

AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION
INTERNATIONALE (JICA)

No. 1

LA REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

RAPPORT DE L'ETUDE DE PLAN DE BASE
POUR
LE PROJET DE FOURNITURE DES EQUIPEMENTS MEDICAUX
A L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES DE BUJUMBURA
DE
LA REPUBLIQUE DU BURUNDI

MARS 1993

INTERNATIONAL TOTAL ENGINEERING CORPORATION
(ITEC)

GRF

CR 2

93-073

**RAPPORT DE L'ETUDE DE PLAN DE BASE
POUR
LE PROJET DE FOURNITURE DES EQUIPEMENTS MEDICAUX
A L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES DE BUJUMBURA
DE
LA REPUBLIQUE DU BURUNDI**

JICA LIBRARY



1110619121

25969

MARS 1993

**INTERNATIONAL TOTAL ENGINEERING CORPORATION
(ITEC)**

国際協力事業団

25969

Avant-Propos

Le Gouvernement du Japon s'est décidé, selon la requête adressée par le Gouvernement de la République du Burundi, d'effectuer l'étude de conception de base relative au PROJET DE FOURNITURE DES EQUIPEMENTS MEDICAUX A L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES DE BUJUMBURA DE LA REPUBLIQUE DE BURUNDI de ce pays et la JICA a réalisé ladite étude.

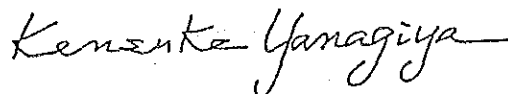
La JICA a envoyé au site du 13 décembre 1992 au 4 janvier 1993 la mission d'étude de conception de base, dirigée par le Dr. Tetsuya MIZUTANI de la Division de Coopération Médicale Internationale du Centre Hospitalier National du Ministère de la Santé Publique du Japon et composée des membres de la Société ITEC.

La mission d'étude a eu l'ensemble des discussions avec les représentants concernés de la République de Burundi pour faire des études sur les sites faisant l'objet du présent Projet. A travers le travail que la mission a fait après son retour au Japon, le présent rapport a été dûment achevé.

Nous espérons que le présent rapport contribuera aussi bien à promouvoir le présent projet et qu'à développer encore la relation amicale des deux pays.

Pour terminer, nous adressons nos grands remerciements à tout le personnel concerné pour les aides et collaborations qu'il a bien voulu accorder envers la présente étude.

Mars 1993



Kensuke YANAGIYA
Président

Agence Japonaise de
Coopération Internationale

Monsieur Kensuke YANAGIYA
Président
Agence Japonaise de Coopération Internationale
Tokyo, Japon

Objet: Lettre de transmission

Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous soumettre le rapport final pour le PROJET DE FOURNITURE DES EQUIPEMENTS MEDICAUX A L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES DE BUJUMBURA DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI, comme l'étude de conception de base du présent projet est terminée.

Conformément au contrat conclu avec votre agence, nous avons effectuée cette étude de conception pour une durée de 4 mois qui commence le 8 décembre 1992 et s'achève le 26 mars 1993. Durant cette étude, nous avons examiné la faisabilité dudit Projet en tenant compte de la situation actuelle de la République de Burundi et en même temps nous nous sommes efforcés d'élaborer le plan le plus adéquat dans le cadre de la coopération financière non-remboursable du gouvernement du Japon.

Nous souhaitons saisir cette occasion pour exprimer notre sincère gratitude aux personnes concernées de votre agence, au Ministère des Affaires Etrangères et au Ministère de la Santé Publique pour leur grande compréhension et coopération. Nous souhaitons également exprimer notre profonde gratitude au Ministère de la Santé Publique de la République de Burundi de leur précieux conseils et aides faits dans ce pays.

Nous espérons enfin que votre agence utilisera maximalement le présent rapport pour réaliser le Projet avec succès.

