



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un but – Une foi



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

DIVISION SANTE MENTALE

**PLAN STRATEGIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS
EN SANTE MENTALE AU SENEGAL DE 2024-2028**

Dakar, Janvier 2024

Plan stratégique d'amélioration de la qualité des soins en santé mentale au Sénégal de 2024-2028

Pr Jean Augustin Diégane TINE

Dr Mbayang Ndiaye

RESUME

Introduction :

La santé mentale fait partie intégrante du bien-être général et en est une composante essentielle. Tout au long de la vie, de multiples déterminants individuels, sociaux et structurels peuvent se combiner pour protéger ou compromettre notre santé mentale et ainsi modifier notre position sur le spectre de la santé mentale. Inclue depuis 2015 dans les ODD, l'OMS prône pour une promotion de la santé mentale et ricochet une réduction des charges mondiales des problèmes de santé mentale.

Malgré cette politique, les interventions de santé mentale sont peu effectuées en occurrence dans les pays pauvres. C'est dans ce contexte qu'il a été proposé d'élaborer ce plan d'amélioration de la qualité des soins de 2024 à 2025.

La vision de ce plan est que de tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès à des services de santé mentale de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de stigmatisation avec une pleine participation de la communauté. Les principales orientations stratégiques de ce plan sont :

- 1 : Une approche globale et coordonnée (multisectorielle) de la santé mentale.
- 2 : Une politique de santé conforme aux conventions relatives aux droits de l'homme.
- 3 : Une couverture sanitaire en santé mentale pour tous les âges et sans distinction de sexe.
- 4 : un accompagnement psychosocial des malades mentaux et de leurs familles.

Le budget global est estimé à 17 955 637 276F CFA sur la période de 2024-2028, soit un investissement moyen annuel de 996 FCFA/habitants et par an. Les années 2024 et 2025 ont respectivement 24,81% et 20,66%.

Il faudra mettre en place une bonne stratégie de mobilisation des ressources et renforcer le financement de l'état.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

DSM :	Division de la Santé Mentale
MNT :	Maladies Non Transmissibles
MTN :	Maladies Tropicales Négligées
DSISS :	Division du Système d'Information Sanitaire et Social
CDS :	Comité De Santé
REPOSAM :	Réseau des Organisations pour la Promotion de la Santé Mentale
MCR :	Médecin Chef de Région
MCD :	Médecin Chef de District
DLM :	Direction de la Lutte Contre la Maladie
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
RNDB :	Revenu National Disponible Brut
COUS :	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
PCRPE :	Projet de construction et de réhabilitation du patrimoine bâti de l'Etat
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
TBA :	Taux Brut d'Admission
TBPS :	Taux Brut de Préscolarisation
PIB :	Produit Intérieur Brut
COVID-19 :	Maladie à coronavirus
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PEC :	Prise en Charge
CILD :	Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue
ODD :	Objectifs de Développement Durable
PNDSS :	Plan National de Développement Sanitaire et Social

AEMO	: Services d'Action Éducatives en Milieu Ouvert
CAS	: Centres d'Adaptation Sociale
CS	: Centres de Sauvegarde
CP	: Centres Polyvalents
PAP	: Plan d'Actions Prioritaires
DGAS	: Direction générale de l'Action sociale
SRAS	: Services régionaux de l'Action sociale
CMU	: Couverture Maladie Universelle
DPRS	: Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
CVAC	: Comité de Veille et d'Alerte Communautaire
PNLT	: Programme National de Lutte contre le Tabac
PNA	: Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	3
INTRODUCTION	7
I. CADRE DE L'ÉTUDE	8
I.1 Contexte géographique	8
I.2 Contexte démographique	9
I.3 Contexte éducatif	10
I.4 Contexte administratif et politique	10
I.5 Contexte économique	11
I.6 Contexte environnemental	12
I.7 Contexte social	12
I.8 Contexte sanitaire	13
I.9 La santé mentale au Sénégal	14
II. Analyse de la problématique des soins de santé mentale	17
II.1.1 Epidémiologie des troubles mentaux au Sénégal	17
II.2 Situation de pauvreté et violence	19
II.2.1 Leadership et gouvernance de la santé	19
II.3 Prestations des services de soins de santé	20
II.4 Législation de la santé mentale au Sénégal	20
II.5 Ressources humaines	20
II.6 Gestion des approvisionnements et stocks	21
II.7 Gestion des données du système sanitaire	21
II.8 Recherche	21
III. Analyse des performances de la mise en œuvre	21
III.1 Infrastructures, équipements et maintenance, médicaments et produits de santé en santé mentale	25
III.2 Prestations de service de santé mentale	25
III.3 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces	26
• Prestations de services	28
IV. LES PRINCIPAUX DEFIS DE LA SANTE MENTALE	35
V. CRITERES DE PRIORISATION DU PROBLEME	35
V.1 Critères de santé Publique	35
V.2 Critères socioéconomiques	36
V.3 Critères technologiques	37
V.4 Critères environnementaux	37
V.5 Critères liés à la planification	38
VI. CADRE STRATEGIQUE :	38
VI.1 La vision	38
VI.2 La mission :	38
VI.3 Les principes et valeurs	39
VI.4 Les orientations stratégiques :	39
VI.5 Les objectifs, stratégies et activités	40
VI.5.1 Objectifs généraux	40
VI.5.2 Objectifs spécifiques (OS)	40

VI.5.3	Description des interventions _____	41
VI.5.4	Types ou catégories d'activités : _____	46
VII.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE : _____	47
VII.1	Le plan de mise en oeuvre ou plan de travail.....	47
VII.2	Les modalités d'exécution :	59
VII.2.1	Mécanisme de planification et de mise en œuvre : _____	59
	Mécanisme de mise en œuvre.....	60
VIII.	Budget et plan de mobilisation des ressources _____	62
VIII.1	Répartition du budget par année	62
VIII.2	Répartition du budget par objectifs spécifiques	62
VIII.3	Répartition du budget par interventions.....	63
VIII.4	Par sources de financement.....	65
IX.	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION : _____	66
IX.1	Cadre de performance :.....	66
IX.1.1	Mécanismes de dissémination de l'information sanitaire _____	97
IX.2	Mécanisme de coordination du suivi et de l'évaluation.....	97
	Le suivi	97
	Le suivi de la mise en œuvre des activités du plan se fera à travers _____	97
	Evaluation _____	97
IX.2.1	Sources de financement _____	100
X.	FINALISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES DU PLAN: _____	100
X.1	Finalisation du plan stratégique	100
X.2	Adoption du plan stratégique:.....	101
X.3	Edition du plan stratégique :	101
X.4	Coordination et plan de mobilisation des ressources :	101
X.5	Processus de dissémination du plan :.....	102
	Liste des personnes ressources : _____	105

INTRODUCTION

Selon l'OMS Afrique, les troubles mentaux sont des maladies non transmissibles et occupent la troisième place après les maladies cardiovasculaires de par leur mortalité. Ainsi, l'OMS insiste sur les interventions immédiates à mener pour lutter contre les problèmes de santé mentale dans tous les pays de la région. Une enquête multicentrique [1] menée dans 28 pays durant la pandémie a montré une diminution de la fréquentation des structures de santé mentale et une augmentation des troubles anxieux et de la peur. Malgré la demande forte constatée des services de santé mentale, le besoin urgent d'un financement est retrouvé. Il est revenu après l'enquête que 37 % des pays ont indiqué que leurs plans d'intervention en matière de santé mentale dans le cadre de la COVID-19 sont partiellement financés et 37 % ont déclaré ne disposer d'aucun financement [1].

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Elle est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté [2].

C'est pourquoi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde [3].

C'est ainsi que l'OMS a mis en place le Programme mondial d'action pour combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). Ce programme s'appuie sur des stratégies visant à améliorer la santé mentale des populations. Pour mettre en œuvre ces stratégies, différents projets et actions ont été initiés tels que les campagnes mondiales de lutte contre l'épilepsie et de prévention du suicide. Les capacités nationales des pays ont été renforcées leur permettant ainsi d'élaborer une politique et la mise en place de services traitant les problèmes liés à l'alcool. Des directives en matière d'intervention dans les situations d'urgence et de prise en charge de la dépression, de la schizophrénie, la consommation de drogues, de l'épilepsie et d'autres troubles neurologiques ont été aussi émises. Ces efforts sont essentiellement centrés sur les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire où le déficit de services est le plus criant [4].

Au Sénégal, la santé mentale reste peu explorée et peu prise en compte dans le cadre des politiques nationales de santé. La lutte contre les troubles mentaux, constitue ainsi

un défi majeur à cause de l'ampleur de des affections mentales, de leurs conséquences sur la vie des populations et de leur impact sur le développement socio-économique.

La politique nationale de santé s'oriente vers la résolution de ce gap important pour réaliser les ambitions affichées par notre pays et relever le défi des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui ont inclus la santé mentale en 2015. Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 s'inscrit ainsi dans cette dynamique à travers la ligne d'action 47 qui consiste à promouvoir de la Santé Mentale [5].

Ainsi le ministère de la santé a entrepris l'élaboration d'un plan stratégique d'amélioration de la qualité des soins en santé mentale au Sénégal de 2024-2028 qui prend en compte le contexte actuel du pays.

I. CADRE DE L'ETUDE

I.1 Contexte géographique

Situé à la pointe extrême de l'Afrique Occidentale, le Sénégal est compris entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km². Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. À l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côtes.

La Gambie, constitue une enclave de 25 km de large et près de 300 km de profondeur à l'intérieur du territoire sénégalais. Les îles du Cap-Vert sont situées à 560 km au large de la côte sénégalaise [6].

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1400mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381mm. À l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies [7].

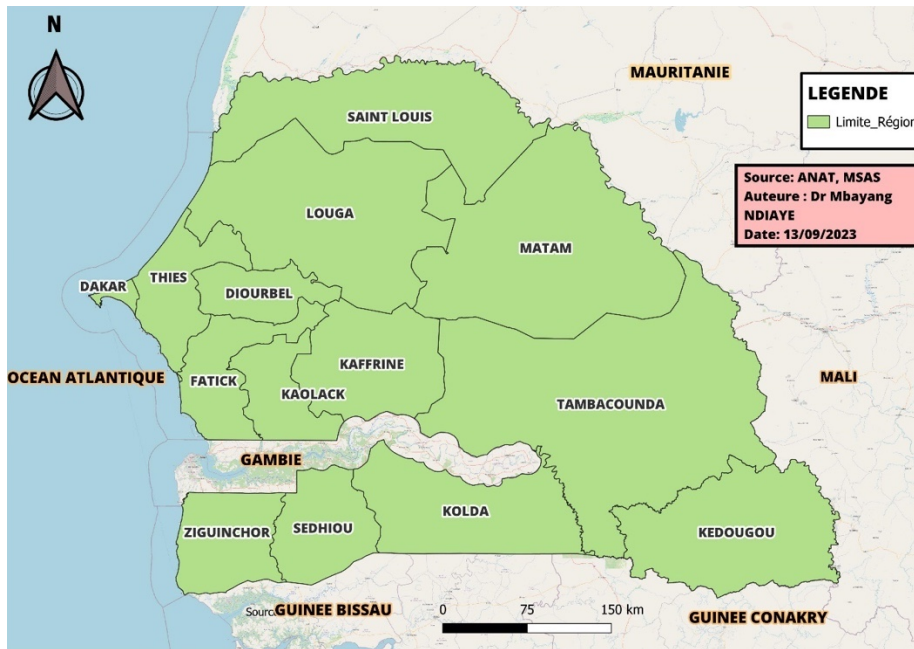


Figure 1: Carte du Sénégal

I.2 Contexte démographique

De 3 millions d'habitants en 1960, la population du Sénégal est passée à 16 705 608 d'habitants en 2020. Une hausse de l'ordre de 3 % comparée à l'année 2019 a été observée. L'effectif des individus de sexe féminin (8 391 358, soit 50,2 %) est légèrement supérieur à celui de sexe masculin (8 314 250, soit 49,8 %). Selon les prévisions de l'ANSD, en 2023, la population sénégalaise est estimée à 18 275 743 743 habitants [8]. Au regard de la structure par âge, la population sénégalaise en 2020, comme les années précédentes, est caractérisée par sa jeunesse. La moyenne d'âge est de l'ordre de 19 ans.

L'accroissement important de la population s'explique par la baisse significative de la mortalité et le niveau élevé de fécondité. D'un point de vue géographique, la population est inégalement répartie sur le territoire national. Plus de la moitié, 54,82 %, réside en milieu rural. La région de Dakar concentre à elle seule 23 % de la population totale du pays en 2020, soit un peu moins d'un quart de la population. En outre, plus de 55% de la population totale résident dans quatre régions administratives à savoir Dakar, Thiès, Diourbel et Kaolack. Certaines régions sont faiblement peuplées. Il s'agit notamment de Matam (4,4 %), Kaffrine (4,4 %), Ziguinchor (4,1 %), Sédhiou (3,4 %) et Kédougou (1,1 %) [9].

I.3 Contexte éducatif

Le taux brut de préscolarisation, indicateur utilisé pour mesurer le degré de fréquentation du préscolaire, est passé de 8,0 % en 2006 à 17,5 % en 2016 et seulement de 17,6 % en 2019. Le taux brut d'admission au CI est passé de 78,3 % en 2006 à 102,2 % en 2018 et 98,8 % (105,7 % chez les filles et 92,2 % pour les garçons) en 2019. Par contre, le TBA reste relativement faible dans les régions de Kaffrine (62,7 %) et de Diourbel (62,5 %) où il est en deçà de 80 % en 2019 [10] [11].

En 2018, la parité entre filles et garçons est constatée dans les régions de Dakar, Kédougou Sédhiou et Ziguinchor, alors que dans les autres régions, le TBA des filles reste plus élevé. En 2019, cette tendance s'est confirmée. Cependant, dans les régions de Louga et de Kolda, le TBA des filles a baissé, tandis que celui des garçons a augmenté. Ces changements se sont traduits par une parité entre filles et garçons dans ces régions [11].

Certaines populations vulnérables telles que les handicapés mentaux ne trouvent pas de systèmes éducatifs adaptés à leur handicap. Deux centres d'adaptation et de rééducation d'enfants malades mentaux sont fonctionnels sous forme d'hôpital de jour au Sénégal : Keur Xaleyi à l'Hôpital FANN et le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Thiaroye. Mais à côté de ces services de pédopsychiatrie conformes, il est retrouvé un ensemble de microorganismes (écoles privées, associations, ONG) spécialisés dans l'assistance d'enfants oligophrènes mais la qualité de leur prise en charge n'a pas été évaluée. Des centres de redressement d'enfants délinquants sont disponibles, les Services d'Action Éducatives en Milieu Ouvert (AEMO), les Centres d'Adaptation Sociale (CAS), les Centres de Sauvegarde (CS), les Centres Polyvalents (CP). Des centres publics qui permet une préparation à une réinsertion sociale et professionnelle des enfants en difficulté n'existent pas.

