «umusazi», “fou”, selon un média local. Cette étiquette entraîne exclusion, isolement, discrimination, voire violences à l'égard des personnes concernées. L'ignorance, la peur, le manque d'éducation sanitaire alimentent ces attitudes.

Le psychologue Bukuru insiste sur l'importance de l'entourage familial: «La famille est un pilier de la guérison». «Si l'entourage ne valorise pas la personne malade, s'il l'exclut, cela limite ses chances de sociabilisation, d'emploi, de logement, et favorise la rechute.»

Sur le plan institutionnel, le message est clair : il faut intégrer les soins de santé mentale à tous les niveaux, multiplier la sensibilisation communautaire, lever les tabous, réduire les frais de traitement et rendre les médicaments disponibles. » Source: Le Renouveau du Burundi, La perception de la société burundaise sur les troubles mentaux: «Changer le regard, briser le silence», 7 janvier 2026: <https://lerenouveau.bi/la-perception-de-la-societe-burundaise-sur-les-troubles-mentaux-changer-le-regard-briser-le-silence/>

MEFSIEN, 23 juillet 2025:

« Après une récession en 2015 (-3,9 %) causée par la crise sécuritaire, l'économie burundaise est restée quasiment atone sur la période 2015-2020 (-0,1 % en moyenne par an), aggravée par la crise Covid-19 en 2020 (+0,3 % seulement). Un processus de normalisation avec la communauté internationale, amorcé à partir de 2020, a permis une reprise modérée (+2,8 % en moyenne sur 2021-2024, après -0,1 % sur 2015-2019), grâce au retour progressif des bailleurs. En 2024, la croissance a augmenté (+3,5 %, après +2,7 % en 2023), grâce au rebond du secteur agricole (conditions climatiques favorables) et au dynamisme des services, alors que l'industrie a été affectée par des pénuries chroniques de gaz et de carburant. En 2025, la croissance – déjà faible – devrait diminuer (+2,7 % selon le FMI) et rester modérée à moyen terme (+3,1 % en moyenne/an entre 2026 et 2030 selon le FMI), un niveau insuffisant pour répondre aux besoins sociaux. Cette faiblesse s'expliquerait par la surévaluation persistante du taux de change qui pénalise la compétitivité et aggrave les déséquilibres extérieurs (cf. infra), ainsi que les pénuries structurelles de carburants freinant l'activité.

L'inflation a temporairement diminué en 2024 (+20,2 %, après +27,1 % en 2023), atteignant un point bas en avril 2024 (+12,1 %) grâce à un resserrement monétaire opéré jusqu'à mi-2024[1]. Cependant, le relâchement de celui-ci au 2nd semestre, et l'intensification du financement monétaire des déficits par la Banque centrale (BRB) fin 2024 a ravivé les tensions inflationnistes début 2025. En avril 2025, l'inflation a culminé à +45,5 %, tirée par la hausse des prix alimentaires, des transports et des services publics, dans un contexte de pénuries de carburant et de tensions sur le marché parallèle des changes. Elle devrait atteindre +39,1 % en moyenne sur 2025, pénalisant les ménages les plus vulnérables. » Source: Gouvernement français - Ministère de l'Economie et des Finances (MEFSIEN), Burundi - Situation économique et financière, 23 juillet 2025: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/BI/indicateurs-et-conjoncture>

Nikoyandoye et al., 31 mai 2025:

« In sub-Saharan Africa, mental disorders, both neurological and substance-related, represent a major, yet growing burden. Burundi is no exception. **In this country, because of the periods of socio-political and economic crises accompanied by mass violence that the country has gone through over the last few decades, psychological distress and mental disorders are quite common among the population. In the baseline survey of the programme for the integration of mental health in primary healthcare services carried out by the Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi, 64.5% of the Burundian population manifested psychological ill-being, while 47.5% of the respondents experienced an episode of severe disorders. The number of people suffering from mental disorders is greater than the number of people being treated. These people rarely come to the care facilities or do so as a last resort. Besides, because of a lack of appropriate training, most primary healthcare workers are not able to detect and treat mental disorders and psychosocial problems. This is illustrated by the number of patients who attended mental healthcare facilities during the 2022 period – over 18 000 patients with conditions ranging from acute psychotic disorders to depression.**

Poor resource management, health service overload, and resistance from policymakers and health professionals are the major obstacles to the effective inclusion of mental healthcare in primary and community healthcare and the incorporation of psychosocial professionals.5 Indeed, the human resources issue in mental health is characterised by an under-resourced health workforce with uneven geographical distribution and limited skills.

Yet, integrating mental healthcare into primary healthcare would provide multiple benefits. First of all, this integration would reduce the gap between need and access to care. People would be able to access mental health services at a lower cost and remain close to their homes. They would maintain their connection to their families and would not deviate from their daily activities. Moreover, this kind of care for mental health and psychosocial problems would foster mental health promotion in the community. Finally, it would facilitate the care and monitoring of people affected, who, at the same time, would also avoid indirect costs associated with specialised care in remote areas.

Given that psychosocial problems are the source of a significant emotional burden for the people concerned and their families and create economic and social difficulties that affect the whole society, the provision of psychosocial personnel would be an important asset in helping to resolve these problems and would reduce the indirect costs that affect the patients, their families and the national economy. In addition, psychosocial professionals' interventions would also help address the issue of discrimination. **Indeed, in Burundi, most people with mental disorders are poor and unsupported. They are homeless and do not receive the treatment and care they need. These people are discriminated against and stigmatised by society in the spheres of education, employment and community activities, preventing them from participating in social, economic and political life.**

To better understand the underlying reasons for this situation, it is necessary to take a closer look at the guidelines for health professionals, health and human resources policies in Burundi, and the place of psychosocial professionals in the Burundian health system. [...]

The position of psychosocial professionals in the health system in Burundi

At the community level, mental health issues and physical health are inseparable. Most patients who come to the health centre suffer from both physical and mental problems. Integrated

primary care services should then ensure that patients are treated with a holistic approach. This would help address jointly the mental health needs of individuals with physical disorders and the physical health needs of individuals with mental disorders. Therefore, when considering the integration of mental health into healthcare at the health centre and in the community, it is essential to develop strategies for enhancing the awareness and the skills of providers of preventive, curative, promotive and adaptive mental healthcare.