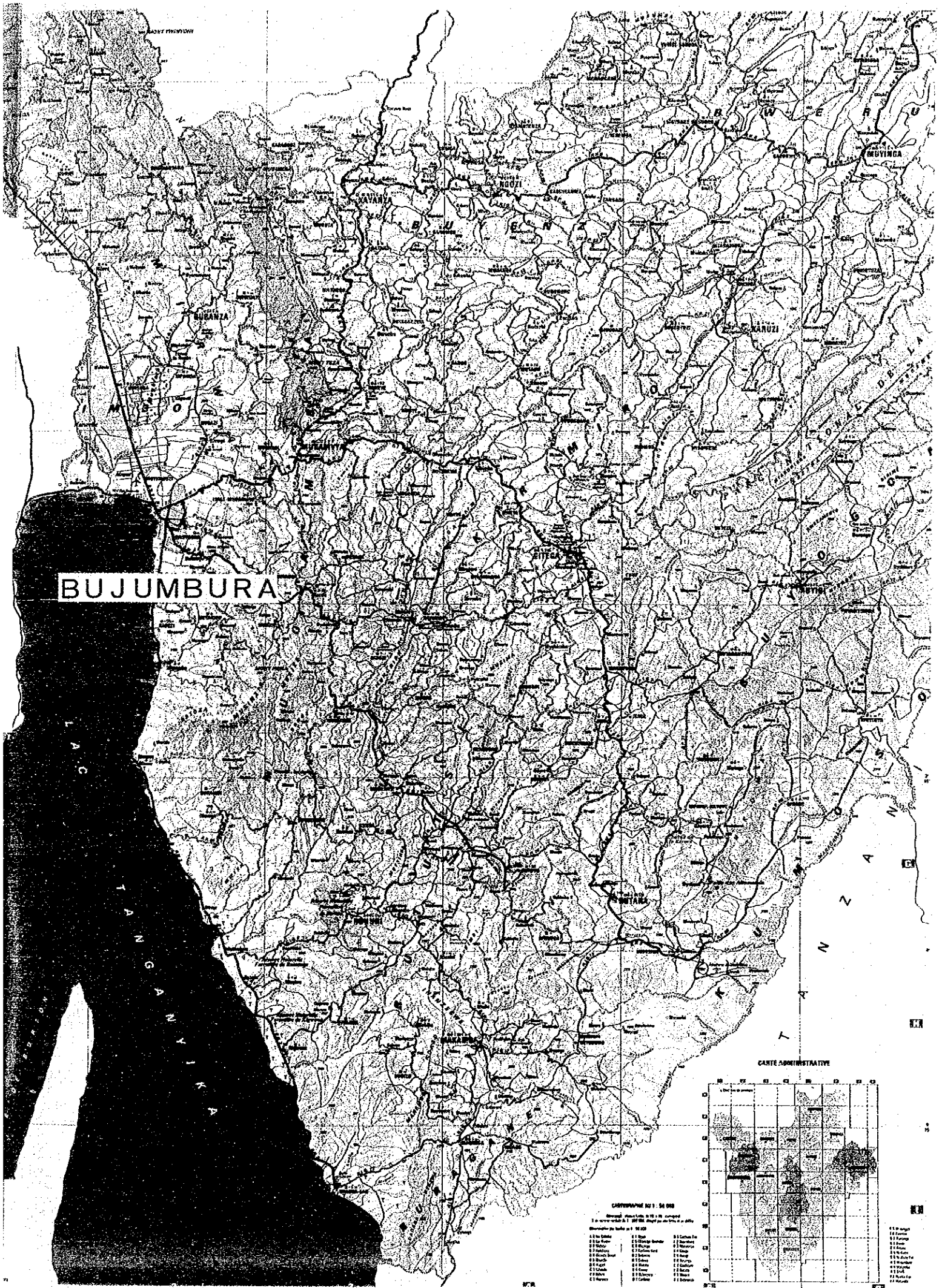
Mars 1993

大村 清文 郎

Seijiro OMURA
Chef de Consultant
pour l'étude de plan de base
du PROJET DE FOURNITURE DES
EQUIPEMENTS MEDICAUX A 'HOPITAL
PRINCE REGENT CHARLES DE BUJUMBURA
DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI
International Total Engineering
Corporation