I.4 Contexte administratif et politique

Le Sénégal est un pays qui a une vieille tradition démocratique basée sur le dialogue, la paix et la concertation. Il est un des rares pays africains à connaître une stabilité politique depuis son indépendance, hormis la situation en Casamance.

Le Sénégal a adopté un nouveau modèle de développement pour accélérer sa marche vers l'émergence. Cette stratégie, dénommée Plan Sénégal Émergent (PSE), constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme.

Cette stratégie repose sur la vision visant l'émergence économique à l'horizon 2035. Le Plan d'Actions Prioritaires (PAP), articulé sur la période 2019-2023, constitue le document de référence des interventions de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, du partenariat public-privé et de la participation citoyenne, à moyen terme. L'ambition de l'État du Sénégal est de favoriser une croissance économique à fort impact sur le développement humain [12].

I.5 Contexte économique

Le Revenu national disponible brut (RNDB) s'est élevé à 16 492 milliards de FCFA en 2021, soit une augmentation de 8,4%, par rapport à 2020. Ce revenu par tête a progressé de 5,1% après 1,4% en 2020 pour se situer à 958 mille FCFA (soit 1 726,7 \$US). Ceci, peut être en lien avec la reprise de l'activité économique après la pandémie. La croissance économique du Sénégal est ressortie à 6,5% en 2021, après 1,3% en 2020 [13].

Pour ce qui du chômage, le taux était estimé à 15,5% et 21,9% respectivement en 2018 et 2022 [14]. Le niveau du chômage varie selon la classe d'âges, le sexe et le niveau d'instruction. En effet, le taux de chômage diminue en fonction des classes d'âge et est plus important chez des jeunes âgés de 15 à 34 ans pour lesquels on note le taux de chômage le plus élevé. Au-delà de 59 ans, ce taux augmente avec l'âge. Le chômage affecte davantage les femmes avec un taux de 37,4%, soit plus du triple de celui des hommes, estimé 7,4% en 2018 et 10,1% en 2022. Par rapport au niveau d'instruction, les taux les plus élevés sont observés chez les jeunes ayant les niveaux d'enseignement secondaire (18,4% en 2017 et 16,5% en 2018) et supérieur (20,7% en 2017 et 16,7% en 2018). Pour les actifs qui n'ont aucun niveau d'instruction, le taux de chômage est estimé à 14,6% et 12,6% respectivement en 2017 et 2018 [6].

En milieu rural, l'exode vers les villes des jeunes et des femmes est un signe manifeste du manque d'emploi. Au niveau urbain, l'offre de formation est souvent en inadéquation avec le marché du travail. C'est surtout chez les jeunes diplômés que le taux de chômage est plus élevé. Globalement, les niveaux de formation professionnelle sont faibles et limités, entraînant, en partie, l'expansion du secteur informel. En milieu rural, la population active, majoritairement agricole, souffre d'un taux élevé d'analphabétisme et de sous-emploi et est exposée aux aléas. En cas de choc climatique comme la sécheresse, elle se retrouve pour la plupart du temps sans travail.

Par ailleurs, l'indice des inégalités liées au genre, qui est de 0,566 en 2011, traduit la persistance de grandes disparités sociales entre hommes et femmes au Sénégal. Les disparités entre les régions portent sur l'accès aux infrastructures de base : eau potable et assainissement, infrastructures de transport, de stockage, de conservation et de transformation des produits locaux, électricité et aménagement hydro-agricole. Ces éléments sont perçus comme des sources majeures d'inégalités et d'inefficience dans la contribution à la croissance économique.

I.6 Contexte environnemental

Le taux d'approvisionnement en eau potable est passé, pour les populations urbaines, de 93%, en 2006 à 98,797%, en 2011. En milieu rural, ce taux est passé de 69,5%, en 2006 à 80,1%, en 2011. Au-delà des acquis infrastructurels, le principal défi demeure l'approvisionnement régulier en eau potable de qualité, pour toutes les régions.

Dans la plupart des villes, les zones insalubres à l'habitation représentent 30 à 40% de l'espace occupé et concentrent une proportion importante de la population. Ainsi, on assiste à l'occupation anarchique de l'espace, la « taudification » du bâti. Les problèmes d'hygiène et de santé publique entraînés par les inondations devenues récurrentes l'insécurité liée à la mal-urbanisation sont aussi un ensemble de facteurs qui ont amplifié la vulnérabilité des populations et favorisé la dégradation du cadre de vie dans les quartiers populaires. [6]

Toutefois, des efforts significatifs ont été consentis à travers les activités de reconstitution, reforestation, conservation et protection des ressources forestières, de la faune et de son habitat. Les actions ont impacté sur la régénération naturelle des écosystèmes. Cependant, l'adaptation au changement climatique constitue un nouveau défi majeur avec, notamment, le développement des phénomènes tels que les inondations, l'érosion côtière et la salinisation des terres. Des solutions durables doivent être trouvées pour permettre aux populations de développer une culture de prévention et d'adaptation aux changements climatiques, réduisant ainsi les impacts psychologiques des catastrophes environnementales.

I.7 Contexte social

Le Sénégal est un pays en voie de développement avec un produit intérieur brut (PIB), le taux de croissance était ressorti à 4,4% en 2019 ; 6,5% en 2021 et 4,2% en 2023. Cette situation est consécutive au ralentissement de l'activité des secteurs primaire,

secondaire et tertiaire durant la COVID-19. Une amélioration de la croissance économique est observée après la pandémie, puis un ralentissement du fait de la guerre en Ukraine et des conséquences du réchauffement climatique [15].

Pour ce qui du chômage, il est plus accentué en zone rurale et est de 18,3% en 2018 contre 25% en 2022. Pour ces mêmes périodes, les taux étaient de 12,8% et 19% en milieu urbain [11].

Le Sénégal dépense plus dans le secteur de la protection sociale que les autres pays de la région en proportion du PIB, bien que la majeure partie des dépenses soit consacrée aux dépenses d'assurance sociale. En effet, la moyenne des dépenses de protection sociale des pays de la région pour lesquels les données sont disponibles se situe à 2,5% du PIB, alors que les dépenses totales du Sénégal oscillent au-dessus de 3%. Malgré les progrès réalisés, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la couverture sanitaire. Le pays affiche encore des scores faibles en termes de taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle, de nutrition et d'éducation. A cela s'ajoute des inégalités face à l'accès aux services de base et aux infrastructures (eau, santé, éducation, transport, services économiques) entre le milieu urbain et le milieu rural. La population active, majoritairement agricole, souffre d'un taux élevé d'analphabétisme et de sous-emploi en plus de l'exposition de ses activités aux aléas climatiques [16].

I.8 Contexte sanitaire

Le Sénégal malgré les efforts consentis ces dernières années n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS, en en termes de couverture en infrastructures sanitaires et de personnel qualifié. La répartition des indicateurs reste très inégale sur le territoire, au détriment de plusieurs zones rurales. Il en est de même pour la fourniture des médicaments.

Les maladies cardiovasculaires continuent d'être un véritable problème de santé du fait de l'augmentation de leur incidence dans tout le pays. Longtemps négligées du fait de l'ampleur des maladies transmissibles, elles constituent désormais la deuxième cause de mortalité, après le paludisme, dans les structures de santé, à Dakar. Ce sont des maladies chroniques, coûteuses avec un lourd fardeau de morbidité et de mortalité. Parmi les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, on peut noter l'hypertension artérielle (50%), le tabagisme (47%), l'obésité (23%), le cholestérol (12,5%) et le diabète (11,6%). Parmi ces maladies cardiovasculaires, l'insuffisance cardiaque constitue une préoccupation majeure car étant la première

cause d'hospitalisation dans les services de cardiologie des hôpitaux avec un taux qui tourne entre 37 et 40%.

S'agissant du SIDA, 0,7 % des adultes sénégalais âgés de 15-49 ans sont séropositifs, en 2010. Les femmes des régions de Kédougou (2,5%) et de Kolda (2,4%), et celles ayant atteint un niveau d'instruction du primaire (1,2%) ont des taux de séroprévalence plus élevés que les autres. Chez les hommes, c'est dans la région de Kolda (2,4%) et, dans une moindre mesure, à Tambacounda (1,2%) et Ziguinchor (0,9%) que le niveau de la séroprévalence est le plus élevé. Les antirétroviraux sont gratuits.

En 2019, la mortalité néonatale était de 21 pour 1000, quand la mortalité infanto-juvénile était élevée avec 37 naissances vivantes sur 1000, malgré la baisse de 45% enregistrée, entre 1992 et 2011. Cette baisse s'explique, en partie, par une amélioration significative de la couverture vaccinale, au niveau national, qui est passée de 63% à 77% d'enfants de 12-23 mois. S'agissant de la mortalité maternelle, elle s'élève à 236 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Par ailleurs, le taux de malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans a diminué des deux tiers, en passant de 30%, en 2000, à 11%, en 2019. Également, 11 % des enfants d'insuffisance [17].

Quant à la santé mentale, il n'existe pas encore de stratégie claire bien que la dispose de plusieurs structures de prise en charge des troubles mentaux.

I.9 La santé mentale au Sénégal

La situation de la santé mentale au Sénégal découle d'une longue histoire de création d'institutions et de législations coloniales. L'internement dans les Asiles de France de ressortissants du Sénégal se réfère à deux textes administratifs : une ordonnance organique de Louis-Philippe du 7 septembre 1840 et le décret du 18 octobre 1904 réorganisant le gouvernement général de l'Afrique Occidentale Française (AOF) [18]. En 1912, des psychiatres coloniaux avaient proposé des solutions pour améliorer le traitement des malades mentaux dans les colonies. En 1922-25, le projet Heckenroth avait prévu la construction d'un hôpital psychiatrique à Thiès, mais cela n'a pas abouti. Jusqu'à la veille de la seconde guerre mondiale, le Sénégal disposait d'une ambulance au Cap Manuel (Dakar) annexée à l'hôpital Principal, de pavillons d'isolement dans l'hôpital central africain de Dakar, de quelques chambres à l'hôpital de Saint-Louis et de quelques cellules dans les autres hôpitaux. Un arrêté du 28 juin 1938 du Gouverneur général de l'AOF crée officiellement un programme de création de service

d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale française. Il faudra attendre les années cinquante pour voir un début de réalisation de ce programme. C'est en 1956 qu'un centre neuropsychiatrique avec une capacité d'accueil d'une centaine de malades est construit à Dakar-Fann.

En 1968, le Professeur Henri Collomb organise à Dakar le « deuxième colloque Pan Africain de Psychiatrie ». Peu après, à l'occasion d'un colloque sur la santé mentale des enfants et adolescents en Afrique, tenu à l'île Maurice, l'Association des Psychiatres en Afrique voit le jour en juin 1970. Les séminaires annuels de cette Association ont permis de mieux prendre la mesure des problèmes de santé mentale sur le continent. Le choix du thème : « La place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique en Afrique », pour les discussions techniques de la XXIII^{ème} session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique a permis de sensibiliser davantage les gouvernements africains et de les rendre plus attentifs à la nécessité d'une politique de santé mentale.

En 1965, la Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar est créée avec la revue Psychopathologie Africaine. Dans le même temps, s'organise un CHU et se créent un certificat de neuropsychiatrie et le Centre de Recherches psychopathologiques. En 1968, la séparation entre la psychiatrie et la neurologie est consommée et un Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) de psychiatrie comptant quatre ans de formation est organisé. De nos jours avec la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD), le CES est transformé en Diplôme d'études spécialisées (DES) en Psychiatrie qui accueille plus d'une quinzaine de nationalités africaines.

Malgré toutes ces avancées, la santé mentale demeure peu exploitée au niveau national d'où l'absence de données au niveau de l'Enquête Démographique et Sanitaire. Il n'y a également point de données sur la prévalence des troubles mentaux associés au VIH ainsi qu'à d'autres pathologies. Il est indispensable d'intégrer des indicateurs de la santé mentale au niveau des enquêtes démographiques nationales pour avoir une analyse situationnelle et pour pouvoir suivre l'évolution de ce secteur de la santé.

Du point de vue de la gouvernance, la Division de la Santé Mentale a supplanté au Bureau de la Santé mentale depuis 2013. Cette Division est logée au niveau de la Direction de la Lutte contre la Maladie et est organisée en cinq bureaux :

- Le bureau santé mentale communautaire ;

-Le bureau épilepsies, pathologies neuro développementales et neuro dégénératives et géronto psychiatrie ;

- Le bureau psychiatrie légale et lutte contre les dépendances ;

- Le bureau santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;

- Le bureau santé mentale en milieu scolaire et professionnel.

Elle a pour rôle de promouvoir le bien être avec une approche multisectorielle et pluridisciplinaire afin d'assurer la prévention et la prise en charge des troubles mentaux.

Dans le cadre des activités de la Division, une supervision a été effectuée auprès des professionnels de la santé mentale au Sénégal a montré qu'en 2019, les services de psychiatrie fonctionnels étaient les suivants [19]:

- Le service de psychiatrie de l'hôpital National de FANN ;
- Le pavillon France de l'hôpital Principal de Dakar ;
- Le service de neuropsychiatrie de l'hôpital militaire de Ouakam ;
- L'hôpital psychiatrique de Thiaroye ;
- Le centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor ;
- Le centre psychiatrique Dalal Xël de Fatick ;
- Le centre psychiatrique Dalal Xël de Thiés ;
- Le centre psychiatrique Dimkoré de Tambacounda ;

Deux structures de pédopsychiatrie sont disponibles :

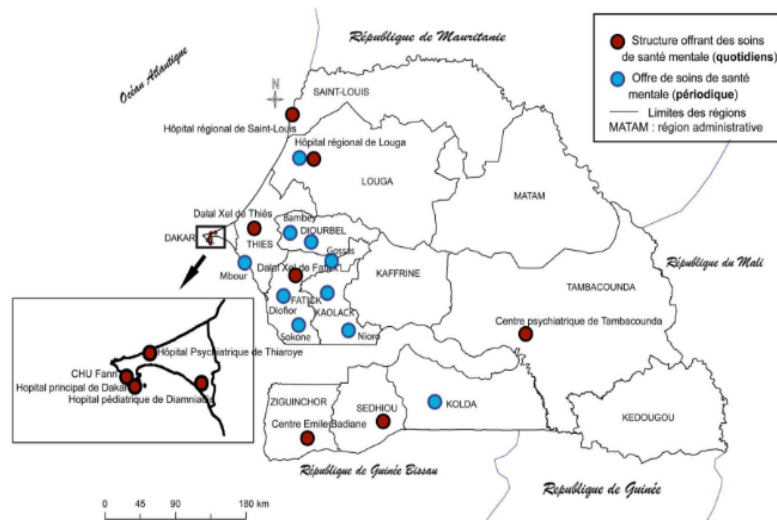
- Keur Xaléyi du service de psychiatrie de l'hôpital national de FANN
- Le service de pédopsychiatrie à l'hôpital d'enfants de Diamniadio
- Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Thiaroye.