According to national guidelines and the national health standards of Burundi's Ministry of Public Health and AIDS Control, mental health services need to be set up from first-referral hospitals to national referral hospitals. The plan foresees the creation of multidisciplinary teams comprising a specialist doctor, a general practitioner trained in mental health, a clinical psychologist, a nurse trained or specialised in mental health and a social worker.

Following the guidelines, health professionals must work together as a multidisciplinary team, carrying out tasks such as psychological and psychiatric consultations, diagnosis, treatment and follow-up of cases, referral and counter-referral, psychosocial support, listening, advice and guidance, supportive psychotherapy, therapeutic education, short-term hospitalisation and liaison consultation for patients hospitalised in other departments. Of course, these psychosocial specialists can also contribute to the ongoing training and supervision of hospital staff (HS) and district hospital staff.

To implement these guidelines, it is proposed to train at least two people per hospital, from first reference hospitals to national hospitals, to work in the emergency and internal medicine departments. These departments are singled out because they have patients with excessive psychological distress.

However, the figures available show that the resources allocated until December 2021 and those needed to implement the national guidelines for integrating mental healthcare into the health system in Burundi are still well below expectations. Indeed, the expected workforce of the health centre is not fully staffed and is insufficiently trained to carry out these activities. More precisely, by 2021, the Burundian health system will be 63.5% short of the recommended workforce. That is, except for nurses and general practitioners, all professional categories show a gap of well over 50%. Indeed, out of a total of 11 768 community health agents (CHAs), only 3679, corresponding to a shortfall of 68.74%, have been trained in the prevention and control of mental illness. Community health agents, who work with local community associations, local leaders, the mentally ill and their families, are elected by the community on a self-nomination basis. By law, candidates are eligible if they have completed the primary cycle (Grade 9); but because of the lack of candidates, a person who has completed Grade 6 may also be considered. Community health agents work as volunteers. They provide community health promotion services in collaboration with local associations, local leaders and families. In the area of psychosocial and mental health, activities include information, education and communication (IEC), awareness raising, patient identification and referral, family support and referral, early detection of disorders, psychosocial counselling and support, home visits, provision of psychosocial support in situations of psychological distress and socio-economic reintegration of families (e.g. income-generating activities, etc.).

The health promotion technicians (HPTs) trained in the prevention and control of mental illnesses, who should be assigned to all healthcare structures and act as liaisons with the HCs and CHAGs are only 361, corresponding to 39.28% of the recommended staff requirement. This leaves a shortfall of 548 HPTs with different levels of specialisation. Likewise, there are 95 social workers available, corresponding to 11.05%. The shortage is 754, although they are supposed to be assigned to all levels of care. Moreover, there

are only 15 clinical psychologists, representing 7.89%, against the 190 needed. These figures are even more concerning given the crucial role psychosocial professionals play in care structures, a fact that is already well-established.

According to the databases of the Ministry of Public Health and AIDS Control in the Directorate of Human Resources for Health, the situation has barely evolved between 2016 and 2021. The number of psychologists decreased from 52 to 15; social workers remained at the same number, namely 32; and health promotion technicians saw their numbers increase by 7, going from 354 to 361. With regard to the biomedical staff categories, the numbers have increased slightly: doctors were 647 in 2016, and in December 2021, they are 717; nurses have increased from 7332 to 7714; the number of anaesthetists, midwives, laboratory technicians, and radio technicians has also increased. It is thus worth asking why the number of psychosocial staff tends to decrease, while the number of biomedical staff tends to increase. Psychological staff who leave are not being replaced, and there is no new recruitment, even though young graduates from universities are available for these positions.

More fundamentally, there is still a major shortage of staff, in terms of both quantity and quality, particularly in the psychosocial professions, while existing human resources are unevenly distributed or underused. Nonetheless, training institutions for professionals in the psychosocial field do exist and produce sufficient human resources; however, these resources are still not being deployed. Indeed, in Burundi, six universities have psychology faculties, graduating 1309 students in psychology during the 2019–2020 academic year alone. Additionally, two health institutes – the National Institute of Public Health and the Ecole Supérieure des Sciences de la Santé – offer mental health and psychiatry courses, training 93 students.

It is true that economic constraints and misconceptions about professionals' skills often hinder this process of improving patient care. However, political decision-makers and hospital managers are not always aware of the role psychologists can play in alleviating patient distress. » Source: Nikoyandoye et al., Calling for the inclusion of psychosocial professionals in the health system in Burundi, 31 mai 2025: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12135100/>

OMS, juillet 2025:

« Kamuna, nouveau symbole d'espoir pour les personnes en détresse psychologique
Dans le cadre du renforcement de la santé mentale au Burundi, l'association ALUMA, partenaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a inauguré un centre de réhabilitation à Kamuna, avec le soutien financier de la Coopération suisse et de la fondation allemande SEZ. Ce centre, dédié à l'accompagnement psychosocial des usagers de drogues et des personnes souffrant de troubles mentaux, marque une avancée significative dans l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires. Le représentant de l'OMS a salué cette initiative, soulignant son importance dans la promotion de la santé mentale dans les communautés. L'Inspecteur Général de la santé, délégué par Madame la Ministre, a procédé à l'ouverture officielle, suivie d'une visite guidée des installations et de plusieurs allocutions saluant l'importance de cette initiative dans un contexte où les problématiques liées à la consommation de drogues et aux troubles mentaux prennent de l'ampleur.

Les interventions des partenaires ont souligné la nécessité d'élargir les capacités d'accueil du centre, actuellement limitées à 12 lits, et d'intégrer progressivement la prise en charge d'autres pathologies telles que le paludisme. La Coopération suisse a réaffirmé son engagement en faveur de la santé mentale, rappelant son appui dans plusieurs

provinces et sa collaboration avec l'Université du Burundi pour la formation de médecins psychiatres. Le Ministère de la Santé Publique a réitéré son engagement à travers le programme « Nabacu », appelant les partenaires à soutenir davantage l'intégration de la santé mentale dans le système national de santé. » Source: Organisation mondiale pour la santé (OMS), OMS Burundi News, juillet 2025: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2025-09/OMS%20%20Burundi%20bulletin%20juillet%202025.pdf>

OMS, 29 novembre 2024:

« In Burundi, mental health has been relegated to the realm of taboo and superstition. The tendency is to consider mental illnesses, that are unknown to the population, as supernatural sufferings that can only be cured by spiritual interventions or by resorting to traditional medicines and rituals. People living with mental health issues are stigmatised and often held responsible for their illness. For these reasons, people are marginalised, ignored and become invisible to a society that fears them. There are on average 6.24 suicides in Burundi each year. [...]