AFRICA Countries

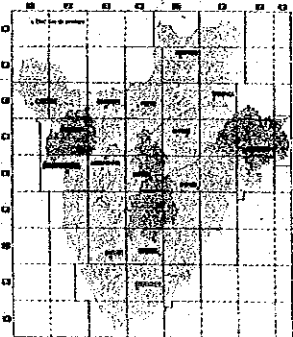




BUJUMBURA

L A C
T A N G A N Y I K A

CARTE ADMINISTRATIVE



CARTOGRAPHIE 62 1 54 000

Échelle: 1:54 000
 1 cm sur la carte = 540 m sur le terrain
 Révisé en 1962

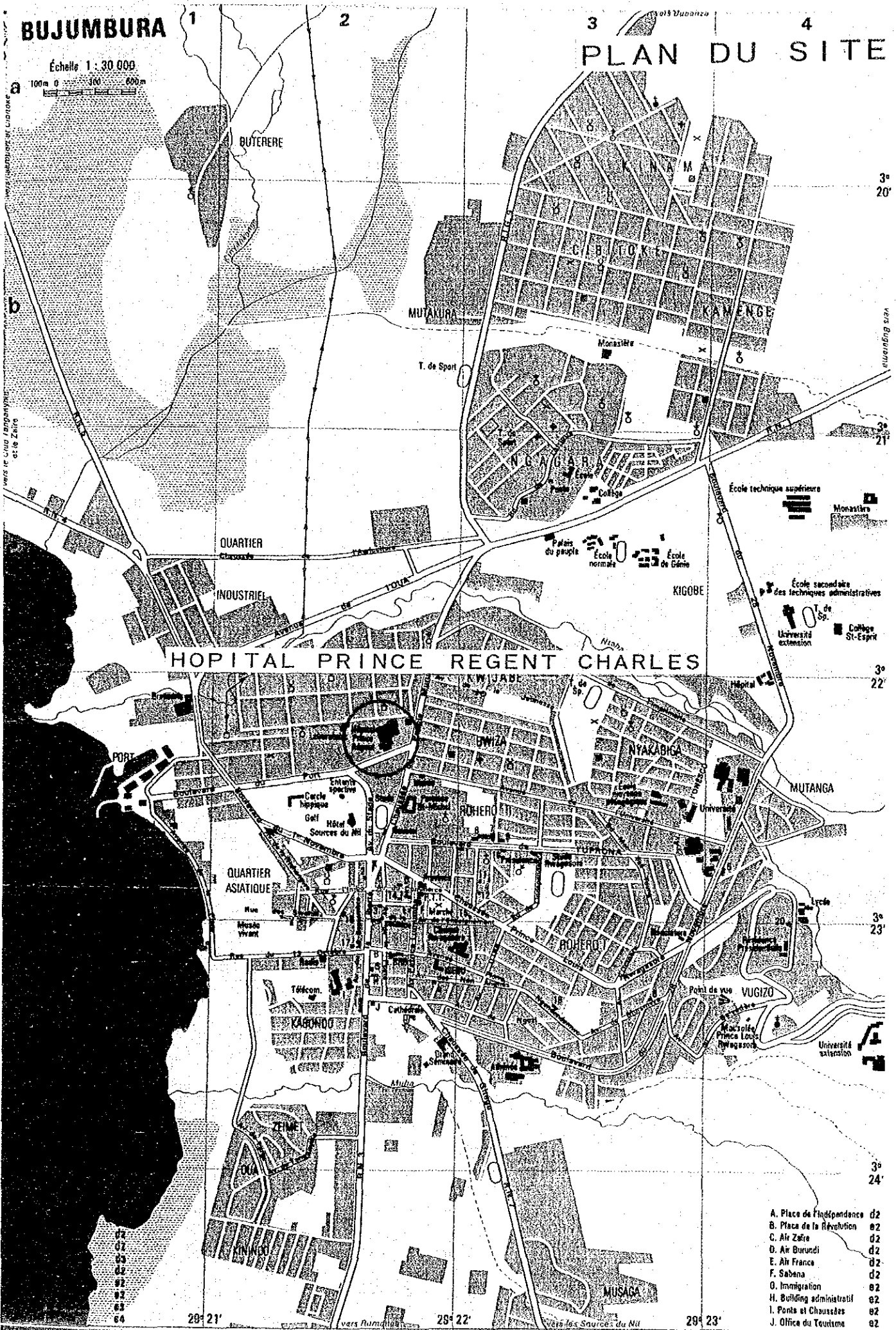
- | | | |
|-----------------|---------|------------|
| 01 Voie Carbone | 01 Voie | 01 Carbone |
| 02 Voie | 02 Voie | 02 Carbone |
| 03 Voie | 03 Voie | 03 Carbone |
| 04 Voie | 04 Voie | 04 Carbone |
| 05 Voie | 05 Voie | 05 Carbone |
| 06 Voie | 06 Voie | 06 Carbone |
| 07 Voie | 07 Voie | 07 Carbone |
| 08 Voie | 08 Voie | 08 Carbone |
| 09 Voie | 09 Voie | 09 Carbone |
| 10 Voie | 10 Voie | 10 Carbone |
| 11 Voie | 11 Voie | 11 Carbone |
| 12 Voie | 12 Voie | 12 Carbone |
| 13 Voie | 13 Voie | 13 Carbone |
| 14 Voie | 14 Voie | 14 Carbone |
| 15 Voie | 15 Voie | 15 Carbone |
| 16 Voie | 16 Voie | 16 Carbone |
| 17 Voie | 17 Voie | 17 Carbone |
| 18 Voie | 18 Voie | 18 Carbone |
| 19 Voie | 19 Voie | 19 Carbone |
| 20 Voie | 20 Voie | 20 Carbone |

BUJUMBURA

PLAN DU SITE

Échelle 1 : 30 000

100m 0 300 600m



HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES

- A. Place de l'Indépendance 02
- B. Place de la Révolution 02
- C. Air Zaïre 02
- D. Air Burundi 02
- E. Air France 02
- F. Sabena 02
- G. Immigration 02
- H. Building administratif 02
- I. Ponts et Chaussées 02
- J. Office du Tourisme 02

02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

29° 21'

29° 22'

29° 23'

3° 24'

3° 23'

3° 22'

3° 21'

3° 20'

VERS LE ZAIRE

VERS MUYANGA

VERS LES SOURCES DU NIL

VERS LES SOURCES DU NIL

RESUME

Résumé

Le Burundi est un pays enclavé, se trouvant en zone équatoriale un peu à l'est du coeur du continent africain, entouré de trois autres pays. Le 30^e méridien qui passe au milieu du pays est à 1.200 km de l'Océan indien en passant par la Tanzanie et à 2.000 km de l'Océan atlantique en passant par le Zaïre. Il compte environ 5,3 millions d'habitants sur un territoire dominé en grande partie par les collines, et jouissant d'un climat quasi-tropical.

Royaume indépendant depuis le 16^{ème} siècle, le Burundi devint territoire sous tutelle de l'ONU après la Seconde Guerre Mondiale, puis fut gouverné par la Belgique. Cette dernière accorda l'autonomie sur la politique intérieure en 1959 pour enfin admettre son indépendance en tant que royaume burundais en 1962.

La royauté fut abolie par le Président Micombero qui fit passer le pays sous régime républicain en novembre 1966. La République du Burundi est actuellement sous la direction du 3^{ème} président Pierre Buyoya.

Ce pays, après son indépendance, a établi un plan quinquennal pour le développement socio-économique qui débuta en 1968 et qui vise la stabilité de la politique intérieure et l'émancipation économique en tant qu'état indépendant. Il a continué à établir des infrastructures de développement économique et un système politique économique adéquat pour assurer la vie de son peuple avec des plans quinquennaux successifs. Le VI^{ème} plan quinquennal (1993-1997) vient de commencer.