En outre, en 2004, le Projet de Construction et de Réhabilitation du Patrimoine de l'Etat (PCRPE) était chargé de mettre en œuvre quatre centres de réinsertion et de réadaptation sociale :

- Le centre d'encadrement et de traitement des malades mentaux errants de Kaolack,
- Le centre de prise en charge des handicapés (visuel, auditif, moteur, albinos) de Bambey,
- Les centres de réinsertion sociale des jeunes inadaptés sociaux et drogués de Bignona et de Darou Mousty.

Le PCRPE est dissout en 2009 puis remplacé en 2010 par le Projet d’Achèvement des Programmes de Construction et de Réhabilitation d’Édifices pour l’Etat (PAPCREE) et était chargé de finaliser la construction de ces centres de réinsertion et de réadaptation sociale [20].

En 2014, dans le cadre de la lutte contre le VIH chez les usagers de drogues injectables, le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) a été créé. C’est ainsi le premier centre spécialisé dans la région ouest africaine sur la gestion des cas de consommation de drogues [21]. Cette prise en charge a été par la suite décentralisée à Thiaroye, à Mbour, à Diourbel et à Kaolack.



Source: Division Santé Mentale, Sénégal, 2022

Figure 2: Structures de santé mentale au Sénégal

II. Analyse de la problématique des soins de santé mentale

II.1.1 Epidémiologie des troubles mentaux au Sénégal

Les pathologies mentales les plus fréquemment retrouvées en 2019 étaient les psychoses (56,8%), suivies des troubles neurologiques à manifestation psychiatrique (26,7%) (cf figure 3) [19].

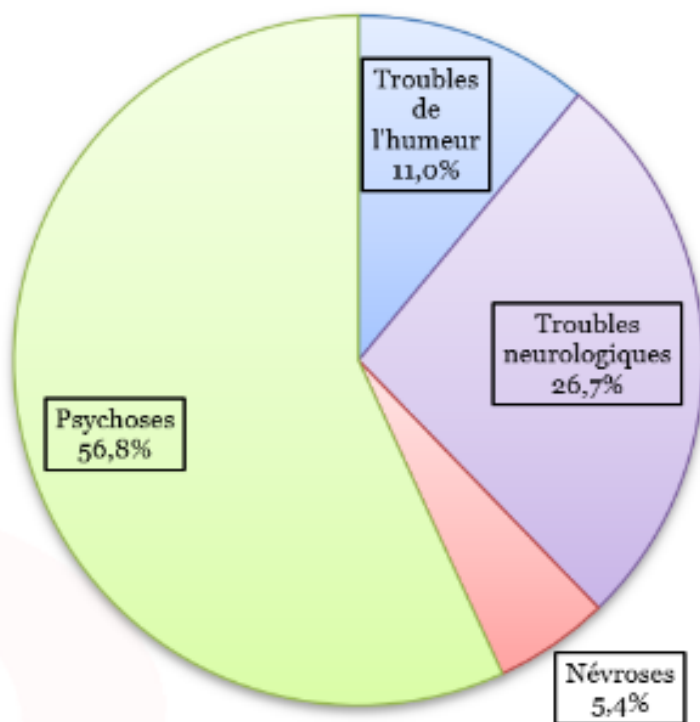


Figure 3: Répartition des troubles mentaux au Sénégal, Division Santé mentale (2019)

Plus spécifiquement, l'épilepsie était le premier motif de consultation (20%) soit 1334 en raison de ses manifestations psychiatriques, la schizophrénie (19,4%) vient en deuxième position. Ces données ont été obtenues suite à une supervision au niveau des structures de santé mentale (cf Tableau I) [19].

Tableau I: Pathologies mentales au Sénégal, Division Santé Mentale (2019)

Diagnostic retenu	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)	Intervalle de confiance (%)
Épilepsies	1334	20,0	[19,1 – 21,0[
Troubles schizophréniques	1291	19,4	[18,4 – 20,4[
Troubles délirants aigus	1208	18,1	[17,2 – 19,1[
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de substances psychoactives	563	8,5	[7,8 – 9,2[
Troubles dépressifs épisodiques	496	7,4	[6,8 – 8,1[
Troubles névrotiques	355	5,3	[4,8 – 5,9[
Troubles psychotiques hallucinatoires chroniques	336	5,0	[4,5 – 5,6[
Troubles démentiels	272	4,1	[3,6 – 4,6[

Troubles psychotiques chroniques non dissociatifs	255	3,8	[3,4 – 4,3[
Troubles bipolaires	235	3,5	[3,1 – 4,0[
Troubles mentaux de la puerpéralité	18	1,6	[1,3 – 2,0[
Autres pathologies neurologiques	90	1,4	[1,1 – 1,7[
Retards mentaux	71	1,1	[0,8 – 1,4[
Autres pathologies organiques	46	0,7	[0,5 – 0,9[
Total	6660	100,0	

II.2 Situation de pauvreté et violence

Les taux élevés de chômage et de sous-emploi en sont les signes les plus évidents. En effet, il n'y aurait qu'une personne sur cinq qui travaille à plein temps au Sénégal. Le niveau du chômage des personnes âgées de 15 ans ou plus est évalué à 14,3% au quatrième trimestre 2018. Ce phénomène est légèrement plus noté en milieu rural où 16,0% de la population active est au chômage contre 12,5% en zone urbaine. Selon le sexe, le chômage affecte davantage les femmes (24,1%) que les hommes (6,2%). Une telle situation laisse entrevoir un taux élevé de dépendance qui se traduit, entre autres, par une pression constante sur les individus qui travaillent et qui courent, ainsi, le risque de basculer dans la pauvreté monétaire source de stress professionnel et de baisse rendement [10].

II.2.1 Leadership et gouvernance de la santé

Le MSAS est dans une dynamique d'élaboration et de mise en œuvre d'importants outils de planification et de gestion axée sur les résultats. Il est à noter une bonne fonctionnalité des cadres de coordination et de suivi (CIS, RAC, MCS) du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Malgré l'existence de ces diverses instances, dans le PNDSS 2019-2028, il est souligné des défis dans le cadre de la santé mentale :

- La mise en place d'un cadre politique national permettant le dialogue entre les différentes parties prenantes autour de la Santé Mentale dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire ;

- La mise en place du programme de Santé Mentale au niveau du MSAS conformément aux directives du Plan d'action Mondial de la Santé Mentale ;
- La lutte contre l'errance des malades mentaux ;
- L'intégration des soins psychiatriques dans les soins de santé primaires ;
- La mobilisation de partenaires autour du financement de la Santé Mentale

La réalisation des enjeux pourrait être soutenue par la mise en place formelle d'un comité de pilotage du PNDSS. Celui-ci servirait alors d'interface multisectorielle de réflexion et de décision sur la politique de santé et la mise en œuvre du PNDSS.

II.3 Prestations des services de soins de santé

La prise en charge des malades au Sénégal est confrontée à de nombreux enjeux tels que :

- Système de référence et contre référence non appliqué ;
- Centres psychiatriques à plateau technique pauvre avec de faible capacité de gestion des cas psychiatriques ;
- Absence de cadre de gestion adéquat des troubles addictifs dont les plus urgents sont le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- Envahissement du secteur de la santé mentale par les tradi thérapeutes et les charlatans ;
- Etc...

II.4 Législation de la santé mentale au Sénégal

Au Sénégal, la prise en charge des maladies mentales était réglementée par l'arrêté colonial du 28 juin 1838. C'est en 1975 que la loi 75/80 portant sur l'internement des malades mentaux a été adoptée. Elle est mise en vigueur lorsque le malade mental a commis une infraction ou lorsque son état constitue un danger pour lui et les autres [22] . Ces lois sont insuffisamment connues.

II.5 Ressources humaines

Pour ce qui est des ressources humaines, en 2019 le Sénégal comptait au total 38 psychiatres dont 24 de l'adulte, 3 pédopsychiatres, 4 addictologues, 1 Neuropsychiatre, 1 neuro- anatomiste et 5 militaires [19].

En outre les travailleurs sociaux occupent une place centrale dans la prise en charge des patients, ils jouent un rôle important dans la recherche des impacts sociaux de la maladie mentale. Les différentes structures de santé mentale ont parmi leur personnel

des assistants sociaux. Par contre, il est noté un défaut de coordination pour une prise en charge pluridisciplinaire adéquate.

II.6 Gestion des approvisionnements et stocks

La disponibilité des médicaments de base pour le traitement des troubles mentaux dans les structures de soins de santé primaires est particulièrement faible (par comparaison avec les médicaments contre les maladies infectieuses et même contre d'autres maladies non transmissibles) et leur utilisation est limitée en raison du manque d'agents de santé qualifiés autorisés à les prescrire. Parallèlement, des ruptures de psychotropes et antiépileptiques sont notées.

II.7 Gestion des données du système sanitaire

Malgré l'existence d'une plateforme nationale intégrée (DHIS2), les données en santé mentale sont faiblement intégrées. En effet, il est noté :

- Le défaut de formation des agents des services psychiatriques sur la collecte des données ;
- Une insuffisance de la supervision sur la gestion et la qualité des données au niveau des structures ;
- Une intégration incomplète des indicateurs de santé mentale dans le DHIS2 ;
- Une absence de financement pour l'organisation de santé mentale nationale ;
- Des structures de santé mentale non connectées dans le DHIS2 ;
- Une insuffisance équipement informatique ;
- Une faible valorisation des résultats de la recherche en santé mentale.

II.8 Recherche

La recherche scientifique est encore timide bien qu'il existe un Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Le Sénégal travaille à travers l'Institut de Santé Publique et Développement (ISED) en étroite collaboration avec l'Institut de recherche et de développement (IRD). La recherche en santé mentale reste encore faible du fait de l'absence de financement. De rares études ont été effectuées dans le cadre de mémoires ou de thèses. Ainsi, les données ne sont pas suffisamment diffusées et sont peu utilisées.

III. Analyse des performances de la mise en œuvre

Les données de routine produites par les structures psychiatriques étaient partiellement compilées dans le rapport annuel de la Division Santé mentale du MSAS

sont disponibles. Le DHIS2 est un logiciel open-source utilisé comme Système de Gestion d'Information Sanitaire (SGIS) mais n'est pas encore opérationnel dans l'ensemble des structures de santé mentale du pays. Les données du système d'information du Centre des Opérations d'Urgences Sanitaires (COUS) et des rapports d'évaluation des prestations dans le cadre de l'accompagnement psychosocial ne sont pas également exploités.

Néanmoins, les indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives ont pu être renseignés de 2018 à 2020. Une baisse du nombre de consultants est observée de 2019 à 2020, passant de 6489 à 3045.

Tableau II: Description des indicateurs renseignant sur la consommation de substances suivant les années

Nom du centre de soins	Année de déclaration (2018)		Année de déclaration (2019)		Année de déclaration (2020)	
	N	%	N	%	N	%
Centre National Psychiatrique de Thiaroye	580	21,84	1 373	21,15	742	24,37
Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor	341	12,84	328	5,05	231	7,59
Centres de santé mentale Dalal Xel THIES	127	4,78	IND	IND	455	14,94
Centres de santé mentale Dalal Xel Fatick	76	2,86	3 640	56,09	83	2,72
Centre de réinsertion Elhadj Ibrahima Niass de Kaolack	--	--	24	0,36	15	0,49
Service de Psychiatrie de Fann (CHNU Fann)	1403	52,82	684	10,54	961	31,55
Centre psychiatrique Djinkoré de Tambacounda	119	4,48	108	1,66	262	8,60
Service de Psychiatrie CHR Louga	10	0,38	16	0,24	5	0,16

Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions de Dakar	--	--	316	4,87	290	9,52
Service de psychiatrie EPS1 de Mbour	IND	IND	IND	IND	1	0,03
TOTAL	2656	100	6 489	100	3 045	100

En août 2023, une première enquête nationale a été effectuée auprès de 2174 individus dans le cadre d'une analyse situationnelle de la santé mentale au Sénégal a permis d'estimer la prévalence des troubles mentaux (cf figure 4).

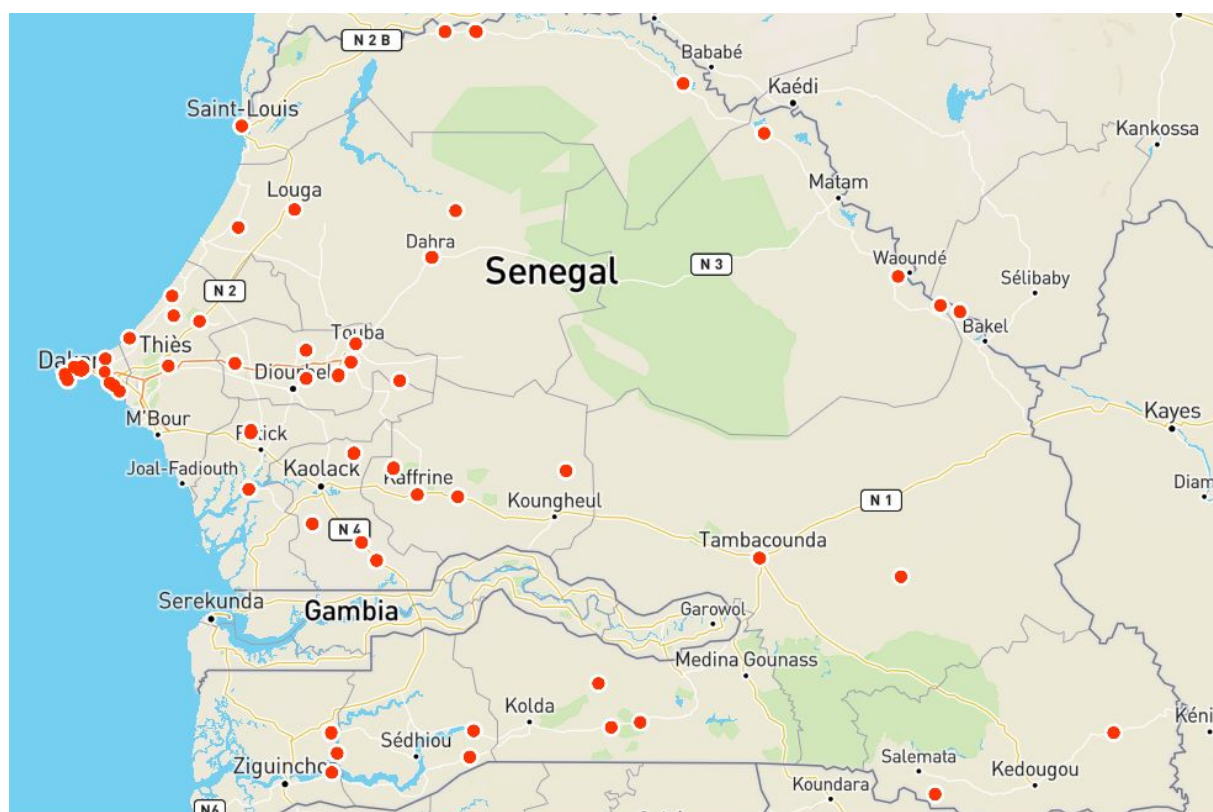


Figure 4: Zones d'enquête lors de l'analyse situationnelle de la santé mentale au Sénégal

Sur un effectif de 1251 personnes ayant déclaré une maladie ; 6,4% ont présentés des troubles mentaux et 0,2% étaient possédés par un djin. En revanche, 23,1% de la population d'étude individus avaient rapportés des pratiques ancestrales (Tuur, Xamb) comme en illustre le tableau II.