Burundi's health care system is organized in a pyramid structure with four levels: central, intermediate, local and community. There is a hierarchical operational relationship between the four levels. The central level also includes the coordinating bodies of the country's malaria control partners.

Burundi is one of the top 5 least developed countries in the world and the poorest in sub-Saharan Africa. Its National Health Development Plan and national health policy have ambitions of providing universal health coverage (UHC) but currently, free healthcare is only provided to children below 5 years old, pregnant mothers, and retirees and their dependents.

Burundi is making significant efforts to provide health care to its population by increasing the share of financing from the state budget (13.6% in 2021). However, health financing depends highly on external resources, and out of pocket spending still represent 25.4% of Current Health Expenditures. The majority of Burundians lack medical insurance. Only 22% of the population was covered (2016-2017).

Obstacles relating to the provision and optimal use of health care services, such as the quality of technical facilities and the availability of qualified personnel, equipment and high-quality drugs, mean that the major challenge lies in the quality-of-service delivery, which remains inadequate at all levels of the health care pyramid.

Another bottleneck is the uncertainty of funding, its management and execution, all of which determine the current ability of health care facilities to function satisfactorily. Burundi has less than 40% availability of essential medicines.

The gaps in the coverage of health care services are greater for human resources, with 1 nurse for every 1380 inhabitants (WHO standard: 1 nurse per 3 000 inhabitants), and 0.6 doctors per 10,000 inhabitants (WHO standard: 1 doctor per 10 000 inhabitants).

The network of health care facilities is good in relation to WHO standards, with 1.02 health centres per 10 000 inhabitants (WHO standard: 1 per 10 000 inhabitants) and 0.79 hospitals per 100 000 inhabitants (WHO standard: 1 per 100 000 inhabitants).

Geographic access to health services is relatively good, with more than 80% of the population having access to a health care facility within a radius of less than 5 km and free

care for pregnant women and children under 5 years of age. » Source: Organisation mondiale pour la santé (OMS), Burundi: Public Health Situation Analysis (PHSA), 29 novembre 2024, p.10, 12-13 : <https://reliefweb.int/attachments/33d85707-6ad5-4640-87df-965034dec7ad/PHSA%20Burundi%20291124%20%20EN.pdf>

OMS, 22 octobre 2022:

« [...] Pendant longtemps les maladies mentales n'étaient pas comprises au Burundi. Elles étaient assimilées à des actes d'ensorcellement. Et même si aujourd'hui les mentalités ont évolué, force est de reconnaître qu'une bonne partie de la population peine encore à accepter les pathologies neuropsychiatriques comme des maladies au même titre que les autres. Ce qui fait que quand le mal survient, l'entourage, au lieu de conduire le patient dans les centres psychiatriques l'oriente plutôt vers les églises ou chez les tradipraticiens. C'est quand la maladie s'aggrave qu'on se réfère aux structures compétentes et habilitées à administrer des soins neuropsychiatriques comme le CNPK.

En plus de ses antennes de Ngozi et Gitega, le CNPK est la structure de référence desservant la quasi-totalité du pays. A travers une prise en charge basée sur le traitement pharmacologique (prise de médicaments), psychothérapeutique (entretiens réguliers avec un.e psychothérapeute. Ces entretiens peuvent être individuels ou en groupe), et ergo thérapeutique (avec pour objectif la réintégration socioprofessionnelle et l'autonomisation des patients par rapport aux activités de la vie quotidienne antérieure à l'hospitalisation.

Le CNPK pourrait mieux assurer la prise en charge des patients s'il est doté de moyens conséquents !

Cependant, malgré les efforts déployés au quotidien pour cette prise en charge holistique des patients, le CNPK fait face à de nombreux défis. En effet, selon Mr Joseph Akumuryango, chargé de la statistique, les allocations financières de la santé mentale rentrent dans le cadre global du financement des activités des structures de santé. Les principales sources de financement des activités en santé mentale sont le budget de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers. Il n'existe pas une rubrique spécifique de financement des actions de santé mentale, ce qui a pour conséquence l'insuffisance de la prise en compte de ces activités dans les plans d'action des différentes structures de santé. Ainsi, tous les soins de santé mentale sont couverts par les malades ou leurs familles sauf ceux affiliés à la mutuelle de la fonction publique et les bénéficiaires des bons de prise en charge. A cela s'ajoute le manque de produits psychotropes (médicaments ou substances qui agissent sur le psychisme) qui ne sont pas importés par la CAMEBU (centre d'achat des médicaments du Burundi), ce qui rend indisponibles les neuroleptiques (médicaments qui agissent sur le système nerveux) sur le marché local, mais aussi dans la sous-région.

Autres points faibles du CNPK : il ne dispose pas de locaux suffisants et appropriés, pas de service d'addictologie, pas d'équipements adéquats et seulement un psychiatre pour le centre. Étant l'unique hôpital psychiatrique sur tout le territoire national, il lui est difficile de satisfaire tous les besoins des demandeurs des biens et services.

Face à ces défis, le Directeur du CNPK, le Frère Marcus CIZA en appelle aux décideurs et partenaires au développement d'œuvrer pour donner à cet hôpital ses lettres de noblesse « en le dotant de moyens nécessaires pour la prise en charge conséquente des malades. Ceci passera par la mise à disposition du centre du personnel qualifié, des médicaments appropriés, d'une aide substantielle aux malades et aux familles afin de les accompagner dans le

traitement ». [...] ». » Source: Organisation mondiale pour la santé (OMS), Pour une bonne santé mentale: oeuvrons pour une meilleure qualité de vie des populations, 22 octobre 2022: <https://www.afro.who.int/fr/countries/burundi/news/pour-une-bonne-sante-mentale-oeuvrons-pour-une-meilleure-qualite-de-vie-des-populations>

P4H, 1er septembre 2025:

« Au Burundi, la Carte d'Assistance Maladie est devenue obligatoire pour les populations adultes, non déjà couvertes par un autre moyen. Le coût serait de 3000 francs burundais (US\$ 1). La réussite en tant que mesure de protection sociale dépend de sa mise en œuvre.