Le Burundi, durant un certain temps après son indépendance, privilégia le développement du domaine agricole qui fut la base de son économie, en vue d'établir rapidement le régime d'un état indépendant, ce qui causa un certain retard au développement des autres domaines. Pour améliorer la situation, ce pays, à partir du III^{ème} Plan Quinquennal, fixa comme but dans le secteur de la santé, la diffusion nationale des soins de santé primaire qu'il est en train

de réaliser. Etant donné que le retard sur le système des soins de santé fait obstacle à la préservation de la santé de la population et la vie stable, un plan d'amélioration radicale fut entrepris. Au début de son indépendance, le système de soins de santé qui fut établi par la Belgique, ancien pays suzerain, était concentré dans les villes, d'où l'insuffisance pour les besoins locaux qui dépendaient dans la plupart des cas de la charité des églises. Pour améliorer la situation, le territoire a été divisé en 15 provinces sanitaires qui se sub-divisent en 25 secteurs de santé où seront placés 300 centres de santé constituant le point d'appui des soins de santé primaires, pour satisfaire la demande locale, et 300 établissements médicaux ont été désignés en tant qu'organes de soutien pour établir un réseau médical. 248 centres de santé et 27 hôpitaux ont été mis en place jusqu'à présent. Ainsi, les mesures visant la diffusion nationale des soins de santé primaires furent reprises dans le 6e plan quinquennal en vue d'une exécution rapide.

D'après l'indice sanitaire qui montre l'état général du système de soins de santé, l'espérance de vie à la naissance est de 47 ans en moyenne, le taux d'accroissement démographique de 2,8%, le taux de natalité de 49 sur mille, le taux de mortalité de 18 sur mille, le taux de mortalité infantile de 107 sur mille, les rations alimentaires 1.932 cal (source: Rapport sur le développement du Monde de BIRD en 1992), à savoir des chiffres moins favorables par rapport aux pays avoisinants. Les principales causes de la mortalité sont dans l'ordre: le paludisme (20,3%), les maladies parasitaires intestinales (12,0%), la grippe (10,6%), les diarrhées chroniques (6,2%), la dysenterie ambiante (3,4%) (Le pourcentage est celui que représente la maladie dans l'ensemble de la mortalité). Les 10 principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont: la paludisme (21,0), la grippe (31,9%), les diarrhées chroniques (52,3%), les maladies parasitaires intestinales (29,0%), les maladies épidémiques de la voie respiratoire supérieure (47,6%), les maladies épidémiques de l'appareil respiratoire (49,2%), la conjonctivite (51,7%), la bronchite et la pneumonie (42,3%), les maladies buccales (46,4%), la dermatose contagieuse (41,1%) (Le pourcentage est celui que représente la maladie dans l'ensemble de la mortalité).

La plupart de ces maladies pourront être évitées si la connaissance élémentaire d'hygiène et les soins de santé primaire sont suffisamment répandus. Cette situation dont ce pays souffre sérieusement, est caractéristique des pays en voie de développement.

Cette constatation met en évidence que, pour l'instant, il faut renforcer le système des soins de santé primaires qui améliorera considérablement l'état de santé de la population, et surtout les services médicaux locaux pour assurer une vie satisfaisante aux habitants de la province.

Etant donné qu'il n'y a presque pas de médecin permanent dans les centres de santé qui entretienne des liens directs avec les habitants, on a décidé de privilégier l'amélioration de la fonction médicale des établissements médicaux qui soutiennent les premiers. Pour commencer, un plan d'aménagement des équipements médicaux destinés à 11 services et à 6 autres services paramédicaux de l'hôpital Prince Régent Charles, qui est un des hôpitaux de référence nationale du pays a été établi. Cet hôpital, un des 3 hôpitaux nationaux se trouvant dans la capitale possède 595 lits et 12 services médicaux.

Une aide financière a été demandée à titre de don pour se procurer les équipements médicaux nécessaires à l'aménagement et au renforcement de cet établissement. Le gouvernement japonais qui a examiné cette requête décida d'entreprendre une étude sur le plan de base et a envoyé une mission d'étude le 13/12/1992 pour une durée de 23 jours, par l'intermédiaire de JICA. La mission mena une étude sur l'arrière-plan et le contenu de ce projet, afin de les analyser après son retour au Japon, et a établi le plan de base du projet.

Le projet d'aménagement des équipements médicaux demandé par la République du Burundi a pour objet de renouveler et de compléter les équipements médicaux de base de l'Hôpital Prince Régent Charles (désigné ci-après par l'HPRC) afin d'améliorer et de renforcer ses fonctions de soins de santé actuelles.