Tableau III: Répartition des individus suivant la survenue de maladie

Variables	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
-----------	-----------------------	------------------------

Existence de personnes malades		
Non	917	42,2
Oui	1251	57,5
Ne sait pas	6	0,3
Type de maladie		
Asthme	56	4,5
Au moins deux maladie	415	33,2
AVC	53	4,2
Diabète	98	7,8
Drépanocytose	17	1,4
Epilepsie	41	3,3
HTA	280	22,4
Maladie mentale	80	6,4
Maladies chirurgicales	20	1,6
Possession (Rapp-Djin)	2	0,2
Autres	189	15,1
Antécédents familiaux de troubles psychiatriques		
Non	1713	78,8
Oui	451	20,7
Ne sait pas	10	0,5

Une consommation de tabac était plus retrouvée chez les enquêtés (8,6%) suivie de l'alcool (0,9%) et du cannabis (0,2%). La consommation de cocaïne était rapportée chez 0,2% des individus.

Tableau IV: Répartition des enquêtés suivant le type de produit consommé

Substances psychoactives (au moins 15 ans)	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Tabagisme		
Non	1655	91,4
Oui	155	8,6
Alcoolisme		
Non	1793	99,1

Oui	17	0,9
Cannabis		
Non	1798	99,3
Oui	12	0,7
Cocaïne		
Non	1807	99,8
Oui	3	0,2
Autres substances psychoactives		
Non	1803	99,6
Oui	7	0,4

III.1 Infrastructures, équipements et maintenance, médicaments et produits de santé en santé mentale

Les infrastructures ont augmenté en nombre. En effet, les structures de santé mentale passent de treize (13) en 2019 à douze (14) en 2023. Il en est de même pour le nombre de psychiatres et de lits.

Les structures de santé mentale identifiées disposaient d'un total de 363 lits dont 296 fonctionnels, de (treize) 13 cellules d'isolement et 54 salles d'observation pour l'ensemble de la population sénégalaise [19]. Une diminution du nombre de décès et de la durée de séjour est constatée en revanche.

Tableau V: Description des indicateurs d'intrants en santé mentale

INDICATEURS	RESULTAT 2020	RESULTATS 2019
Nombre de structures fonctionnelles	16	13
Nombre de psychiatres	43	38
Nombre de lits	391	363
Durée moyenne de séjour	15	21

III.2 Prestations de service de santé mentale

Le nombre de consultant a diminué de 53,4% en 2020 comparé à 2019 passant 6489 à 3045 consultants. Ceci pourrait être en lien avec la pandémie à COVID-19.

Tableau VI: Description des indicateurs de produits en santé mentale

INDICATEURS	RESULTAT 2020	RESULTATS 2019
Nombre de consultants (n)	3045	6489
Nombre de nouveaux cas (n)	1612	2708
Nombre de cas d'hospitalisation (n)	646	683
Nombre de décès enregistrés	11	13
Age moyen (μ) en année	32,3	34,2

III.3 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

L'analyse de la situation de la santé mentale au Sénégal a été faite suivant le conceptuel définissant les six piliers de l'OMS que sont :

- Gouvernance, leadership, planification ;
- Prestations de services ; Infrastructures, équipements et technologies ;
- Ressources humaines
- Gestion des approvisionnements et stocks (GAS) ;
- Finance ;
- Et Gestion de l'information et de la recherche.

Elle a permis de relever des forces pouvant contribuer à l'amélioration de la santé mentale des populations, mais aussi a permis d'identifier des faiblesses qui pourraient limiter l'atteinte des résultats du plan. Par ailleurs, des opportunités relevées pourront contribuer à renforcer la prise en charge des troubles mentaux. Toutefois, le pays est confronté à certaines menaces qui peuvent limiter les efforts dans le domaine de la santé. Ces forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) ont fait l'objet d'analyses et des défis ont été notés.

- **Gouvernance, leadership (niveau central)**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Présence de la hiérarchie (chef Division Santé Mentale, Chef de la Chaire de psychiatrie, Chef Bureau Médecine traditionnelle (MSAS)) - Existence de spécialistes pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, anthropologues, travailleurs sociaux...) - Existence d'acteurs communautaires (leaders religieux, Badiène gox, REPOSAM (Réseau des Organisations pour la Promotion de la Santé Mentale)) - Existence de projets et plans en cours d'élaboration (prise en charge malade mentaux errants ...) - Forte influence des leaders religieux sur leurs disciples (peut constituer une porte d'entrée pour une sensibilisation sur les problématiques de santé mentale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de collaboration entre les acteurs de la santé mentale - Manque de cadre de concertation entre les acteurs de la santé mentale - Non implication des acteurs communautaires (REPOSAM, Badiène gox, leaders communautaires, acteurs communautaires de santé) dans les interventions - Manque de formation des acteurs communautaires, pairs à l'écoute sur la gestion des problématiques de santé mentale - Faible implication des tradipraticiens - Difficultés dans la mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé mentale - Non effectivité des politiques et programmes de santé mentale - Manque de suivi dans l'organisation des activités (irrégularité dans la supervision, financement ...) - Mauvaise gestion dans la gouvernance et l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques (renvoi de malades, insuffisance dans la PEC, absence de plan d'action pour la prévention contre le suicide)

	<ul style="list-style-type: none"> - Représentations/ perceptions négatives autour de la santé mentale, stigmatisation et discrimination des personnes atteintes de troubles mentaux dans notre contexte culturel sénégalais
En Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Engagement des acteurs internationaux à accompagner (financiers et techniques) - Intérêt de la santé mentale reconnue par les autorités (la santé mentale est une priorité dans la politique sanitaire) - Opportunités financements. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non alignement (contrôle) des acteurs internationaux - Pouvoir des partenaires financiers - Dépendance financière. - Influences des politiques extérieures - Médias et réseaux sociaux

- **Prestations de services**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Personnel médical et paramédical qualifiés - Disponibilité des soins médicaux. - Présence de la famille et de l'entourage social autour du patient. - Présence d'acteurs communautaires (Badiane Ngox, Mamans, jeunes leaders influents, leaders religieux, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de personnel technique et de soutien - (Psychologues nombre - Personnel de soutien (aide, acteurs, assistants sociaux - Absence de bourses de formation (Thérapie cognitivo-comportementale (TCC), psycho trauma, pédopsychiatrie ...) - Délaissement des activités de groupes utiles dans la prise en charge en régressions, une ethnopsychiatrie délaissée.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Personnel médical et paramédical disponibles (8/14) régions- Existence d'une cellule de gestion des crises (EMIS/PSY)- Possibilité d'une prise en charge à domicile. | <ul style="list-style-type: none">- Absence d'accompagnement et/ou de soutien des familles/accompagnants de personnes présentant des troubles psychiques.- Manque de formation sur l'identification des signes précoces des acteurs communautaires, enseignants des écoles (maternels, élémentaires, secondaires, professionnels non formés en santé mentale.- Manque de connaissance et stigmatisation- Absence de sensibilisation sur l'intérêt de la santé mentale en milieu scolaire et entreprises.- Inexistence d'équipe d'urgence en temps de crise.- Insuffisance dans la gestion des malades mentaux et durant la pandémie à Covid-19 ou lors de situatio- Insuffisance dans l'accompagnement psychosocial du personnel de santé durant la pandémie à Covid-19- Non intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires.- Pas de soins en Santé mentale en milieu carcéral.- Insuffisance dans la prise en charge des malades mentaux errants. |
|--|--|

	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de système de suivi normé des personnes pris en charge et des familles assistées - Manque de centres médico-sociaux pour les enfants présentant un handicap intellectuel - Insuffisance des centres de réinsertion pour les personnes souffrant de troubles mentaux
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Existence de clinique psychiatrique privée - Support en formations et outils d'accompagnement des familles. - Partage et adaptation des outils de gestion (rapport, fiche d'investigation) internationaux en temps de crises. - Supports externes. - Non suivi du personnel de santé sujet au risque de burnout 	<ul style="list-style-type: none"> - Non décentralisation de la formation et de la recherche universitaire (7 agrégés tous à Dakar) - Emigration des jeunes psychiatres (fuite des cerveaux), pas de postes d'assistant nouvellement créés - Errance et abandon des personnes atteintes de MM, en particulier des sujets âgés. - Crises sanitaires, catastrophes naturelles - Présence des tradipraticiens non réglementée - Chômage, délinquance, - Violence (jeunes+++).

• **Infrastructures, équipements et technologies**

Forces	Faiblesses
---------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Existence de structures psychiatriques (14), de la DSM au MSAS - 1 Véhicule, 3 ordinateurs au niveau de la DSM - Utilisation des techniques de communication (utilisation du téléphone lors des entretiens dans la gestion des urgences) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible visibilité de la DSM et des structures psychiatriques - Insuffisance du nombre de services de psychiatrie par ricochet de lits d'hospitalisation dans les régions (les régions de Diourbel, Kaffrine, Matam, Kédougou, Kolda et Sédhiou ne disposent pas de services de psychiatrie). - Défaut de maintenance des équipements et matériels dans les structures psychiatriques : non fonctionnalité de certains lits disponibles (vétusté, entretien matériels) - Indisponibilité des psychotropes et médicament essentiels (rupture de stock, cout élevé, non disponibilité de certaines spécialités, non intégration dans les listes l'IB) - Faible proportion de cellules d'isolement (au nombre de 13 sur l'ensemble des structures de santé mentale) au profit des malades en agitation extrême - Faible couverture en technologie (ordina, internet, imprimante, DHIS2) dans les structures de santé mentale en zones urbaines et rurales - Inexistence de manuel ou guide officiel pour les praticiens non spécialisés en SM.
Opportunités	Menaces

<ul style="list-style-type: none"> - Financement et Formations. - Supports des labos et institutions internationales. - Développement des TIC. - Supports externes (Dotation en équipement par les ONG) 	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de travail et indisponibilité du personnel. - Errance (malades non admis en hospitalisation du fait du manque de place)
---	--

• **Finances**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue (CILD), - Dons individuels. - Existence de dons pour le suivi des patients en addiction de drogues au niveau du Centre Jacques Chirac (Pikine), 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans les financements. - Insuffisance du budget alloué par l'Etat. - Indisponibilité de fond d'aide national de SM. - Manque d'autonomie
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Financement de partenaires et d'institutions internationales. - ONUDC, ANCS, CHU de Lorquin (France), LONASE, Horizon Sahel, Appui à la Protection de l'Enfance (CAP), Fond Mondial (CNLS). - Association des Femmes de la SAR, Association de religieuses, 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance financière - Crises économiques et financières internationales.

- **Gestion de l'information et de la recherche**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité du DHIS2 - Disponibilité des étudiants au DES et de professeurs - Disponibilité des Praticiens paramédicaux et acteurs communautaires. - Existence d'un groupe WhatsApp (DES et Internes) - Disponibilité des Enseignants chercheurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Non effectivité du système d'information et d'archivage informatisé des données en santé mentale - Insuffisance dans la gestion des systèmes d'information. - Insuffisance de personnes qualifiées en gestion de données. - Absence d'un plan de communication et de dissémination des résultats - Absence de numéro vert pour la gestion des urgences psychiatriques - Non harmonisation et validation des indicateurs de santé mentale dans le DHIS 2 - Non exhaustivité des indicateurs de la santé mentale dans le DHIS2
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Supports externes 	<ul style="list-style-type: none"> - Non recours aux structures psychiatriques existantes

- Disponibilité de financement de recherches et bourses d'études

- Malades à domicile non déclarés (certains patients sont gardés dans les maisons et n'ont jamais été amené en consultation).

IV. LES PRINCIPAUX DEFIS DE LA SANTE MENTALE

Les défis principaux identifiés au décours de l'analyse FFOM sont :

- Amélioration dans la gouvernance, la coordination, la planification, le suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Amélioration de l'accès aux services de santé mentale du niveau communautaire aux services spécialisées ;
- Mise en place d'un système efficiente de gestion des données en santé mentale ;
- Renforcement du multi partenariat ;
- Mobilisation des finances ;
- Amélioration de la communication sur les problématiques de la santé mentale ;
- Promotion d'une politique de réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux avec une pleine participation de la communauté.

V. CRITERES DE PRIORISATION DU PROBLEME

V.1 Critères de santé Publique

La santé mentale est une priorité dans les politiques de santé publique. En 2019, près d'un milliard de personnes dans le monde étaient atteints d'un trouble mental. Les suicides représentaient plus d'un décès sur 100. Les troubles mentaux étaient la principale cause d'invalidité et sont responsables d'une année vécue avec une incapacité sur six. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont une durée de vie réduite de 10 à 20 ans par rapport à la population générale, souvent en raison de pathologies physiques évitables. Ces différents troubles sont : dépression, le trouble affectif bipolaire, la schizophrénie, les troubles anxieux, la démence, les troubles liés à la consommation de substances, les déficiences intellectuelles et les troubles du développement et du comportement dont l'apparition survient généralement dans l'enfance et l'adolescence, y compris l'autisme et l'épilepsie.

Dans le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, l'OMS invite 80 % des pays à élaborer ou actualiser leur politique ou leur plan de santé mentale.

Au Sénégal, dans le PNDSS 2019-2028 au niveau de la ligne d'action 47, y sont décrites les interventions prioritaires pour une promotion de la santé mentale. Il s'agira de :

- La mise en place d'un Comité National Ad-Hoc intégrant tous les acteurs de la Santé Mentale pour l'élaboration et le suivi de la stratégie nationale Santé Mentale ;
- Le renforcement des offres de services en Santé Mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le développement d'une stratégie de promotion de la Santé Mentale communautaire par la formation des pairs-à-l'écoute ;
- La mise en place d'un fond de gratuité pour l'assistance des malades mentaux en situation de précarité et ;
- La création de centres de prise en charge intégrée des addictions dans les régions du Sénégal.