En Février de 2025, le gouvernement du Burundi a publié une ordonnance qui rend l'acquisition de la Carte d'Assistance Maladie (CAM) obligatoire pour les personnes adultes que ne bénéficie pas déjà d'une couverture maladie. Le coût est fixé à 3000 francs burundais (US\$ 1). L'auteur de cet article de presse argumente que c'est une bonne politique sanitaire et une étape importante vers un système de protection sociale plus inclusif, dans un pays où les frais des services de santé restent onéreux pour beaucoup de ménages.

C'est une nouvelle tentative de la part du gouvernement pour améliorer l'accès aux soins, qui s'appuie sur la création de la CAM en 1984, et l'instauration de l'adhésion volontaire en 2012. La réussite en tant que mesure de protection sociale dépend largement de sa mise en œuvre.
» Source: Providing for Health (P4H), Au Burundi la Carte d'Assistance Maladie (CAM) obligatoire pour tous, 1er septembre 2025: <https://p4h.world/fr/news/au-burundi-la-carte-d-assistance-maladie-cam-obligatoire-pour-tous/>

RPA, 10 octobre 2025:

« Au Burundi, la situation de la santé mentale reste préoccupante. Le pays fait face à une forte prévalence de traumatismes psychiques, héritage des crises et des conflits du passé. Les malades mentaux sont visibles dans les rues de Bujumbura comme dans les collines de l'intérieur du pays. Selon une enquête menée en 2019 par le ministère de la Santé, en collaboration avec la Coopération suisse et l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), la pauvreté extrême, le chômage prolongé, les maladies chroniques, ainsi que des facteurs héréditaires ou génétiques figurent parmi les principales causes des troubles mentaux.

Le manque d'accès aux soins spécialisés et le faible nombre de professionnels qualifiés demeurent les principaux défis. Le Centre Neuropsychiatrique Kamenge (CNPK) reste la seule structure de référence accueillant les patients orientés par les formations sanitaires du pays. Cette situation rend la prise en charge difficile, surtout en dehors de la capitale.

À cela s'ajoute la difficulté d'obtenir des médicaments, dont le coût élevé entraîne souvent des interruptions de traitement et des rechutes. La situation est encore plus complexe pour les personnes déplacées ou vivant dans la précarité, pour qui l'accès aux soins est quasi impossible.

Selon l'Organisation internationale pour les migrations, en situation d'urgence, une personne sur trois souffre d'un trouble de santé mentale, et une sur vingt présente des troubles graves. Ces chiffres rappellent l'urgence d'agir. Comme le souligne le journal IWACU, la santé mentale fait partie intégrante du bien-être général et dépend d'un ensemble de facteurs individuels, sociaux et structurels.

Au Burundi, où les séquelles des crises passées se font encore sentir, garantir des services de santé mentale accessibles et adaptés demeure un impératif souvent relégué au second plan. » Source: Radio Publique Africaine (RPA), Burundi : la santé mentale, un défi oublié malgré l'urgence, 10 octobre 2025 : <https://www.rpa.bi/index.php/actualites/8sante/burundi-la-sante-mentale-un-defi-oublie-malgre-l-urgence>

SEM, 10 décembre 2024:

« Il existe un écart important entre le taux officiel et le taux parallèle (marché noir). Début septembre 2024 par exemple, les taux pour le dollar américain (\$) étaient :

- *taux moyen officiel : 3908.11 Fbu pour 1 \$;*
- *taux parallèle : 7000. -- Fbu environ pour 1 \$.*

De plus, le franc burundais (officiellement abrégé Fbu) est sujet à une inflation importante, entraînant une perte chronique mais irrégulière de sa valeur extérieure, c'est-à-dire face aux devises internationales de référence. Aussi, l'écart entre les deux taux peut varier considérablement et de façon abrupte, en fonction de décisions politiques. Une période de confusion accrue a par exemple été observée au cours de la première moitié de 2023. Les indications du taux de change parallèle ne sont disponibles que de façon irrégulière et approximative.

Pour ces raisons, l'Analyse pays SEM a jugé judicieux d'appliquer dans la mesure du possible le taux de change officiel valable à la date où le montant en question a été indiqué. Pour des montants moyens se référant à une année entière, c'est le taux en milieu de l'année qui a été retenu. Ce procédé permet le mieux de comparer, de façon certes limitée, les montants sur une échelle de plusieurs mois, voire années. [...]

2.3.3. La Carte d'assistance médicale (CAM)

La CAM est définie par la loi comme :

« carte financée par les contributions de l'État, des partenaires et des populations du secteur informel et rural destinée à permettre l'accès aux soins de santé de base. »

En 2022, les cotisations annuelles des bénéficiaires de la CAM ont été fixées de la façon suivante (conversion approximative au taux de change officiel au moment de la fixation) :

- **indigents ou vulnérables : 0 franc burundais (Fbu) ;**
- **personnes à faible revenu : 3000 Fbu (~ Fr. 1.40) ;**
- **personnes à moyen revenu : 25 000 Fbu (~ Fr. 11.40) ;**
- **personnes à revenu élevé : 100 000 Fbu (~ Fr. 45.60).**

Dans la fixation du budget général de la République pour 2024/2025, il n'y a aucune mention de différentes catégories de la population, et le seul montant indiqué est celui de 3000 Fbu.