Le contenu de la requête a été examiné en prenant en considération politique

de développement de la République du Burundi dans le secteur de la santé, des projets du Ministère de la Santé Publique et leur mode d'exécution ainsi que des informations recueillies au Burundi par la mission d'étude. Par suite de cet examen, il s'est avéré que les équipements demandés sont pour la plupart destinés à remplacer et compléter les équipements existants qui sont en état de délabrement. Quant aux équipements nouvellement installés, le personnel intéressé pourra maîtriser leur utilisation étant donné qu'il s'agit d'équipements qui sont dans l'axe de leur expérience technique acquise avec les équipements existants. En effet, il est à noter que les médecins et le personnel paramédical utilisateurs de ces équipements sont déjà affectés aux services ayant formulé la requête. Quant à l'entretien et la maintenance des équipements, le service de la gestion et de la maintenance de l'Hôpital même est en cours de renforcement. Il sera difficile dans l'état actuel des choses d'avoir recours au Ministère de la Santé Publique en matière de la maintenance, mais un système d'inspection et maintenance périodiques des équipements est en voie d'être concrétisé par la conclusion de contrats de maintenance actuellement en négociation avec des parties tierces, (concessionnaires de fabricants et entreprises de maintenance) ce qui permettra de résoudre les problèmes posés en de telles circonstances. Il ressort de là que la compétence du personnel concerné dans la manoeuvre et la maintenance des équipements ne peut être remise en cause.

Les principes du plan de base sont les suivants :

- (1) Equipements médicaux de base à renouveler en priorité, du fait de leur vétusté et à compléter d'urgence étant donné ces matériels sont indispensables aux soins.
- (2) Equipements médicaux qui se généralisent au Burundi, permettant d'améliorer le niveau actuel des soins de santé, et qui sont facilement manoeuvrables avec le niveau technique actuel du personnel.
- (3) Equipement médicaux modernes qui sont techniquement plus avancés que le

niveau actuel, facilement manoeuvrables et qui peuvent contribuer à l'amélioration de la compétence de l'établissement en tant qu'hôpital de référence.

- (4) Equipements pour lesquels l'approvisionnement en consommables (réactifs) peut être budgétisé, et un nouveau budget peut être accordé de telle manière que les équipements du projet n'affectent pas le budget de maintenance accordé actuellement.
- (5) Equipements pour lesquels les conditions d'installation (infrastructures telles qu'alimentation électrique, alimentation en eau, etc.) sont satisfaisantes ; en particulier pour les équipements radiologiques des locaux d'installation doivent être prévus.

Les équipements énumérés ci-dessous ont été sélectionnés sur la base des principes du plan de base susmentionnés :

(1) Equipements de diagnostic et d'examen

- Unité de rayons X diagnostic (rayons X simple)
- Unité de rayons X mobile
- Appareil à ultrasons
- Gastroscope (enfants)
- Fibroscope colono (Adultes)
- Autres

(2) Equipements gynéco-obstétriques

- Table d'accouchement
- Table d'examen
- Monitoring
- Couveuses pour les nourissons prématurés
- Moniteur pour enfants en état critique
- Barboteur
- Autres

(3) Equipements chirurgicaux

- Table d'opération universelle
- Scialytique
- Appareil d'anesthésie
- Unité de cautère
- Moniteur de patient pendant l'opération
- Unité d'aspiration électrique
- Autoclave
- Autres

(4) Equipements destinés aux services spécialisés

- Chaise dentaire
- Appareil thérapie micro-onde
- Appareil thérapie courte-onde
- Instrumentation de chirurgie ORL
- Instrumentation de chirurgie auriculaire
- Appareil de crio-extraction
- Lampe à fente
- Autres

(5) Equipements généraux

- Electrocardiographe
- Stéthoscope
- Sphygmomanomètre
- Equipements et matériels médicaux essentiels
- Autres

(6) Equipements pour l'administration et la gestion

- Ambulance
- Ordinateur personnel

Le gouvernement japonais prendra en charge les coûts de la supervision de l'étude, de l'achat des équipements, du transport des équipements jusqu'à

L'HPRC bénéficiaire du projet, de l'installation et de la mise en service des principaux équipements ainsi que de l'envoi de techniciens chargés de la formation sur la manoeuvre des équipements. Le gouvernement du Burundi prendra en charge les frais nécessaires à l'aménagement des locaux dans les différents services auxquels les équipements seront fournis.

La durée prévue pour le présent projet est de l'ordre de 4,5 mois pour l'étude et l'exécution et de l'ordre de 7,5 mois pour l'approvisionnement en équipements.

Pour le présent projet, la République du Burundi désigne l'HPRC comme organisme responsable d'exécution chargé de l'approvisionnement, de l'installation et de la réception des équipements, et le Ministère de la Santé Publique, la Direction générale de la Santé Publique, comme organisme responsable chargé du contrôle général.

Pour certains équipements nécessitant une installation, une marche d'essai et une formation professionnelles pour la manoeuvre, des techniciens de la partie japonaise assureront lesdites prestations d'installation, de marche d'essai et de formation de telle manière que les techniciens et les responsables de la manoeuvre burundais puissent se familiariser avec la manoeuvre, l'inspection et la maintenance quotidiennes des équipements.

Pour que le présent projet puisse être mené à bonne fin et que les équipements fournis puissent être utilisés efficacement, la partie burundaise mettra à la disposition du projet les lieux de leur installation (bâtiments, locaux d'installation, source d'électricité, réseaux d'alimentation en eau et d'évacuation des eaux usées) et prévoiera des budgets nécessaires pour le fonctionnement et la maintenance des équipements (coûts de consommables, de pièces de rechange, de réparation, etc.).