V.2 Critères socioéconomiques

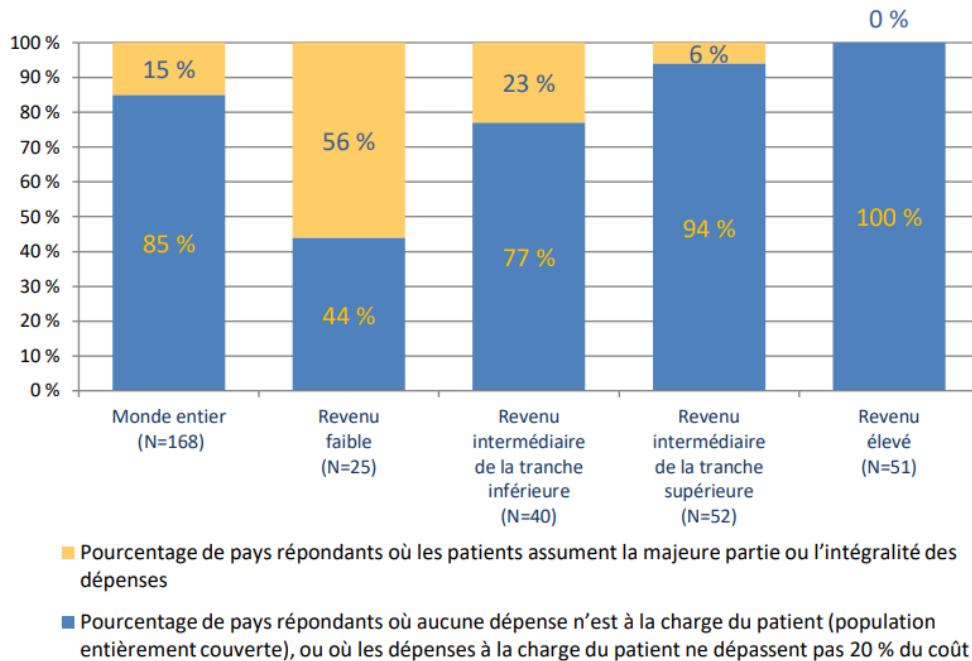
Environ 76 et 85 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette proportion reste élevée (entre 35 et 50 %) dans les pays à haut revenu. Un facteur aggravant est la mauvaise qualité des soins dispensés.

Dans l'atlas de la santé mentale publié par l'OMS en 2011 (Mental Health Atlas 2011) pour répondre aux besoins en santé mentale, les pays font face à une rareté de ressources, qui sont réparties de manière inéquitable et utilisées de façon inefficace. Ainsi, au niveau mondial, les dépenses annuelles pour la santé mentale sont inférieures à 2 dollars (USD) par personne et tombent à moins de 0,25 USD par personne dans les pays à revenu faible. Et 67 % de ces ressources sont attribuées aux hôpitaux psychiatriques malgré les faibles résultats sanitaires et les violations des droits de l'homme qui y sont constatés.

Cette même problématique est notée en 2020 d'après la même source, 56 % des pays à faible revenu ont indiqué que les dépenses de santé mentale sont essentiellement à la charge des patients. Cette proportion est encore plus élevée s'il s'agit de psychotropes. Dans 71 % des pays à faible revenu les médicaments étaient à la charge des patients. En revanche, tous les pays à revenu élevé ont indiqué que les services de santé mentale étaient entièrement couverts par une assurance ou que les patients bénéficiaient d'une subvention à hauteur de 80%. Concernant les

psychotropes, 98 % des pays à revenu élevé ont fait état d'une couverture similaire [23].

Fig. 4. Source de paiement des services de santé mentale, par groupe de revenu défini par la Banque mondiale (2020)



Source : *Mental Health Atlas 2020*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021.

L'octroi de financement pour le développement de la santé mentale au niveau communautaire, l'intégration de la santé mentale dans les structures générales de soins de santé et notamment dans les programmes de santé maternelle, sexuelle, génésique et de santé de l'enfant, de lutte contre le VIH/sida et les maladies chroniques non transmissibles, permettrait à beaucoup plus de malades d'avoir accès à des interventions plus efficaces.

V.3 Critères technologiques

La prise en charge de troubles mentaux liés aux pathologies neurologiques peut nécessiter le recours à une imagerie cérébrale (scanner, imagerie par résonance magnétique). Dans le cadre du suivi, un bilan biologique est également de rigueur pour la prise en charge d'éventuelles comorbidités et la prévention du syndrome métabolique.

V.4 Critères environnementaux

Selon le contexte environnemental, certains individus et groupes de la société risquent plus que d'autres de souffrir de troubles mentaux.

Dans de nombreuses sociétés, les troubles mentaux sont liés à la marginalisation, à l'appauvrissement, aux violences domestiques, aux maltraitances, au surmenage et au stress. Il peut s'agir de membres des foyers vivant dans la pauvreté, les nourrissons et jeunes enfants délaissés et maltraités, les adolescents consommant pour la première fois des substances psychoactives, les personnes âgées, les personnes victimes de discrimination et de violation des droits de l'homme, les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres, les prisonniers et les personnes exposées à des conflits ou à des catastrophes naturelles. La crise financière mondiale observée actuellement est la parfaite illustration d'un facteur macroéconomique. Ainsi il s'agit d'une « situation de syndémie » où les troubles de santé mentale augmentent le risque de développer des maladies transmissibles et non transmissibles et de subir des traumatismes, qu'ils soient intentionnels ou non. En même temps, les comorbidités de santé physique compliquent souvent la prise en charge des problèmes de santé mentale et aggravent leur pronostic global.

V.5 Critères liés à la planification

Un manque ou une insuffisance dans la planification de l'urbanisation peut entraîner des conditions de vie inappropriées et une détérioration de la santé mentale de la personne et du bien-être. Ceci est plus observé lorsque la personne est en situation d'isolement social, vit dans un quartier peu sûr, a peu accès à des espaces verts et ouverts. En plus de cela, quelle soit exposée chaque jour au stress associé au surpeuplement, au système de transport défaillant, à une mobilité restreinte et à la pollution.

VI. CADRE STRATEGIQUE :

VI.1 La vision

Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès à des services de santé mentale de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de stigmatisation avec une pleine participation de la communauté.

VI.2 La mission :

La mission de ce plan est d'assurer un accès universel à des interventions de qualité de prévention et de promotion des soins de santé mentale à un coût abordable à toute la population sénégalaise.

VI.3 Les principes et valeurs

Les principes en santé mentale sont :

- Promptitude dans l'exécution des activités ;
- Couverture adéquate des structures de santé.
- Participation communautaire.
- Équité dans l'accès aux soins de qualité pour tous ;
- Redevabilité, qui permet aux acteurs de rendre compte de leurs actions ou inactions ;
- La prise en compte des spécificités liées au genre ;
- La synergie avec les autres services et programmes du Ministère de la Santé.

Les valeurs sont :

- Le professionnalisme : permet de lever les différents cloisonnements (entre santé, social, autres secteurs) afin de favoriser une coordination entre les différents acteurs ;
- Le respect de la dignité humaine : il doit être aux cœurs des préoccupations des acteurs de la santé mentale ;
- La rigueur : par la promotion d'un travail constant et persévèrent ;
- L'intégrité : consiste à agir de façon juste ;
- La ponctualité : c'est la précision et effectué dans les délais le travail ou l'activité demandée ;
- L'adaptabilité : c'est la capacité à s'adapter en fonction du milieu ou de la personne à laquelle on est confrontée ;
- La responsabilité : c'est la prise de conscience d'exercer ce qui est demandée et à prendre des décisions ;
- Et l'empathie : permet de comprendre la souffrance de la personne souffrant de troubles mentaux et d'apporter l'aide nécessaire.

VI.4 Les orientations stratégiques :

Les orientations stratégiques de ce plan sont :

- 1 : Une approche globale et coordonnée (multisectorielle) de la santé mentale.
- 2 : Une politique de santé conforme aux conventions relatives aux droits de l'homme.

3 : Une couverture sanitaire en santé mentale pour tous les âges et sans distinction de sexe.

4 : un accompagnement psychosocial des malades mentaux et de leurs familles.

VI.5 Les objectifs, stratégies et activités

VI.5.1 Objectifs généraux

Réduire de 50% la prévalence des troubles mentaux.

Amener à 50% la réinsertion socioprofessionnelle des personnes ayant un problème de santé mentale.

VI.5.2 Objectifs spécifiques (OS)

OS1 : Augmenter de 50 % l'exécution des activités dans le cadre de la gouvernance, de la planification de la santé mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

OS2 : Assurer dans au moins 50% des structures de santé mentale (anciens et nouveaux) des services et de l'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins des populations à tous les niveaux.

OS3 : Assurer disponibilité permanente (0% de rupture) des médicaments essentiels dans l'ensemble des structures de santé mentale.

OS4 : Augmenter de 50% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité et connaissance de la Division Santé Mentale et une lutte contre le déni, la stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale par la population (famille, voisinage, milieu professionnel).

OS5: Renforcer l'offre de soins au niveau communautaire (services adaptés et acceptés, autosoins).

OS6 : Accompagner au moins 50% des personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux à avoir une autonomie (insertion sociale et professionnelle).

OS7 : Assurer à au moins 85% des structures de santé mentale de référence un système de suivi-évaluation formel (100% de promptitude, de complétude et d'exhaustivité) pour la bonne gestion de l'information et la promotion de la recherche à tous les niveaux d'ici à 2028.

VI.5.3 Description des interventions

OS1 : Augmenter de 50% l'exécution des activités dans le cadre de la gouvernance, de la planification de la santé mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Intervention 1 : Renforcement du partenariat /plaidoyer

Le plaidoyer sera diligenté par le groupe technique du niveau national. Un listage des différents secteurs impliqués dans la promotion de la santé mentale sera effectué. La santé mentale jusqu'à nos jours le parent pauvre de la santé. Le développement d'un partenariat avec les programmes VIH, TB, les acteurs des Ministères de l'Éducation, de la justice, des forces Armées favoriserait la multisectorialité dans la gestion des problèmes de santé mentale. Un plaidoyer se fera également pour une intégration des troubles psychiques avec un risque de suicide au niveau du système de surveillance des maladies.

En plus de cela, le renforcement du partenariat visera la recherche de financement auprès des partenaires techniques et financiers.

Le plaidoyer se fera aussi à travers des alliances fortes avec la société civile notamment les réseaux d'acteurs communautaires de santé qui marqueront de leur empreinte la mise en œuvre pour obtenir l'engagement des autorités politiques, des collectivités territoriales, leaders religieux et du secteur privé.

Le plaidoyer visera également la création de programmes et de construction de services de santé mentale modernes du niveau spécialisé à communautaire.

Intervention 2 : Renforcement de la coordination

Cela s'effectuera par la mise en place d'un groupe technique au niveau central et régional qui vise à orienter l'unité centrale dans ses prises de décision et à mieux suivre la mise en œuvre du PSN de façon efficiente. Pour ce faire, un atelier de réflexion sera organisé en impliquant différentes parties prenantes. Ce cadre doit être inclusif, devra être fonctionnel et reconnu par un arrêté ministériel. Son caractère inclusif en fait un cadre multisectoriel permettant la participation et l'implication de tous les acteurs concernés de la santé mentale. Au niveau du district, des acteurs de la santé mentale seront intégrés dans l'équipe cadre.

OS2 : Assurer dans au moins 50% des structures de santé mentale (anciens et nouveaux) des services et de l'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins des populations à tous les niveaux.

Intervention 1 : Recrutement d'acteurs intervenant dans la santé mentale

Il s'agira de recruter des acteurs avec des profils diversifiés (psychiatres, épidémiologistes, spécialistes en suivi-évaluation, psychologues, assistants sociaux, acteurs communautaires) afin de disposer dans toutes les régions de ressources humaines qualifiées.

Intervention 2 : Equipement et construction des structures en santé mentale

Cela se traduira par la construction et/ou l'aménagement de salles avec des équipements modernes dans les différents services pour la prise en charge de maladies somatiques pour une prise en charge de malades mentaux à tous les niveaux. Parallèlement, une intégration des différents programmes dans les structures de santé mentale.

Un équipement en matériel informatique et un accès à internet doit être également mis à la disposition des acteurs de santé mentale.

Intervention 3 : Renforcement des compétences des acteurs de la santé mentale

Cette intervention vise le renforcement des capacités des acteurs de la santé mentale à tous niveaux, mais également des prestataires de santé dans les centres de santé.

Intervention 4 : Amélioration de la prise en charge psychosociale lors des situations des urgences.

La pandémie à COVID-19 est une parfaite illustration de situations d'urgence où l'accompagnement psychosocial était incontournable dans la prise en charge des malades. De plus en plus, le monde fait face à des situations de catastrophe. Le renforcement du dispositif d'accompagnement psychosocial en collaboration avec le COUS est une intervention déterminante.

Intervention 5 : Amélioration de la qualité de soins (élaboration des lois, protocoles)

Le Sénégal a une longue tradition de prise en compte des politiques de santé mentale. Il s'agira de répertorier les différents lois, plans, protocoles élaborés, articles scientifiques archivés dans les différentes institutions impliquées dans la gestion des problématiques de santé mentale. Ensuite de procéder à la révision ou à l'élaboration, cela permettra d'avoir des documents dans les différentes structures de santé mentale et d'harmoniser les modalités de prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

OS3: Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) dans des médicaments essentiels l'ensemble des structures de santé mentale.

Intervention1 : Renforcement du partenariat / plaidoyer

Il s'agira d'effectuer des plaidoyers pour une meilleure prise en compte de la demande en médicaments essentiels en santé mentale dans le dispositif d'approvisionnement et de gestion des stocks existants.

Intervention2 : Gestion des approvisionnements et des stocks

Il s'agira de s'assurer de la disponibilité des médicaments et de veiller au respect des délais de commande de médicaments.

OS4 Augmenter de 50% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité et connaissance de la Division Santé Mentale et une lutte contre le déni, la stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale par la population (famille, voisinage, milieu professionnel).

Intervention 1 : Renforcement des capacités sur la communication

Pour atteindre les objectifs du PSSM, il est prévu de renforcer les capacités des acteurs sur le plaidoyer, la mobilisation de ressources et sur les enjeux, et cela, à tous les niveaux (implication des collectivités territoriales : au niveau communautaire).

Intervention 2 : Amélioration de la communication institutionnelle

Cette intervention consistera à élaborer un plan de communication afin de déconstruire les perceptions sur la santé mentale.

La consolidation de relations avec la presse à travers la diffusion de communiqués de presse, de rencontres périodiques (journées mondiales de la santé mentale, lutte contre les drogues...) et des activités médias (publireportage sur le terrain, documentaires, émissions, interviews).

L'élaboration et la parution régulière d'un journal sur la santé mentale permettra une meilleure imprégnation de cette thématique.

La création d'un site web ou plateforme de diffusion de messages de communication permettrait également rendre accessible l'information.

Intervention 3 : Amélioration de la communication pour le changement de comportement.

Pour un engagement et une participation de la communauté, les orientations stratégiques seront partagées aux acteurs.

Des actions pour la promotion de la santé mentale seront développées en particulier avec les organisations de la société civile, les associations leaders, les mouvements volontaires, les associations religieuses. Un accent particulier sera mis sur la participation des réseaux d'acteurs communautaires de santé au niveau opérationnel.

OS5 : Renforcer l'offre de soins au niveau communautaire services adaptés et acceptés, autosoins).

Intervention 1 : Renforcement des capacités

Cette stratégie visera à identifier et renforcer les capacités des différents acteurs au niveau communautaire.

Intervention 3 : Construction et équipements

La construction et l'équipement de services au niveau communautaire visera à promouvoir la prise en charge de la maladie mentale par la communauté et réduire le confinement et la stigmatisation de la maladie mentale.