L'acquisition de la CAM n'est pas obligatoire ; elle doit être renouvelée chaque année. Selon la base légale en vigueur depuis 2012, la CAM devrait donner à son détenteur et aux membres de la famille à sa charge le droit aux consultations médicales et aux soins auprès des centres de santé et des hôpitaux de district publics et agréés (confessionnels). À Bujumbura la CAM devrait donner également droit à des prestations auprès des hôpitaux nationaux, mais seulement pour un paquet de soins de niveau hôpital de

district. Une quote-part de 20 % reste à la charge du détenteur de la CAM. Selon un résumé analytique du ministère de la santé de 2021, « aucune étude n'a été réalisée [depuis 2012] pour mesurer son impact sur la protection du risque maladie notamment la population couverte [sic], la différence entre les prestations théoriques et les prestations réelles dont bénéficient les détenteurs de la carte. »

En 2023, un expert médical burundais a affirmé à l'Analyse pays SEM que la CAM ne tenait pas ses promesses, en ajoutant que le système fonctionnait pour les petits payans dans les centres de santé à l'intérieur du pays, pour des consultations, des tests de (paludisme) et des examens mammaires, mais pas pour une hospitalisation. En ville, la CAM ne couvrait pas les consultations. En 2024, un autre expert médical burundais atteste une « certaine utilité de la CAM dans les hôpitaux publics de Bujumbura, à condition que le patient ait été transféré à partir d'un centre de santé. En dehors des villes, la CAM assurerait en effet un « accès facile aux premiers soins minimaux, mais pas à des soins de qualité, pas d'opérations, pas de prothèses ». En plus, le clientélisme créerait des inégalités, avec un accès plus difficile pour les personnes sans « bonnes relations » (patronage). Un troisième expert médical pense que la CAM est « utilisée surtout dans les zones rurales ».

En 2020, les prestations prises en charge s'élevaient à 28 000 Fbu (environ Fr. 13.50 au taux officiel du 1er juillet 2020) en moyenne par CAM délivrée. Étant donné qu'une CAM vaut également pour la famille du détenteur, il est difficile d'estimer le nombre actuel de personnes couvertes. Une enquête de 2016–2017 estimait que 15 % des femmes et 14 % des hommes au Burundi utilisaient la CAM.

2.3.4. Dispositif de prise en charge des indigents

Le statut d'indigence doit être attesté par les autorités administratives locales. Sur la base d'une telle attestation, la personne en question peut obtenir la CAM gratuitement. De plus, la quote-part de 20 % prévue par la CAM est prise en charge par le gouvernement. En 2020, 25 619 patients avec le statut d'indigence ont été soignés, correspondant à 0,2 % de la population burundaise. Le montant facturé par patient s'élevait à 296 000 Fbu (environ Fr. 144.– au taux officiel du 1er juillet 2020). Il faut pourtant ajouter que 81 % des frais facturés n'ont pas été remboursés aux établissements de santé.

2.3.5. Mutuelles de santé

Le terme d'assurance n'est pas très utilisé dans le domaine de la santé au Burundi. Les assurances maladie qui proposent une couverture plus étendue que la CAM portent généralement le nom de « mutuelles ».

- **Mutuelle de la Fonction publique (MFP) : sont couverts par la MFP les fonctionnaires de l'État, les mandataires politiques, les magistrats, les enseignants, les employés en sous-contrat des entreprises publiques et des « administrations personnalisées », les forces de défense et de sécurité et le personnel de l'État soumis à un statut particulier. Sont également couverts les retraités de la fonction publique et de l'Institut national de sécurité sociale. En dehors des structures étatiques à proprement parler, la MFP couvre également le personnel de l'enseignement privé, les étudiants boursiers des universités ainsi que le personnel des confessions religieuses et des associations sans but lucratif. Sur demande, des ONG peuvent également s'affilier à la MFP. Sont inclus dans la couverture les conjoints et les enfants jusqu'à 18 ans, voire jusqu'à 23 ans pour les enfants encore à l'école. Les enfants, même adultes, avec handicap sont couverts sans limite d'âge.**

Le réseau de soins accessible aux affiliés de la MFP comprend le système public ainsi qu'une partie du système privé avec lequel il existe des conventions, dont 54 pharmacies privées. Pour ses prestations financières, la MFP déduit une quote-part qui reste à la charge de l'assuré. Cette quote-part dépend de l'acte ou de la nature du médicament (20 % pour les médicaments génériques, 30 % pour les spécialités, 10 % pour les médicaments contre les maladies chroniques et 70 % pour les lunettes médicales). En plus de la quote-part, une différence entre le plafond défini par la MFP et le prix réel peut être à la charge de l'assuré.

Dans les pharmacies privées agréées de la MFP, les assurés doivent avancer les frais de leur poche et demander un remboursement. Selon un expert médical, ce processus peut être fastidieux et prendre des années. Dans le système public, la prise en charge marche mieux, mais il y a moins de médicaments et de traitements disponibles. Fin 2019, la MFP comptait 956 328 assurés, couvrant 8 % de la population burundaise.

- **Mutuelles communautaires de santé (MUSA) :** en 2019, il existait 118 MUSA, souvent dans le cadre de programmes de collaboration avec des mutuelles belges. **En 2022, environ 18 000 ménages dans le pays étaient couverts par une MUSA, correspondant à environ 2 % de la population.**

Peu d'informations ont pu être trouvées au sujet des conditions de prise en charge des MUSA. En 2019, la valeur des prestations payées par ménage couvert par une MUSA s'élevait à 22 000 Fbu en moyenne (environ Fr. 11.50 au taux officiel du 1er juillet 2019), ce qui équivaut grosso modo aux montants pris en charge par la CAM. Le coût de la cotisation moyenne était également très proche de ce montant, les prix des prestations et des cotisations étant donc proches de l'équilibre.

- **Mutuelles du secteur privé :** Il existe plusieurs mutuelles privées proposant des paquets très variés, selon les possibilités financières des affiliés individuels ou des entreprises affiliées. Un certain nombre d'employeurs disposant des ressources financières nécessaires, par exemple dans le secteur international, opte pour une prise en charge directe des frais de santé pour leurs employés, au cas par cas et sans recours à une mutuelle ou une assurance.
En 2019, le financement privé (mutuelles privées, prises en charge par des employeurs, mais également le paiement direct par des privés) a été estimé à 11,25 % des dépenses courantes de la santé dans le pays.

Selon un article de journal de 2024, « plus de 47 % » des Burundais ne sont couverts par aucun système d'assurance dans le domaine de la santé (CAM et mutuelles). [...]