Le présent projet une fois exécuté permettra d'aboutir aux résultats ci-dessous énumérés :

- (1) Les fonctions de soins de santé fondamentales seront fortifiées et le niveau de soins de santé sera amélioré.
- (2) Les fonctions de soins de santé en tant qu'hôpital de référence seront consolidées, ce qui permettra de pratiquer des soins sophistiqués qui étaient impossibles à effectuer avec les équipements existants.
- (3) Amélioration des soins médicaux aux malades en état critique ou souffrant de maladie difficile à soigner dans le pays.
- (4) Un système de soutien aux soins de santé couvrant une grande partie de la population provinciale sera établi, ce qui permettra de promouvoir la réalisation des infrastructures nécessaires pour que tous les citoyens du Burundi puissent bénéficier de soins de santé stables et mener une vie saine.

Comme mentionné ci-dessous, l'établissement bénéficiant du don étant l'hôpital de référence nationale, et en même temps l'hôpital le plus important du pays ayant pour vocation d'offrir les soins de santé à la population, tout le peuple burundais pourra bénéficier des effets que le présent projet peut produire. Nous concluons qu'il est judicieux d'exécuter le présent projet dans le cadre de la coopération financière à titre de don du Japon.

Afin de pouvoir utiliser efficacement les équipements fournis dans le cadre du présent projet, nous suggérons de prendre les mesures mentionnées ci-dessous:

- (1) Budgétiser tous les ans les coûts relatifs à l'approvisionnement en consommables et à la maintenance des équipements qui sont indispensables à une utilisation continue des équipements après l'exécution du projet.
- (2) Renforcer et consolider avec diligence le système de gestion et de maintenance existant et augmenter le nombre du personnel chargé de la gestion et de la maintenance afin de pouvoir effectuer correctement les inspections et maintenances quotidiennes essentielles.

SOMMAIRE

Avant-propos

Lettre de transmission

Plans

- Afrique
- République du Burundi
- Plan du site

Résumé

Chapitre 1 . Généralités	1
Chapitre 2. Fond du projet	5
2-1 Présentation de la République	5
2-2 L'état sanitaire	12
2-2-1 Politique sectorielle de la santé	12
2-2-2 L'administration de la santé	16
2-2-3 projet du Ministère de la Santé Publique inscrits dans le Vème Plan Quinquennal	25
2-2-4 Situation actuelle des soins de santé	31
2-2-5 Système des soins de santé	44
2-2-6 Personnel médical	57
2-2-7 Etablissements de formation des médecins et du personnel paramédical	59
2-3 Etat actuel de l'établissement bénéficiaire	61
2-3-1 Historique et description générale	61
2-3-2 Situation actuelle de l'HPRC	63
2-3-3 Etat actuel des services bénéficiaires du don	87
2-4 Situation actuelle du système de la gestion et la maintenance	106
2-5 Plans de développement	108
2-5-1 Plans de développement nationaux	108

2-5-2 Plan de développement du secteur de la santé publique	116
2-5-3 Coopérations des pays tiers et organismes internationaux et leur orientation	127
2-6 Historique et contenu de la requête	129
2-6-1 Historique de la requête	129
2-6-2 Contenu de la requête	131
Chapitre 3. Composantes du projet	143
3-1 Objet du projet	143
3-2 Examen du contenu de la requête	144
3-2-1 Bien fondé du projet	144
3-2-2 Plan d'exécution et fonctionnement	146
3-2-3 Relation entre les projets similaires et le présent projet	151
3-2-4 Examen du contenu de la liste des équipements demandés	153
3-2-5 Nécessité de l'assistance technique	159
3-2-6 Principe de base de l'exécution de la coopération	159
3-3 Principales composantes du projet	160
3-3-1 Organe d'exécution et son organigramme	160
3-3-2 Description des équipements	160
3-3-3 Plan de la gestion et la maintenance	163
Chapitre 4. Plan de base	167
4-1 Orientation du plan de base	167
4-1-1 Orientation concernant le choix du matériel	167
4-1-2 Orientation concernant les conditions naturelles	169
4-1-3 Orientation concernant les conditions des utilités	169
4-1-4 Orientation concernant l'utilisation des concessionnaires locaux et des matériaux et équipements locaux	169

4-1-5	Orientation concernant la capacité d'entretien et de gestion de l'organisme d'exécution	170
4-1-6	Orientation concernant la gamme et le niveau d'équipements	170
4-1-7	Orientation concernant la durée de travaux	171
4-2	Examen des conditions du plan de base	171
4-2-1	Conditions de base du planning des équipements	171
4-3	Planning de base	173
4-3-1	Orientation du planning des équipements	173
4-3-2	Plan d'équipements	175
4-3-3	Aménagement des installations pour l'introduction des équipements	189
4-4	Planning d'exécution du projet	191
4-4-1	Orientation de l'exécution du projet	191
4-4-2	Planning de gestion de l'exécution	197
4-4-3	Planning d'approvisionnement en équipements	198
4-4-4	Planning d'exécution	200
4-4-5	Montant du projet approximatif	202
Chapitre 5. Effets du projet et conclusion		205
5-1	Effets de la réalisation du projet	205
5-2	Pertinence	206
5-3	Conclusion	207
5-4	Proposition	207

Document

D-1	Proces-verbal	A-1
D-2	Calendrier de la mission d'étude	A-11
D-3	Composition de la mission d'étude	A-15
D-4	Liste des personnes rencontrées	A-17
D-5	Plan de l'Hôpital Prince Régent Charles	A-19
D-6	Rapport d'analyse de qualité d'eau	A-21
D-7	Effets d'amélioration apportées par l'exécution du projet	A-23

CHAPITRE 1. GENERALITES

CHAPITRE 1. GENERALITES

La République du Burundi est un pays dominé de collines se situant à peu près au milieu du continent africain. En 1962, le Royaume du Burundi a gagné son indépendance d'avec la Belgique, puis, en novembre 1966, il est passé au régime républicain et continue à l'être à ce jour. En 1968, en vue d'une parfaite autonomie vis-à-vis de son pays souverain, le premier plan quinquennal pour le développement socio-économique national a été élaboré et mis en oeuvre. Dès lors, l'histoire du pays est constamment jalonnée de plans de développement quinquennaux.