Intervention 4 : Renforcement de l'autosoins des populations (malades, familles, voisinage) à adopter un comportement favorable (contre le déni, stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale.

Selon l'OMS, l'autosoins est la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à maintenir la santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans le soutien d'un prestataire de soins de santé.

L'autosoins est une stratégie complémentaire permettant d'accélérer les efforts pour l'accès universel aux soins.

Il s'agira ainsi d'impliquer les acteurs du CVAC (Comité de Veille et d'Alerte Communautaire) dans la prise en charge des troubles mentaux. Ces derniers pourront accompagner l'entourage dans le respect de la prescription des médicaments, des rendez-vous et détecter tout signe prémonitoire d'une décompensation ou rechute de la maladie.

Intervention 5 : Intégration de troubles mentaux à risque de suicide dans le système de surveillance des maladies.

Le Sénégal a mis en place un système de surveillance à base communautaire des maladies prioritaires qui permet aux acteurs communautaires d'identifier précocement les maladies au sein de la communauté et d'envoyer un signal à l'infirmier pour favoriser la réponse rapide et éviter la propagation des maladies. L'intégration des troubles psychiques avec un risque de suicide pourrait contribuer à mener des activités de prévention.

OS6 : Accompagner au moins 50% des personnes souffrant de troubles mentaux et d'handicaps psychosociaux à avoir une autonomie (insertion sociale et professionnelle).

Intervention1 : Equipements et construction de centres médico éducatifs

Cette intervention visera à scolariser et préparer à l'insertion des individus souffrant de handicaps mentaux.

Intervention2 : Intégration dans les dispositifs communautaires les activités occupationnelles pour une réinsertion

Cela consistera à développer (art, jardinage, bricolage...) des activités au niveau des structures de soins. En plus de cela, cette intervention visera le renforcement de la capacité de socialisation et d'autonomisation des personnes souffrant de maladies mentales.

OS7 : Assurer à au moins 85 % des structures de santé mentale de référence un système de suivi évaluation formel (100 % de promptitude, de complétude et d'exhaustivité) pour la bonne gestion de l'information et la promotion de la recherche à tous les niveaux d'ici à 2028.

Intervention 1 : Renforcement de capacités

Cette intervention vise à renforcer les acteurs de la santé mentale sur l'utilisation du DHSI2 pour une disponibilité des données en santé mentale et les superviseurs sur le suivi et l'évaluation.

Le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux vise à améliorer la gestion des données et l'intégration des de différents programmes. Cela permet de former aussi les acteurs de santé mentale à tous les niveaux.

Intervention 2 : Renforcement du système d'information de routine (collecte et la dissémination de l'information)

Systeme de routine : gestion des données, circuit des données, supervision et coordination mise œuvre des activités)

Intervention 3 : Développement de la recherche avec le système non routinier (enquêtes, rapports, articles, conférences).

Les données en santé mentale sont peu nombreuses. Cette intervention favorisera la recherche opérationnelle et la collaboration avec les universités.

Intervention4 : Suivi et coordination de la mise en œuvre des activités du PSSM

Cette intervention permettra au bureau suivi évaluation de mettre en place un mécanisme de coordination et de suivi dynamique des activités du PSSM. Des outils

adaptés tels que les plans de travail annuels et trimestriels, les instances de coordination et de concertation permettront de suivre régulièrement le niveau de mise en œuvre des activités et de s'assurer de leur cohérence avec le PSSM. Cette intervention facilitera l'évaluation des performances annuellement pour un meilleur suivi stratégique et à la fin de la période de mise en œuvre du PSSM pour une performance globale.

VI.5.4 Types ou catégories d'activités :

V.5.3.1. Activités de services :

Les activités de soutien sont les prestations des soins curatifs, préventifs et promotionnels et de services de santé.

V.5.3.2. Activités de soutien

Les activités techniques et administratives de soutien regroupent la coordination des activités, la gestion du personnel, la formation, l'approvisionnement en médicaments et consommables et la maintenance des équipements.

V.5.3.3. Activités de développement

Les activités de développement généralement limitées dans le temps (par exemple, les investissements en infrastructures, équipements).

VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE :

VII.1 Le plan de mise en oeuvre ou plan de travail

	Cadre stratégique							
Objectif stratégique	Interventions	Activités	2024	2025	2026	2027	2028	Responsable
OS1 Augmenter de 50% l'exécution des activités dans le cadre de la gouvernance, de la planification de la santé mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	1.1.Renforcement du partenariat / plaidoyer	Organiser une journée de plaidoyer au niveau de la Direction Générale de l'Action sociale pour l'implication effective des SRAS						
		Organiser une rencontre de 2 jours avec les différents ministères (Education, pour l'intégration de la santé mentale dans le programme de l'élémentaire, la prise en charge des enfants en difficultés ; Ministère de la femme, de l'enfance et de l'entrepreneuriat pour l'intégration des activités de santé mentale)						
		Faire un plaidoyer auprès du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale pour la création						

		de 4 centres médicoéducatifs pour la prise en charge des enfants avec handicap intellectuel						
		Faire un plaidoyer auprès des maires pour la création de 14 centres de réinsertion socio-professionnelle/ sites communautaires						
		Faire un plaidoyer auprès des mairies/ conseils départementaux pour l'accompagnement des malades mentaux errants dans les sites communautaires (REPOSAM)						
		Plaidoyer auprès du CMU						
		Organiser une rencontre de 2 jours avec les différents ministères (Education, pour l'intégration de la santé mentale dans le programme de l'élémentaire, la prise en charge des enfants en difficultés ; Ministère de la femme, de l'enfance et de l'entrepreneuriat pour l'intégration des activités de santé mentale						

		Organiser une rencontre avec la DLM, DPRS, DAGE et le cabinet pour l'augmentation des fonds de la Division de la Santé mentale et PTF pour une mobilisation des fonds						
		La mise en place des programmes suivant constituera un moyen de prévention contre les problématiques de santé mentale : Programme de lutte contre les addictions Programme de prévention des suicides Programme d'accompagnement des enfants ayant un handicap mental ou en difficultés mis en place						
		Plaidoyer auprès des responsables de la CMU						

		Plaidoyer pour l'élaboration d'une loi pour la protection sociale des malades mentaux errants						
		Plaidoyer pour l'intégration de troubles psychiques à risque de suicide						
	1.2. Renforcement de la coordination	Installation de groupe technique au niveau national						
		Organiser une tournée d'un mois pour l'installation des comités régionaux chaque année						
		Intégrer un prestataire de santé mentale dans l'équipe cadre du District						
	OS2: Assurer dans au moins 50% des structures de santé mentale (anciens et nouveaux) des services et de l'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins des	2.1. Recrutement d'acteurs	Plaidoyer pour le recrutement de psychiatres, spécialistes en suivi-évaluation, épidémiologiste, psychologues, assistants sociaux, ergothérapie, acteurs communautaires					

populations à tous les niveaux intervenant dans la santé mentale	Equipements	Doter en équipements modernes les 14 structures de santé mentale						
		Doter les 14 Structures de santé mentale de matériels informatiques et d'un accès à internet						
	Construction	Création de sites au niveau communautaires pour favoriser la réinsertion socio professionnelle						
	Formation	Organiser des ateliers de capacitation au profit des acteurs de la santé mentale y compris ceux du CVAC						
		Organiser des ateliers de capacitation des personnels de santé à la détection et prise en charge précoce des troubles mentaux dans chaque région tous les 6 mois						
		Organiser un atelier d'un jour chaque semestre avec le PNLT pour une prise en charge adéquate des comorbidités troubles mentaux et tuberculose						
		Organiser un atelier d'un jour chaque semestre avec la division MNT pour une prise en charge adéquate des comorbidités troubles mentaux						

		et des maladies tropicales négligées						
		Organiser un atelier d'un jour chaque semestre avec la Divion de lutte contre le VIH_SIDA pour une prise en charge adéquate des comorbidités troubles mentaux et VIH						
		Organiser chaque semestre un atelier d'un jour avec la DSME pour une prise en charge précoce des enfants et des femmes présentant des troubles mentaux (grossesse+++++)						
	Gestion des urgences psychologique	Renforcer les cellules d'accompagnent psychosociales en collaboration avec l'émis						
	Amélioration de la qualité de soins (élaboration des lois, protocoles)	Répertorier les textes de lois, normes et protocoles						
		Organiser 5 ateliers de conceptualisation et contextualisation des normes et protocoles sur la prise en charge en santé mentale (structures de santé mentale, sites communautaires/ réinsertion socioprofessionnelle) ;						

		Elaborer des documents pour définir le statut des gardes malades et des acteurs de lu REPOSAM						
		Organiser un atelier de 3 jours pour la validation des normes et protocoles sur la prise en charge en santé mentale (structures de santé mentale, sites communautaires/ réinsertion socioprofessionnelle) ; chaque année						
OS3: Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) dans des médicaments essentiels l'ensemble des structures de santé mentale.	Plaidoyer	Faire un plaidoyer auprès de la PNA pour une disponibilité des médicaments essentiels						
	Gestion et approvisionnement des stocks	Rendre disponible les molécules essentielles et de nouvelles générations (rispéridone, etc...)						
OS4 Augmenter de 50% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité et	Renforcement des capacités sur la communication	Renforcer la capacité de communication des acteurs de la santé mentale (DSM, acteurs communautaires auprès des collectivités territoriales)						

connaissance de la Division Santé Mentale et une lutte contre le déni, la stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale par la population (malades, familles, voisinage, milieu professionnel)	Communication institutionnelle	Elaborer un plan de communication						
		Célébrer les journées destinées à la santé mentale en impliquant la population						
		Création d'outils de diffusion (journal de la santé mentale ou du bien-être, réseaux sociaux, page Web)						
	IEC/ Sensibilisation	Tenir des discussions de groupe (Groupe de parole, repas communautaire, visite à domicile)						

		Sensibiliser les tradithérapeutes sur la prise en compte de la santé mentale						
	Communication pour le changement de comportement	Organiser 1 mois de sensibilisation chaque trimestre au niveau des écoles (enseignants)						
	Mobilisation sociale	Sensibiliser la réinsertion socio professionnelle des malades mentaux						
		Sensibiliser sur à l'implication de l'entourage dans la prise en charge des patients						

		Organiser chaque semestre une émission à la télé/ radio portant sur des thèmes en santé mentale (importance de la santé mentale)							
OS5 : Renforcer l'offre de soins au niveau communautaire.	Renforcement des capacités	Organiser 14 sessions formations de 2 jours pour les agents de santé (ICP, acteurs communautaires) sur la prise en charge de personnes souffrant de troubles mentaux							
	Equipement	Doter en équipements rénover sites communautaires de santé mentale							
	Renforcement de l'autosoin des populations (malades, familles, voisinage) à adopter un comportement favorable (contre le déni, stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale.	Impliquer les CVAC dans le suivi et la réinsertion des malades mentaux							

	Intégration de troubles mentaux à risque de suicide dans le système de surveillance des maladies	Identifier les troubles psychiques à risques de suicide							
		Accompagner dans le processus de soin les personnes présentant les troubles psychiques à risque de suicide							
OS6 : Accompagner au moins 50% des personnes souffrant de troubles mentaux et d'handicaps psychosociaux à avoir une autonomie (insertion sociale et professionnelle)	Développer des centres médico éducatifs	Renforcer en équipements et financement les centres existants							
		Créer quatre centres médicoéducatifs dans chaque axe (Ouest, Est, Centre, Sud) du pays							
	Intégrer dans les dispositifs communautaires les activités occupationnelles en promouvant la réinsertion	Aménager des espaces dédiés à l'occupation dans les sites communautaires art, jardinage, bricolage, hôtellerie...)							
		Effectuer des visites à domicile pour une préparation du retour en famille							

OS7 Assurer à au moins 85% des structures de santé mentale de référence un système de suivi évaluation formel (100% de promptitude, de complétude et d'exhaustivité) pour la bonne gestion de l'information et la promotion de la recherche à tous les niveaux d'ici 2028.	Renforcement de capacités sur l'utilisation du DHSI2	Capacités les acteurs de la santé mentale sur l'utilisation du DHSI2						
		Organiser un atelier de 3 jours pour l'harmoniser et la validation des indicateurs en santé mentale						
	Renforcement du système d'information de routine							
	Développement de la recherche	Réaliser une étude en population en collaboration avec l'ANSD chaque année sur la prévalence des différents troubles mentaux						
		Renforcer la collaboration avec les universités afin de disposer des résultats de recherche (mémoire, thèses)						
	Suivi et coordination de la mise en œuvre des activités du PSSM	Organiser une tournée d'un mois pour la supervision des structures de santé mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.						

VII.2 Les modalités d'exécution :

VII.2.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre :

VI.2.1.1. Organigramme du district :

VI.2.1.2. Coordination de la planification annuelle

Mécanisme institutionnel de coordination de la planification et de la mise en œuvre

Au niveau central

Le suivi et la mise en œuvre des activités du plan stratégique santé mentale est assuré par le groupe technique du niveau central sous le lead du Ministre de la Santé et de l'Action Social.

Elle aura pour mission de :

- Assurer la mise en œuvre effective et efficace du plan stratégique santé mentale ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du plan stratégique et le respect des échéanciers ;
- Réaliser les évaluations à mi-parcours et l'évaluation finale.

Le groupe technique se réunit une fois par trimestre et chaque fois que de besoin.

Au niveau régional

La mise en œuvre au niveau opérationnel est assurée par le groupe technique du niveau régional.

Des réunions de coordinations trimestrielles seront organisées par le comité régional de coordination de la santé mentale. La présidence de cette commission est assurée par le Gouverneur. Elle regroupe les autorités administratives (Préfets et Sous-Préfets), sanitaires, territoriales, les autres services déconcentrés, la Société civile, les PTFs, les OCB/OSC, les leaders religieux et coutumiers, les associations de jeunes, et de femmes, la presse locale....).

Ce comité régional est chargé d'assurer le suivi des interventions opérationnelles du Plan Stratégique Santé Mentale (PSSM). Il identifie et analyse les contraintes et obstacles liés à la mise en œuvre des interventions.

Il organise des réunions semestrielles, des missions conjointes et des revues régionales annuelles sur les interventions de la santé mentale du niveau opérationnel.

Le comité régional coordonne la mise en œuvre des interventions et le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources pour le financement de la SM. Elle assure la coordination intersectorielle et l'implication des différentes parties prenantes.

La revue annuelle conjointe régionale et les réunions trimestrielles de coordination des régions médicales vont aussi servir de plateforme de coordination des activités de SM. Elles impliquent les districts sanitaires et les structures régionales de la santé.

Au niveau départemental

Les acteurs de la santé mentale seront intégrés dans l'équipe cadre participerons au réunion soulevant les problématiques des troubles psychiques présidée par le sous-préfet mobilisant les autorités locales, les autres services déconcentrés, le représentant des acteurs communautaires, la société civile, les PTFs, les OCB, les leaders religieux et chefs coutumiers, les associations de jeunes et de femmes , la presse locale.