3.9 Santé mentale

3.9.1. Généralités

Des directives nationales pour l'intégration de la santé mentale ont été élaborées dès 2019. Ces dernières prévoient au niveau primaire (donc aussi en périphérie) des mesures de sensibilisation et de référencement vers les hôpitaux à partir des centres de santé. Les normes sanitaires et les directives prévoient au niveau des hôpitaux de district, régionaux et nationaux une prise en charge (consultations, y compris entretien psychothérapeutique, traitement et suivi des cas) par des infirmiers spécialisés en santé mentale, des psychologues cliniciens et un médecin généraliste avec formation en santé mentale. A Bujumbura, le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK) est un centre spécialisé qui prodigue des traitements ambulatoires et spécialisés somatiques, psychiatriques et

psychologiques. Il existe à la connaissance de l'Analyse pays SEM deux autres centres spécialisés hors de Bujumbura: le Centre Neuro-Psychiatrique de Ngozi et le Centre de Soins Mentaux de Gitega.

Le manque de médecins spécialistes en psychiatrie au Burundi est relevé depuis plusieurs années. L'Agence Burundaise de Presse notait en mars 2023 qu'il existe moins de cinq psychiatres dans le pays. Des initiatives de formation en psychiatrie ont été lancées : notamment un projet financé par la Direction au Développement et à la Coopération Suisse lancé en 2022 prévoit la formation de 24 médecins en psychiatrie ; les premiers médecins finiront leur formation en 2025. Ces places de formations sont assorties à un engagement à travailler dans les structures sanitaires du Burundi pendant au moins trois ans.

Concernant la psychologie clinique, il existe des cursus de formation à Bujumbura, par exemple, à l'université du Burundi, à l'Institut Universitaire des sciences de la santé et du développement (établissements publics) ou à l'Université Lumière (établissement privé).

Du point de vue du traitement pharmacologique, les directives élaborées en 2019 notaient que les médicaments psychotropes n'étaient pas gérés ou prescrits au niveau primaire (ou dès la périphérie) et n'étaient disponibles que dans les hôpitaux nationaux et au CNPK. Plus récente, la liste des médicaments essentiels publiée en 2022 prévoit l'utilisation d'au moins un antidépresseur, un stabilisateur de l'humeur, un antipsychotique et un anxiolytique dans les structures sanitaires primaires.

Traitement/examen	Disponible	Disponible à :
Traitement ambulatoire et suivi psychiatrique	Oui ³⁵⁰	Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK)
Traitement stationnaire psychiatrique	Oui ³⁵¹	Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
Traitement ambulatoire et suivi psychologique	Oui ³⁵²	Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
Traitement stationnaire psychiatrique	Oui ³⁵³	Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
Traitement psychiatrique du TSPT ³⁵⁴ par thérapie cognitivo-comportementale	Oui ³⁵⁵	Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
Traitement psychiatrique du TSPT par EMDR ³⁵⁶	Non ³⁵⁷	-
Traitement psychiatrique du TSPT par thérapie d'exposition à la narration	Non ³⁵⁸	-
Traitement psychiatrique de la dépendance à l'alcool dans une clinique spécialisée (réhabilitation)	Non ³⁵⁹	-
Sevrage stationnaire de l'alcool	Non ³⁶⁰	-
Sevrage ambulatoire de l'alcool	Non ³⁶¹	-

A titre indicatif, le prix d'un traitement ambulatoire ou stationnaire en psychiatrie et en psychologie au Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge est de 5000 Fbu (1.5 CHF) par

traitement. Pour les patients assurés par l'assurance publique, le coût du traitement est remboursé à hauteur de 80 %.

Médicament	Disponible
Antidépresseurs	
Citalopram	Non ³⁶³
Escitalopram	Non ³⁶⁴
Fluvoxamine	Non ³⁶⁵
Fluoxétine	Oui ³⁶⁶
Paroxétine	Non ³⁶⁷
Sertraline	Non ³⁶⁸
Duloxétine	Non ³⁶⁹
Venlafaxine	Non ³⁷⁰
Amitriptyline	Non ³⁷¹
Clomipramine	Oui ³⁷²
Imipramine	Oui ³⁷³
Mirtazapine	Non ³⁷⁴
Trazodone	Non ³⁷⁵
Antipsychotique atypiques³⁷⁶	
Aripiprazole	Non ³⁷⁷
Clozapine	Non ³⁷⁸
Olanzapine	Non ³⁷⁹
Palipéridone	Non ³⁸⁰

Quétiapine	Non ³⁸¹
Risperidone	Non ³⁸²
Antipsychotique typiques	
Chlorpromazine	Oui ³⁸³
Chlorprothixène	Non ³⁸⁴
Clotiapine	Non ³⁸⁵
Halopéridol	Oui ³⁸⁶
Lévomépromazine	Non ³⁸⁷
Pipampérone	Non ³⁸⁸
Stabilisateur de l'humeur	
Carbamazépine	Oui ³⁸⁹
Valproate	Oui ³⁹⁰
Lamotrigine	Non ³⁹¹
Benzodiazépines	
Alprazolam	Oui ³⁹²
Clonazépam	Non ³⁹³
Clorazépate	Non ³⁹⁴
Diazépam	Oui ³⁹⁵
Diazépam en injection	Oui ³⁹⁶
Lorazépam	Non ³⁹⁷
Oxazépam	Non ³⁹⁸
Nitrazépam	Non ³⁹⁹
Témazépam	Non ⁴⁰⁰
Sédatifs	
Zopiclone	Non ⁴⁰¹
Zolpidem	Non ⁴⁰²

[...]