Dès après l'indépendance, l'aménagement d'un système de soins médicaux et sanitaires pour la population fut d'une première urgence du fait de l'absence totale d'un tel système. Dans l'époque, l'ensemble d'équipements médicaux et sanitaires, le personnel et même les médecins étaient quasiment des patrimoines de l'ex-pays souverain et aucune autonomie du pays sur le plan médical n'existait; la plupart des soins de santé primaires à la population rurale et urbaine ne pouvaient donc dépendre que des activités volontaires des églises chrétiennes, etc. Afin d'ouvrir une brèche dans une telle situation, le Ministère de la Santé Publique du Burundi a procédé à l'aménagement du système sanitaire et médical sur la base des plans quinquennal pour le développement socio-économique. Depuis le IIIème plan à ce jour, le Ministère de la Santé Publique met un accent particulier sur la mise en vigueur des développements agricoles et sociaux (éducation et santé/médecine).

En conséquence, il existe aujourd'hui un réseau médical comportant 248 centres de santé ainsi que les établissements de soutien constitués de 2 hôpitaux de zone, 12 hôpitaux de province, 13 hôpitaux de région s'occupant des soins médicaux secondaires et 3 hôpitaux de référence nationale (située à la capitale) s'occupant des soins médicaux tertiaires. Le taux d'aménagement du réseau est déjà voisin de 900% de l'objectif initial; cependant, les indices sanitaires - taux d'accroissement démographique: 2,8%, taux de natalité: 49/1000, taux de mortalité: 18/1000, mortalité infantile: 107/1000, ration

alimentaire: 1932 calories, espérance moyenne de vie à la naissance: 47 ans (selon le rapport sur le développement du monde de BIRD, 1992) nous signalent que de nombreuses améliorations restent encore à être apportées.

Il est actuellement en cours d'une transition du Vème au VIème plan quinquennal de développement. Les politiques qui ont régi le Vème plan dans le secteur de la santé sont:

1. Propagation des services médicaux/sanitaires au niveau rural et création des établissements de base (centres de santé, hôpitaux)
2. Formation du personnel travaillant dans des centres de santé connexes des hôpitaux
3. Rationalisation des méthodes d'approvisionnement en produits médicaux fondamentaux et de gestion de stock
4. Baisse de morbidité en maladies infectieuses
5. Mise en vigueur de la campagne éducative de promotion du planning familial
6. Transition progressive vers l'autonomie de gestion des établissements médicaux
7. Mise sur pied des soins de santé primaires (objectif à atteindre à moyen terme: 1 médecin sur 10.000 habitants)
8. Réhabilitation/entretien des établissements médicaux existants
9. Revalorisation des médecines traditionnelles

Le Ministère de la Santé Publique de Burundi est en train d'aménager sur l'échelle nationale un réseau de services médicaux de base décrit

précédemment; à cette fin, il est nécessaire de renforcer les établissements médicaux de soutien (hôpitaux de référence); c'est dans ce cadre qu'il a élaboré un plan d'équipement de 11 services médicaux et de 6 services paramédicaux de l'Hôpital Prince Régent Charles et a adressé au gouvernement japonais, une requête de coopération financière à titre de don pour la réalisation de ce plan. Il s'agit d'un hôpital de référence nationale occupant une place prédominante de tous les établissements médicaux de Burundi et le réaménagement de cet hôpital contribuera à augmenter le bien-être de la population sur le plan tant quantitatif que qualitatif.

Le gouvernement japonais accepte cette requête et se prête pour en procéder à l'étude de base. Ainsi, la JICA a détaché du 13 décembre 1992 au 4 janvier 1993, une mission de 23 jours dirigée par Docteur T. MIZUTANI du Centre Hospitalier National et chargée de la confirmation du contenu de la requête, de l'étude de faisabilité du projet et de l'élaboration d'un plan optimum de coopération.

Cette reconnaissance a porté sur l'arrière-plan du projet, sur les détails de la requête et sur l'orientation de la coopération, et les deux parties ont abouti à un accord de principe dont les détails sont enregistrés au procès-verbal de réunion établi entre Dr. MIZUTANI, chef de mission et Dr. Déogratias SONGORE de l'HPRC.

Dès retour au Japon de la mission, les informations recueillies sur place et à travers les discussions avec les intéressés du Burundi ont été analysées et un plan de base de coopération a été élaboré.

Ce rapport récapitule la conclusion aboutie de l'étude de base.

La constitution de la mission, son emploi de temps, la liste des personnes rencontrées, le procès-verbal d'accord, etc. sont joints en fin de ce rapport.