Au niveau communautaire

Les acteurs communautaires de santé des postes et cases de santé tiendront des réunions de coordination et d'évaluation des activités avec les acteurs du REPOSAM tous les mois.

Mécanisme de mise en œuvre

Pour une mise en œuvre adéquate la rédaction des documents ci-dessous sera essentielle :

- Un plan stratégique tous les cinq ans ;
- Des projets ;
- Des programmes ;
- Des projets d'établissements pour toutes les structures ;
- Et des plans de travail annuel.

VI.2.2. Partenariat et modalités de coordination

VI.2.2.1. Identification des partenaires dans la mise en œuvre(PTF, CL, etc.)

Les partenaires identifiés pour apporter un appui financier à la DSM sont l'ONU DC et l'UNICEF. Leurs principaux axes de financements seront la recherche, les ressources matériels et la formation.

Tableau VII: Partenaires techniques et financiers

Partenaires	Axes de financement
DLM	Supervision
ONUDC	Atelier :TM et TC liés à la consommation de drogues Soutien au CEPIAD, aux centres de prise en charge des addictions
UNICEF	Promotion santé mentale enfants, adolescents, jeunes Santé mentale en milieu Scolaire

VI.2.2.2. Comité / instances de coordination avec les partenaires

VI.2.3 Gestion des achats et des stocks (GAS)

VI.2.4. Gestion financière :

VI.3. L'élaboration du budget et du cadre de financement :

L'élaboration du budget se fait à travers MS project.

VIII. Budget et plan de mobilisation des ressources

VIII.1 Répartition du budget par année

Le budget global de ce PSN s'élève à 17 955 637 276 F CFA sur la période de 2024-2028, soit un investissement moyen annuel de 996 FCFA/habitants et par an. Les années 2024 et 2025 ont respectivement 24,81% et 20,66%.

Année	Montant	Proportion (%)
2024	4 455 182 417	24,81
2025	3 709 893 899	20,66
2026	3 160 309 593	17,60
2027	3 232 141 791	18,00
2028	3 398 109 575	18,93
Total	17 955 637 276	100,00

VIII.2 Répartition du budget par objectifs spécifiques

L'objectif stratégique 2 mobilise 48,16% du budget.

2.6 Amélioration de la qualité des soins	38 450 000	38 450 000	32 225 000	32 225 000	32 225 000	173 575 000
3. Gestion Approvisionnement et des stocks	577 844 695	577 844 695	577 844 695	577 844 695	577 844 695	2 889 223 476
4.1 Renforcement de capacité sur la communication	6 225 000	6 225 000	6 225 000	6 225 000	6 225 000	31 125 000
4.2 Mise en œuvre plan de communication	526 427 000	526 427 000	526 427 000	526 427 000	526 427 000	2 632 135 000
5.1: Renforcement de capacité au niveau communautaire	61 390 000	61 390 000	61 390 000	61 390 000	61 390 000	306 950 000
5. 2 Equipement au niveau communautaire	14 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000	70 000 000
5.3: Implication CVAC pour renforcement auto-soin	7 356 000	7 356 000	7 356 000	7 356 000	7 356 000	36 780 000
6.1: Equipement de centre médicoéducatifs	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	35 000 000

6.2: Construction de centre médico éducatifs	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
6.1 Equipement et construction	507 000 000	507 000 000	507 000 000	507 000 000	507 000 000	2 535 000 000
6.3 Développement des activités occupationnelles au niveau des structures communautaires de santé mentale	64 520 000	64 520 000	64 520 000	64 520 000	64 520 000	322 600 000
7.1: Renforcement de capacités dans la gestion des données	15 299 325	15 299 325	15 299 325	15 299 325	15 299 325	76 496 625
7.2: Développement de la recherche	55 000 000	55 000 000	55 000 000	55 000 000	55 000 000	275 000 000
7.3: Suivi et évaluation	4 350 000	4 350 000	4 350 000	4 350 000	4 350 000	21 750 000

VIII.4 Par sources de financement

VI.4. Le plan de mobilisation des ressources

IX. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION :

IX.1 Cadre de performance :

Le cadre de performance est élaboré pour un suivi du processus, des résultats et de l'impact. Ce cadre définit les indicateurs à tous les niveaux et oriente sur le niveau d'atteinte des objectifs.

Indicateurs d'effet par interventions

Objectif stratégique	Cadre de performance			Source de collecte	2024	2025	2026	2027	2028	
	Interventions	Effet	Impact							
OS1 Augmenter de 50% l'exécution des activités dans le cadre de la gouvernance, de la planification de la santé mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Renforcement du Partenariat /Plaidoyer	Le partenariat développé avec tous les acteurs de la santé mentale	Réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux troubles mentaux							
		Un financement est octroyé pour le déroulement des interventions de santé mentale								
		Les enfants souffrant d'un handicap mental sont inclus dans le système médico éducatif								
		Les maladies mentales sont prises en compte dans la politique de le CMU (bénéficie de système d'assurance)								

complétude et d'exhaustivité) pour la bonne gestion de l'information et la promotion de la recherche à tous les niveaux d'ici 2028.	Développement de la recherche	Des enquêtes en population sont effectuées								
		La collaboration avec les universités est effectuée								
	Suivi et coordination de la mise en œuvre des activités du PSSM	Les données de supervision sont disponibles								

Intervention

	Cadre	2024	2025	2026	2027	2028	
Objectif stratégique	Interventions						
OS1 Augmenter de 50% l'exécution des activités dans le cadre de la gouvernance, de la planification de la santé mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Renforcement du Partenariat /Plaidoyer						
	Renforcement de la coordination						

OS2: Assurer dans au moins 50% des structures de santé mentale (anciens et nouveaux) des services et de l'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins des populations à tous les niveaux intervenant dans la santé mentale	Recrutement						
	Equipements						
	Construction						
	Formation						
	Gestion des urgences psychologique						
	Amélioration de la qualité de soins (élaboration des lois, protocoles)						
OS3: Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) dans des médicaments essentiels l'ensemble des structures de santé mentale.	Plaidoyer						
	Gestion et approvisionnement des stocks						
OS4 Augmenter de 50% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité et connaissance de la Division Santé Mentale et une lutte contre le déni, la stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale par la population (malades, familles, voisinage, milieu professionnel)	Communication institutionnelle						

	Sensibilisation						
OS5 : Renforcer l'offre de soins au niveau communautaire.	Renforcement des capacités						
	Equipement						
	Renforcement de l'autosoin des populations (malades, familles, voisinage) à adopter un comportement favorable (contre le déni, stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale.						
	Intégration de troubles mentaux à risque de suicide dans le système de surveillance des maladies						
OS6 : Accompagner au moins 50% des personnes souffrant de troubles mentaux et d'handicaps psychosociaux à avoir une autonomie (insertion sociale et professionnelle)	Développer des centres médicoéducatifs						
OS7 Assurer à au moins 85% des structures de santé mentale de							

	Les maladies mentales sont prises en compte dans la politique de le CMU (bénéficie de système d'assurance)	Nombre d'assurances maladies prenant en compte la santé mentale							
		Nombre de pathologies mentales pris en compte par les systèmes d'assurance							
	Lois votées pour la protection sociales des malades mentaux errants	Lois votées pour la protection des malades mentaux effective							
	Les interventions de santé mentale sont intégrées dans les politiques des autres Ministères (Education, justice, environnement...)	Nombre de Ministère ayant intégré la prise en compte de la santé mentale							
	Le Programme de lutte contre les addictions est adopté	Nombre d'activités mis en œuvre par le programme de lutte contre les addictions							

	Les personnes addict font un suivi régulier dans les services d'addictologie	Proportion des personnes en fonction des différents types de substances Suivis							
	Le programme de prévention des suicides est mis en œuvre	Nombre d'activités mis en œuvre par le programme							
		Proportion d'individus avec intention de suicide suivis							
	Le programme d'accompagnement des enfants ayant un handicap mental ou en difficultés mis en place	Nombre d'activités mis en œuvre par le programme d'accompagnement des enfants ayant un handicap mental ou en difficultés mis en place							
		Proportion d'enfants ayant un handicap mental scolarisés							

		Proportion d'enfants ayant un handicap mental inséré sur le plan professionnel							
	Les groupes techniques de coordination sont mis en place à au niveau national et régional	Nombre de groupes technique mis en place							
	La coordination est renforcée à tous les niveaux	Nombre de sites ou la coordination est effective							
	Des structures de santé mentale sont fonctionnelles et disponibles au niveau communautaire								
	Les acteurs de la santé mentale sont intégrés de l'équipe cadre de District	Nombre de districts ayant intégré un superviseur en santé mentale							
		Nombre d'activités menées par le superviseur en santé mentale							

OS2: Assurer dans au moins 50% des structures de santé mentale (anciens et nouveaux) des services et de l'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins des populations à tous les niveaux intervenant dans la santé mentale	Des ressources humaines qualifiées et avec des compétences diverses (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers spécialisés en soin de santé mentale...) sont recrutées	Nombre de psychiatres recrutés							
		Nombre de psychologues recrutés							
		Nombre de travailleurs sociaux recrutés							
		Nombre d'infirmiers spécialisés en soins de santé mentale recruté							
	Les 14 structures de santé mentale sont	Nombre de structures de							

	modernes et accueillantes	santé mentale réhabilité							
	Des sites communautaires de santé mentale sont créés	Nombres de sites communautaires réhabilités							
		Nombre de Structures de santé mentale dotées en matériels informatiques ayant d'un accès à internet							
		Nombre de sites communautaires créés							
	Les acteurs de la santé mentale sont qualifiés et compétents								
	Les services de santé mentale et les hôpitaux généraux effectuent une prise en charge intégrée avec les autres services	Nombre d'hôpitaux généraux disposant d'un service de santé mentale							
	Les programmes ont intégré la santé mentale dans leurs interventions	Nombre programmes							

		ayant intégré la santé mentale							
	Le système d'accompagnement psychologique en situation de crise est mis en place	Nombre d'intervention de crises effectué							
		Proportion d'individus pris en charge lors des situations de crise							
	Les soins de santé mentale sont harmonisés et de qualité	Nombre de structures ayant adopté les lois, normes et protocoles élaborés							
	Les textes (lois, normes, protocoles, documents institutionnels) en santé mentale sont répertoriés.	Nombre de textes (lois, normes, protocoles, documents institutionnels) en santé mentale sont répertoriés							
	Les lois, normes et protocoles sont élaborés à tous les niveaux	Nombre de textes (lois, normes, protocoles,							

		documents institutionnels) en santé mentale élaborés							
	Les textes définissant le statut des gardes malades et acteurs communautaires en santé mentale sont élaborés	Nombre de texte définissant le statut des gardes malades et acteurs communautaires en santé mentale élaboré							
OS3: Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) dans des médicaments essentiels l'ensemble des structures de santé mentale.	Les médicaments essentiels en santé mentale sont disponibles au niveau de la PNA	Types de médicaments disponibles à la PNA							
	Les médicaments en santé mentale sont accessibles	Nombre de localité disposant de sites de vente des médicaments							
	Il y'a 0% de rupture des médicaments essentiels en santé mentale	Proportion de médicaments en rupture							

OS4 Augmenter de 50% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité et connaissance de la Division Santé Mentale et une lutte contre le déni, la stigmatisation, exclusion) face à la maladie mentale par la population (malades, familles, voisinage, milieu professionnel)	Les populations sont bien informées des problématiques de santé mentale	Nombre de personnes sensibilisées							
	Un plan de communication est élaboré	Nombre de d'activités de communication effectué							

Les journées évènementielles sont célébrées avec une participation de la population	Nombre de journées évènementielles célébrées								
Des moyens de diffusion en santé mentale sont mis en place	Nombre de moyens de communication disponibles								
La communauté est sensibilisée sur les problématiques de santé mentale	Nombre de localités ayant effectué une sensibilisation								
Les tradithérapeutes sont impliqués dans le recours aux soins des personnes souffrant de troubles mentaux	Nombre de tradithérapeutes sensibilisés								
Des tradithérapeutes ont été sensibilisés sur le recours aux soins des personnes souffrant de troubles mentaux	Proportion de patients orientés par les tradithérapeutes dans les structures de santé mentale								
Des sensibilisations sont effectuées pour une réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux	Nombre de sites ayant effectué des séances de sensibilisation								

	Des sensibilisations ont été effectuées pour l'implication de l'entourage dans la prise en charge des patients (réinsertion socioprofessionnelle)	Proportion d'individus ayant été sensibilisé sur la prise en charge des patients (réinsertion socioprofessionnelle)							
	Des émissions sont organisées	Nombre démissions organisées							
OS5 : Renforcer l'offre de soins au niveau communautaire.	Des sessions de formation ont été effectuées à tous les niveaux	Proportion d'acteurs formés							
		Proportion d'infirmiers en santé mentale formés							
		Proportion d'acteurs communautaires formés							

		Nombre de leaders d'association formé sur la santé mentale-							
		Nombre de leaders coutumiers et religieux formés							
		Proportion de maires de commune formés							
	Les maladies mentales sont prises en charge au niveau communautaires	Proportion de personnes souffrant de troubles mentaux suivi dans les sites communautaires							
	les malades mentaux n'errant plus dans la rue	Proportion de malades mentaux errants pris en charge dans les sites communautaires							

	Les sites communautaires ont été dotés en équipement modernes	Nombre sites communautaires équipés							
	Les CVAC sont impliqués dans le suivi et la réinsertion des malades mentaux	Nombre de district ayant impliqué les CVAC dans le suivi et la réinsertion des malades mentaux							
		Proportion de patients suivis par les CVAC							
	Des VAD, groupes de parole ont été effectués	Nombre d'activités de groupe effectuées							
		Nombre de VAD effectués							
	Les troubles psychiques à risques de suicide sont intégrés dans le système de surveillance	Nombre de pathologies mentales intégrées dans le système de							

		surveillance des maladies							
	Des personnes à risque de suicide ont été identifiés	Proportion d'individus avec intention de suicide identifiée							
	Des personnes à risques de suicide ont bénéficié d'un suivi	Proportion d'individus avec intention de suicide suivie							
OS6 : Accompagner au moins 50% des personnes souffrant de troubles mentaux et d'handicaps psychosociaux à avoir une autonomie (insertion sociale et professionnelle)	Renforcer en équipements et financement les centres existants	Nombre de structures renforcés en équipements							
		Nombre de structures avec un budget de fonctionnement							
	Quatre centres médicoéducatifs créés dans chaque axe (Ouest, Est, Centre, Sud) du pays	Nombre de centres médicoéducatifs créés							

	Les enfants souffrant d'un handicap mental sont inclus dans le système médico éducatif	Proportion de personnes souffrant d'handicaps mental scolarisé							
		Proportion de personnes souffrant d'handicaps mental avec une insertion professionnelle							
	Des personnes souffrant de troubles mentaux ont été insérés sur le plan social et professionnel	Proportion de personnes présentant des troubles mentaux réinsérée sur le plan social							
		Proportions de personnes présentant des troubles mentaux réinsérés sur le plan professionnel							
OS7Assurer à au moins 85% des structures de santé mentale de	Les acteurs de la santé mentale sont capacités sur l'utilisation du DHIS2	Proportion d'acteurs en santé mentale capacité sur							

<p>référence un système de suivi évaluation formel (100% de promptitude, de complétude et d'exhaustivité) pour la bonne gestion de l'information et la promotion de la recherche à tous les niveaux d'ici 2028.</p>		<p>l'utilisation du DHIS2</p>							
	<p>Une harmonisation des indicateurs en santé mentale est effectuée</p>	<p>Nombre d'indicateurs en santé mentale définis et harmonisés</p>							
		<p>Nombre d'Indicateurs de santé mentale intégré dans le DHIS2</p>							
		<p>Nombre de structures ayant renseigné les indicateurs de santé mentale</p>							

		Proportion d'indicateur renseignée par les acteurs de la santé mentale							
	Des enquêtes en population sont effectuées	Nombre d'enquête effectué en population							
	La collaboration avec les universités est effectuée	Nombre d'assistant en psychiatrie recruté							
		Proportion de thèses en santé mentale							
		Proportion de mémoire en santé mentale							
		Nombre d'articles en santé mentale publié							

	Les données de supervision sont disponibles	Nombre de supervisions effectué								
		Nombre sites ayant dont les données sont disponibles								

VII.2. Système de gestion des données :

VII.2.1. Circuit de l'information :

La DSM à travers ses 5 bureaux assure la direction de la promotion de la santé mentale depuis la conception jusqu'à l'évaluation. Au niveau interne, l'élaboration d'un rapport trimestriel d'exécution permettra d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités prévues dans le PTA tant dans son volet programmatique que financier. A la fin de chaque année, un rapport annuel permettra de décliner la performance annuelle dans la mise en œuvre du PSSM.