Annexe

L'Analyse pays SEM a compilé les prix de médicaments couramment utilisés dans le tableau qui suit. Ces prix se basent sur l'inventaire daté de septembre 2024 d'un pharmacien travaillant et tenant officine à Bujumbura. Ce dernier nous informe que les prix peuvent connaître de fortes fluctuations, de l'ordre de 20–30 %. L'inventaire transmis mentionne aussi le stock des médicaments ; les médicaments effectivement disponibles en stock sont indiqués par un astérisque. La présence d'un médicament qui n'est pas

en stock dans cette liste signifie qu'il a transité par la pharmacie au moins une fois, le prix est alors donné à titre purement indicatif. Au Burundi, il est aussi possible d'acheter les médicaments par plaquette (blister), une plaquette contient en général dix unités (capsules, comprimés, etc.). » Source: Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), Note Burundi. Système de santé, traitements, médicaments, 10 décembre 2024, p.5-6, 10-12, 37-43 : <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/internationales/herkunftslander/afrika/bdi/bfa-gesundheitssystem-f.pdf.download.pdf/bfa-gesundheitssystem-f.pdf>

Simbananiye et al., 31 décembre 2025:

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

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

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

Un des obstacles majeurs en matière de santé mentale au Burundi étant le manque de connaissances sur les maladies mentales attribuées souvent à la sorcellerie, l'approche sensibilisation est incontournable pour résoudre ce problème. [...]

L'accès aux soins des troubles mentaux au Burundi se heurte au faible revenu des patients et leurs familles et à et la rareté des médicaments psychotropes dans les pharmacies. [...]

Le coût élevé des médicaments psychotropes constitue une entrave à l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. [...] » Source: Simbananiye et al., Intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires au Burundi, 31 décembre 2025, p. 64 : <https://revue.ub.edu.bi/SSH/fr/article/view/165/101>

UNHCR, 13 octobre 2025:

« The mental health sector in Burundi is underdeveloped, because apart from a few organizations working in this field, the CNPK, CNP de Ngozi and CSM de Gitega are the only psychiatric hospitals in Burundi. The Kamenge neuro-psychiatric centre (CNPK), located in the northern district of Burundi's capital, is the country's national referral hospital for mental health care. This being said, the three psychiatric centres/hospitals are run by the Frères de la Charité, a religious brotherhood with Belgian background. In terms of mental health, there are geographical gaps, since not all the regions are covered by MH services.

When services in the site or transit centres are not able to support people with mental health problems, they are referred to one of the three centres mentioned above, according to geographical location.

In the case of Musenyi, for instance, a person would be first referred to CSM Gitega (three to four hours by road and only then to CNPK (five hours away). The fact that refugees cannot afford to travel to any of these locations and that there is no public transportation available, means that they are dependent on transport provided by NGOs such as AFMB and IRC.

Availability of psychotropic medication

Accessibility of the main psychotropic and antiepileptic drugs is a key factor in the successful integration of mental health care into the health system. In Burundi, professionals capable of prescribing them are rare, and psychotropic and antiepileptic drugs pose various problems.

Although they appear on the country's official list of essential medicines, they are only available in national mental health referral structures and certain district hospitals targeted by CNPK interventions, which distributes psychotropic drugs from its own stock.

Mental Health integration into Primary Health Care

The project Ni Abacu, in cooperation with the CNPK and the national NGO THARS Trauma, Healing and Reconciliation Services- Burundi, financed by the Swiss Cooperation, has started the integration of MH in Primary Health Care in 2021. The project is in line with and supported by the government.

The pilot-project was implemented in Rumonge and the project itself was currently being implemented in Bujumbura.

The project is implemented by three institutions:

- **THARS- in charge of the community aspect**
- **CNPK- clinical aspect**
- **University of Burundi – Training**

In the 2nd semester Ni Abacu' project will extend its scope to all the provinces in the country. The first phase is meant to start on 1st November with community awareness raising and training, led by THARS. » Source: UNHCR, Mental health and psychosocial support. Needs assessment report. Burundi 2025 - DRC Refugee response, 13 octobre 2025, p.26-27 : <https://www.acnur.org/co/sites/default/files/2025-10/mhpss-needs-assessment-report-burundi.pdf>

WFP, 28 janvier 2026:

« Beyond the refugee crisis, the humanitarian situation in Burundi remains of high concern. Large numbers of vulnerable households continue to suffer the effects of multiple and concurrent socio-economic and climate shocks. Weak institutional capacity to manage climatic events, persistently high levels of chronic and acute malnutrition, and inadequate social safety nets compound these vulnerabilities. The prevalence of chronic malnutrition among children aged 6–59 months stands at 52.8 percent—the highest in the world. The economic environment remains strained, marked by recurrent fuel shortages and inflationary pressures.

Encouragingly, inflation has eased, with the year-on-year rate declining to 15.2 percent in December 2025 from 36.4 percent a year earlier (Consumer Price Index statistics). This relative stabilization offers some relief compared to the previous year, though inflation remains high enough to continue eroding household purchasing power and affecting market dynamics. WFP has been present in Burundi since 1968, supporting food security, nutrition, and resilience efforts across the country. [...]

Impact of the Closure of the Burundi–RDC Border on Trade, Markets, and Food Security: The closure of the Burundi–RDC border has had severe socioeconomic repercussions. It has paralyzed cross-border trade, cutting off nearly 30 percent of Burundi’s total exports and over half of its exports to Africa, leading to shortages of basic goods. Fuel supply has worsened as the informal market that once stabilized prices collapsed, causing costs to double and reducing foreign currency inflows from Congolese transactions. Additionally, labor mobility has been disrupted, leaving many Burundian seasonal workers— vital to agriculture and construction in the Kivu region—without access to jobs and their main source of income. » Source: World Food Programme (WFP), WFP Burundi Country Brief; December 2025, 28 janvier 2026 : <https://reliefweb.int/attachments/d64e7256-5361-4c6b-9abf-56b73c67550f/WFP%20Burundi%20Country%20Brief%20December%202025.pdf>

Yaga Burundi, 22 octobre 2025:

« Le 7 octobre 2025, députés et sénateurs étaient réunis en congrès lorsque le Premier ministre, Nestor Ntahontuye, a présenté le rapport semestriel d’exécution du Plan de Travail et Budget Annuel (PTBA) 2024-2025. Les élus ont signalé que les hôpitaux publics font face à d’importantes difficultés financières ces derniers temps. Ils attribuent ces tensions aux retards de paiement du gouvernement pour les services financés par les programmes de gratuité des soins. Ils ont également évoqué les retards de remboursement liés à la Carte d’Assurance Maladie (CAM), qui aggravent encore la situation financière des établissements hospitaliers.

Selon une source bien informée ayant requis l’anonymat, le mécanisme de financement et de paiement des programmes de gratuité est particulièrement complexe. Cette lourdeur administrative serait l’une des principales causes des retards observés dans le remboursement des hôpitaux.

Une gratuité qui coûte cher

Derrière la « gratuité », se cache en réalité un système financé à plusieurs niveaux. D’une part, le gouvernement burundais consacre une ligne budgétaire spécifique à ces soins subventionnés. D’autre part, plusieurs partenaires au développement, notamment Enabel et Cordaid, soutiennent le programme à travers le Financement Basé sur la Performance (FBP). Ce mécanisme prévoit des grilles tarifaires précises. Par exemple, dans

les hôpitaux publics des districts de l'intérieur du pays, une consultation curative d'un enfant de moins de cinq ans est facturée 6 100 BIF à l'Etat. Pour une femme enceinte venue en consultation médicale, l'État rembourse 14 500 BIF à l'hôpital. En cas d'intervention chirurgicale, les montants varient selon la nature de l'acte : 8 000 BIF pour une chirurgie mineure et 44 000 BIF pour une chirurgie majeure.

Concernant les accouchements, la prise en charge diffère également : 26 000 BIF pour un accouchement par voie basse et 374 000 BIF pour une césarienne.

Lorsqu'une hospitalisation s'impose, la journée est facturée 7 000 BIF pour une femme (visites médicales, soins infirmiers et actes cliniques inclus). Pour les enfants de moins de cinq ans, la journée d'hospitalisation est légèrement plus élevée, car fixée à 8 500 BIF.

Cependant, la couverture ne s'applique qu'à certaines pathologies : infections, complications liées à la grossesse, diabète gestationnel, fausses couches ou menaces d'accouchement prématuré, entre autres. Les soins non directement liés à la maternité ou à la petite enfance, comme un accident, ne sont pas pris en charge.

Un système de remboursement à bout de souffle

Chaque hôpital ou centre de santé intégré au système de gratuité soumet mensuellement ses factures à la Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur la Performance (CTN-FBP), qui contrôle la quantité et la qualité des actes réalisés avant de valider les paiements.

Mais en réalité, les dernières factures payées datent de janvier 2025. « Le dernier paiement reçu par les hôpitaux remonte en janvier 2025 », confie sous anonymat un cadre du secteur de la santé.

Depuis plus de huit mois, bientôt neuf, les établissements attendent toujours le remboursement de leurs prestations. Conséquence : les hôpitaux publics, dont la majorité des patients relèvent des programmes de gratuité, se retrouvent sans liquidités pour acheter des médicaments, des réactifs de laboratoire ou du matériel médical. Les employés contractuels, déjà précaires, subissent les retards de salaire et la surcharge de travail, car l'État n'engage plus fréquemment de personnels sous statut. Les hôpitaux doivent donc puiser dans leurs maigres ressources pour assurer leurs rémunérations.

Les causes du blocage de l'engrenage

Les retards de paiement trouvent leur origine dans plusieurs facteurs, selon notre source. Premièrement, la réduction du soutien des partenaires internationaux, qui a accru la pression sur le budget national. Deuxièmement, une planification budgétaire déconnectée des réalités démographiques : la natalité, en hausse constante, augmente mécaniquement le nombre d'enfants de moins de cinq ans, tous bénéficiaires de la gratuité des soins.

Il faut aussi souligner que le nouveau découpage administratif du pays a désorganisé les équipes chargées d'évaluer les hôpitaux. Celles-ci géraient auparavant les districts liés aux anciennes provinces, mais se trouvent désormais déboussolées. Enfin, la lourdeur bureaucratique entre les ministères concernés ralentit encore davantage le processus de paiement.

Des conséquences directes sur les patients

Ces retards ont des effets concrets et préoccupants, selon les responsables d'hôpitaux : ruptures de stocks de médicaments et de matériel médical, difficultés d'approvisionnement, et pression sur les équipes médicales. De nombreux patients se voient

contraints d'acheter leurs médicaments dans des pharmacies privées, faute de stocks suffisants dans les hôpitaux. L'inflation aggrave encore la situation : une consultation pédiatrique remboursée à 6 100 BIF coûte en réalité plus de 25 000 BIF, un écart qui creuse le déficit des établissements. Dans plusieurs services, les médicaments de spécialité ne sont plus prescrits qu'aux patients payant en espèces ou bénéficiant d'une mutuelle. Les bénéficiaires de la gratuité, eux, reçoivent le plus souvent des génériques de base. La qualité des soins s'en ressent : les examens nécessaires pour établir un diagnostic précis deviennent difficiles à réaliser. Certains médecins parlent désormais de « guérison probabiliste », faute d'analyses complètes.

À ces difficultés s'ajoute un autre problème structurel : certaines structures déclareraient des actes fictifs, gonflant artificiellement leurs factures pour compenser les retards. La CTN-FBP est souvent contrainte de mener des enquêtes de vérification, ce qui ralentit encore davantage le processus de paiement.

Un modèle en péril

Au-delà des chiffres, c'est tout le modèle de la gratuité des soins de santé qui semble vaciller. Conçu pour protéger les populations les plus vulnérables, il repose sur un équilibre financier fragile. Sans une révision en profondeur du mécanisme de financement, une meilleure coordination institutionnelle et une planification budgétaire fondée sur des données fiables, les hôpitaux publics risquent une véritable asphyxie. En définitive, ce sont les femmes, les enfants et les familles les plus modestes qui paient le prix fort de ces retards. » Source : Yaga Burundi, Gratuité des soins : le revers de la médaille, 22 octobre 2025: <https://www.yaga-burundi.com/gratuite-soins/>

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

La newsletter de l'OSAR, qui paraît régulièrement, vous informe des nouvelles publications. Inscription à l'adresse:

www.osar.ch/newsletter

Mentions légales

Editeur

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR)

Case postale, 3001 Berne

Tél. 031 370 75 75

Courriel : info@osar.ch

Site web : www.osar.ch

IBAN : CH92 0900 0000 3000 1085 7

Version disponible en français

COPYRIGHT

© 2026 Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), Berne

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