Les informations et données qui permettront le suivi des activités circuleront et de la DSM à la population et inversement.

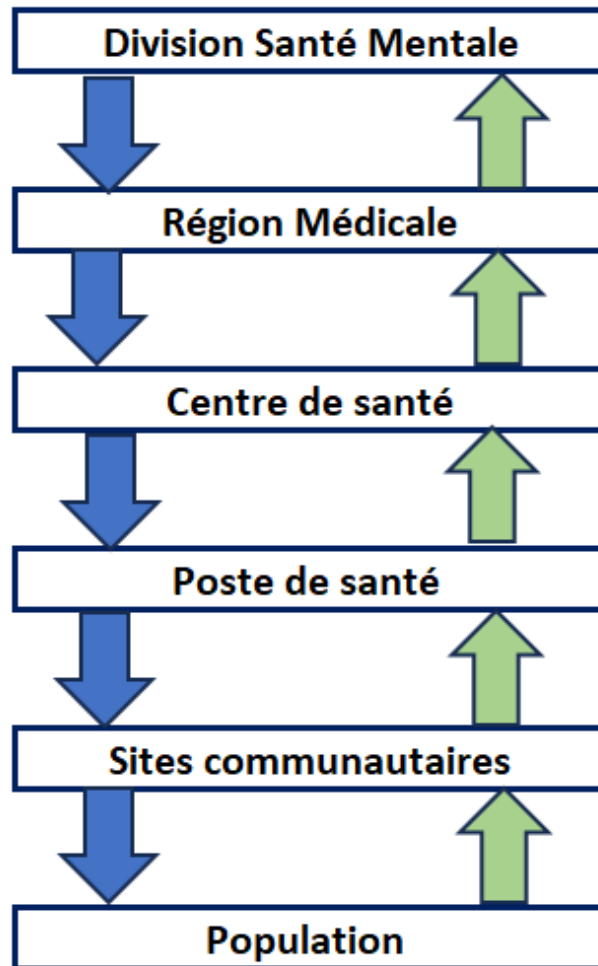


Figure 5: Circuit de l'information

IX.1.1 Mécanismes de dissémination de l'information sanitaire

IX.2 Mécanisme de coordination du suivi et de l'évaluation

Le suivi

Le suivi de la mise en œuvre des activités du plan se fera à travers

- Une plateforme digitalisée de collecte de données des activités mises en œuvre par les différents acteurs ;
- Un plan de travail annuel intégrant les activités de la santé mentale spécifique pour chaque région et district impliquant l'ensemble des parties prenantes ;
- Un groupe technique décliné en sous-groupes de travail effectue le suivi des activités par axe stratégique ;
- La sous-commission suivi-évaluation ou comité de gestion des données sera chargée de rendre disponible les données et de renseigner l'état de mise en œuvre des interventions de santé mentale.

Activités de suivi

- Au niveau national, les réunions trimestrielles des groupes techniques seront mises à profit pour partager et discuter du niveau de mise en œuvre du PSSM ;
- Au niveau régional et dans les districts, les réunions de coordination périodiques seront mises à profit pour faire le suivi de la mise en œuvre des plans d'action régionaux et de districts ;
- Des activités de supervisions seront menées par les niveaux central, régional et opérationnel pour apprécier l'état de mise en œuvre des activités et le niveau de fourniture des services santé mentale.

Evaluation

Pour mesurer les performances atteintes et les progrès, des revues périodiques (trimestrielle pour le niveau opérationnel et semestrielle pour le niveau national) seront organisées chaque année par le groupe technique.

En plus de ces **revues**, une évaluation **mi-parcours** sera organisée en 2026 et l'évaluation **finale** se fera en 2028.

Tableau VIII : Récapitulatif du mécanisme de suivi

	Organisation du rapportage des données sur la santé mentale : périodicité, rôle et responsabilités des différents niveaux	
Niveaux	Données de routine	Données de Surveillance
National : Services centraux	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2</p> <p>Géré par : DSM et DSISS</p> <p>Périodicité : Trimestrielle, Mensuelle</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données rétro information et recommandations aux niveaux opérationnel.</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2</p> <p>Géré par : DSM et DSISS</p> <p>Périodicité : Mensuelle, Hebdomadaire</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel.</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>
Régional Districts Hôpitaux	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2</p> <p>Géré par : Equipes cadre de régions (Superviseur en santé mentale)</p>	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2</p> <p>Géré par : Equipes cadre de régions (superviseur en santé mentale)</p>

	<p>Périodicité : Mensuelle</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retroinformation et recommandations aux niveaux opérationnel.</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Périodicité : Hebdomadaire</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel.</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>
<p>District Centres de santé Poste de santé (Structures publiques et privées)</p>	<p>Format/platforme de rapportage : DHIS 2</p> <p>Géré par : Equipes cadre de districts</p> <p>Périodicité : Mensuelle</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire, analyse des données prise de décision et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2 (Avant le 15 du mois).</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Format/platforme de rapportage : DHIS 2</p> <p>Géré par : Equipes cadre de districts</p> <p>Périodicité : Hebdomadaire, Journalière</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2.</p>

		Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires
Poste de Santé Niveau Communautaire	<p>Périodicité : Mensuelle</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Action) et saisie des données dans le DHIS2 (5 du mois).</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Périodicité : Journalière</p> <p>Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et saisie des données dans le DHIS2 (Journalière).</p> <p>Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>

IX.2.1 Sources de financement

Les sources de financement identifiées seront identifiées dans un processus de mobilisation des ressources participatifs et inclusif.

X. FINALISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES DU PLAN:

X.1 Finalisation du plan stratégique

La finalisation du plan stratégique consistera au partage du draft du document avec toutes les parties prenantes qui ont participé au processus de planification mais aussi à ceux qui pourront aussi apporter des commentaires utiles. Ensuite les remarques et

suggestions devront être intégrées dans le document par le comité de lecture. Le recrutement d'un consultant pourrait être d'un grand apport dans ce processus de finalisation.

X.2 Adoption du plan stratégique:

Cela consiste à organiser un atelier de révision et d'adoption du PSSM. Il s'agira de procéder à une validation technique puis politique. Suite à l'amélioration du draft initial, un groupe de parties prenantes techniques et de partenaires discuteront des améliorations nécessaires pour le document. Ces inputs seront intégrés dans le draft du plan stratégique et seront pris en compte dans le budget s'ils ont des implications de coût. Ensuite, une réunion sera organisée pour les décideurs politiques pour adopter le plan stratégique (Validation politique ou adoption).

X.3 Edition du plan stratégique :

Une fois que l'adoption est faite, un éditeur professionnel sera embauché. Cet éditeur devra être engagé un peu plutôt dans le processus afin qu'il soit familier à toutes les versions et qu'il puisse déjà réfléchir sur les amendements à apporter en conséquence. L'éditeur pourra alors accélérer le travail à cette étape dans le but de d'éditer le document rapidement.

X.4 Coordination et plan de mobilisation des ressources :

Les activités décrites ci-dessous seront très délicates pour atteindre un marketing optimal du document et une mobilisation des ressources.

Il s'agira, d'abord, de produire un résumé du plan stratégique. Pendant que le document principal est en impression, il faudra faire un court résumé du plan stratégique pour la dissémination. Ce résumé du document devra être moins de 10 pages et dégager les buts et objectifs, activités clés, impact attendu, les effets et les principaux extrants et le coût du plan stratégique. Le comité de lecture devra s'atteler à cette tâche et produire ce résumé pour le lancement officiel du Plan stratégique par le Ministre de la Santé.

Ensuite, il faudra effectuer le lancement officiel par le Ministère de la Santé et enfin organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources.

Une fois que le Plan stratégique et son résumé ont été imprimés en quantité suffisante, deux activités principales doivent suivre respectivement :

- L'organisation de la cérémonie de lancement officiel en présence des hautes autorités du Ministère de la Santé, du Ministre des Finances, et d'autres Ministères et des partenaires techniques financiers clés;
- Et l'organisation d'une table ronde de mobilisation des ressources au niveau national et parfois aux niveaux régional et départemental.

X.5 Processus de dissémination du plan :

La distribution à toutes les parties prenantes sous forme de copie dure et de copie électronique durant cette table ronde mais aussi aux autres médias et canaux évènementiels. Et ensuite, le programme national pourra alors mettre le document sur leur site web, des liens pourront être aussi créés avec les sites web de l'OMS et des autres Initiatives Globales de santé et autres agences des Nations Unies.

CONCLUSION

Selon les propres termes du septième rapport du Comité d'experts OMS 1949-1961: « Pour que les progrès de la psychiatrie moderne puissent être exploités au maximum, il faut que la société apprenne à collaborer à la prévention des troubles mentaux, au traitement et à la réadaptation des malades. En d'autres termes, la marche en avant ne pourra se poursuivre que si l'attitude de l'opinion publique vis-à-vis des malades mentaux et vis-à-vis de la psychiatrie sociale elle-même évolue dans un sens favorable ». Nous sommes tous ensemble pour promouvoir la santé mentale et nous disons ensemble : « Il n'y a pas de santé sans santé mentale ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS en Afrique. La COVID-19 freine les services cruciaux de santé mentale en Afrique, selon une enquête de l'OMS | OMS | Bureau régional pour l'Afrique [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/news/la-covid-19-freine-les-services-cruciaux-de-sante-mentale-en-afrique-selon-une-enquete-de-loms>
2. OMS. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. p. 1-52.
3. OMS. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. OMS. Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation des substances psychoactives. 2008;48.
5. MSAS. Sénégal: Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS). 2019;108.
6. ANSD. Situation économique et sociale du Sénégal 2017-2018. 2020 p. 21.
7. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Enquête Démographie et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS). 2012;520.
8. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) du Sénégal | «Un centre d'excellence dans un Système statistique national fort» [Internet]. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) du Sénégal. [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ansd.sn/>
9. ANSD. Population du Sénégal. 2020;25.
10. Agence nationale de la Statistique et de la Démographie. Enquête nationale sur l'Emploi au Sénégal Deuxième trimestre 2019. 2019;1-5.
11. Thioune A, Malou JR, Gueye EHM, Kane MN, Diouf M, Bahoum JPD, et al. Situation économique et sociale du Sénégal en 2019. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD); 2022 p. 15.

12. Ministère de l'économie des finances et du plan. Plan Sénégal Émergent (PSE) Plan d'Actions Prioritaires (2019-2023). 2018; Disponible sur: <https://www.economie.gouv.sn/en/dossiers-publications/publications/pse>
13. Note_analyse_comptes-nationaux_28_12_2022-rev.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: https://www.ansd.sn/sites/default/files/2023-02/Note_analyse_comptes-nationaux_28_12_2022-rev.pdf
14. Rapport ENES T4 2022.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ansd.sn/sites/default/files/2023-05/Rapport%20ENES%20T4%202022.pdf>
15. Situation économique du Sénégal en 2023 : Répondre aux besoins des groupes vulnérables pour le développement national [Internet]. World Bank. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/senegal/publication/senegal-economic-update-2023-addressing-the-needs-of-vulnerable-groups-for-national-development>
16. admin. La situation sociale [Internet]. Sénégal2019. 2019 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://senegal2019.org/la-situation-sociale/>
17. Agence Nationale de la Statistique et de la D, (ANDS) D. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue): Rapports des indicateurs clés. 2019. 1-182 p.
18. Collignon R. Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar. 1978;XIV((2-3)):133-324.
19. Tine JAD. Rapport de la santé mentale au Sénégal. 2019 p. 1-51.
20. Ministère de l'urbanisme, de l'habitat de la construction et de l'hydraulique. Journal officiel du Sénégal. 2005. p. 1204-9.
21. Ba I LA et MM. Ouverture du CEPIAD à Dakar, premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest | vih.org [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/20150806/ouverture-du-cepiad-a-dakar-premier-centre-methadone-en-afrique-de-louest/>
23. PROJET Cadre régional pour la promotion de la résilience et de la santé des générations futures dans le Pacifique occidental. 2023;7-46.

Liste des personnes ressources :

Gouvernance, leadership, planification

1. Ministre de la santé et de l'action sociale
2. Ministère des forces Armées
3. Ministère de l'éducation nationale
4. Ministère de l'intérieur
5. Directeur de la lutte contre la maladie
6. Chef de la DSM
7. Chef de la Division des MTN
8. Chef de la Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
9. Direction de la Promotion et de la Protection des personnes handicapées

Prestations des services de soins et ressources humaines en santé mentale

1. Le Chef de service de la chaire de psychiatrie
2. Les superviseurs régionaux et/ou points focaux en santé mentale
3. Les Médecins Chefs de Région
4. Les Médecins chefs de District

Promotion de la santé mentale

1. SNEIPS
2. Coordonnateur réseau des acteurs communautaires

Infrastructures, équipements et maintenance, médicaments et produits de santé en santé mentale

1. Les Chef de service de psychiatrie
2. Les superviseurs régionaux et/ou points focaux en santé mentale
3. CDS

Gestion de l'information et de la recherche

1. Chef de la Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale

Société civile

1. Réseau des Organisations pour la promotion de la santé mentale au Sénégal (REPOSAMS)
2. Réseau Jeunesse Population et Développement du Senegal (RESOPODEV)