CHAPITRE 2. FOND DU PROJET

CHAPITRE 2. FOND DU PROJET

2-1 Présentation de la république

Le Burundi, pays enclavé, se trouve dans la zone équatoriale (environ 3°20' à 4°30' de latitude sud) un peu vers l'est du centre du continent Africain (environ 29° à 30°50' de longitude est) et est entouré de 3 pays: la République du Rwanda au nord, la République de la Tanzanie de l'est au sud, et la République du Zaïre à l'ouest au delà du lac Tanganyica. Du 30e méridien qui traverse le quasi milieu du pays, il y a environ 1.200 km jusqu'à l'océan Indien en passant par la Tanzanie et environ 2.000 km jusqu'à l'océan Atlantique en passant par le Zaïre.

C'est un pays relativement petit avec une superficie d'environ 27.834 km², mais sa population qui s'élève à 5.300.000 le rend un des pays le plus peuplé de l'Afrique avec une densité démographique de 190 habitants par km².

Le bord ouest est dans la zone affaissée de la partie ouest du Grand Rift Africain où s'étale une plaine entourée de hauts plateaux. Cette zone déprimée prend fin vers l'est avec un précipice de faille aiguë dont les crêtes ayant plus de 2.000 m d'altitude, jusqu'à 2.670 m au maximum. A l'est de ce précipice apparaît une zone montagneuse relativement élevée, dont les crêtes forment un plateau verdoyant. Cette zone continue dans la Tanzanie en abaissant son altitude, afin de céder sa place à la vaste savane. La crête du précipice forme la ligne de partage des eaux: la pluie tombée à l'est se rassemble vers la Tanzanie dont une partie devint l'origine du Nil Blanc pour se jeter au lac Victoria, et celle tombée à l'ouest se rassemble au lac Tanganyica en passant par la zone déprimée pour se jeter au Zaïre et enfin à l'océan Atlantique.

A part les terres basses autour de Rusizi qui coule dans la zone déprimée et la rive nord-est du lac Tanganyica, la plupart du territoire est montagneux dont le sommet forme de hauts plateaux, autour desquels habitent 80% de la population en y créant des villages. Par conséquent, une grande partie de cette

zone fut cultivé, ce qui résulte un déboisement avancé.

Etant donné que le territoire se situe dans la zone équatoriale, il y a peu de différence du climat durant l'année. D'autre part, comme le pays se trouve sur un plateau (même les terres basses de la zone déprimée est à 800 m d'altitude), le climat ressemble plutôt à celui tempéré qu'à celui subtropical. La température varie selon l'altitude, et la température moyenne des terres basses du mois de janvier est de 24°C, et environ 22°C au mois de juillet. Les même températures mesurées sur la crête du précipice est respectivement 17°C et 14°C. Il y a grosso modo la saison sèche et la saison des pluies: la petite saison sèche du janvier à février, la grande saison des pluies du mars au mai, la grande saison sèche d'août à septembre et la petite saison des pluies d'octobre à décembre. La précipitation annuelle varie selon l'altitude ou bien selon le versant: la précipitation annuelle moyenne au bord du lac Tanganyca est d'environ 1.300 mm, sur la crête du précipice 1.600 mm. Ce chiffre diminue à l'est de la crête au fur et à mesure que l'altitude baisse, jusqu'à environ 1.000 mm sur la zone frontalière du côté de la Tanzanie. Mais la précipitation est relativement abondante par rapport aux autres pays africains.

L'origine de ce pays peut remonter jusqu'au 7e au 10e siècle. En 16e siècle, fut créé le royaume de Urungi, avec presque la même ethnie et le même territoire de l'actuel Burundi. En 19e siècle, commença l'invasion des puissances européennes dans l'Afrique, et le pays fut placé sous l'administration allemande. Durant la Première Guerre Mondiale, l'armée belge envahit le pays qui était encore sous le régime allemand, donc adversaire. Après certaines péripéties, le Burundi fut placé sous tutelle de la Société des Nations et la Belgique le gouverna. Après la Deuxième Guerre mondiale, la Belgique continua à gouverner ce pays qui fut sous tutelle de l'ONU. En 1959, la Belgique accorda au Burundais l'autonomie sur la politique intérieure et en 1961, l'élection générale fut organisée sous la surveillance de l'ONU. Louis Rwagasore fut élu premier ministre par conséquent, et créa un gouvernement autonome au niveau de la politique intérieure. Le 1/7/1962 fut l'indépendance du royaume du Burundi avec le roi Mwanbusta IV. En novembre 1966, la royaume

fut remplacée par le régime républicain: Micombero devint président et changea le nom officiel du pays à la République du Burundi. Ce régime est maintenu actuellement.

Au moment de son indépendance, la politique se basait sur la démocratie parlementaire pluripartisme sous la règne royale. Le pluripartisme fut remplacé par le monopartisme en même temps que la déclaration de la république. En 1976, Jean-Baptist Bagasa fut deuxième président: il organisa la commission révolutionnaire (CSR) et établit un gouvernement militaire. En 1979, la dissolution de la CSR fut décidé par CUPRONA, l'unique partie politique de ce pays, ainsi que le passage au gouvernement civil. En novembre 1981, une nouvelle constitution entra en vigueur après un référendum. La politique et l'économie de ce pays furent orienté vers le socialisme par cette constitution et CUPRONA fut reconnu à nouveau comme partie unique du Burundi. Le troisième président Pierre Buyoya qui est actuellement en fonction, gouverne ce pays depuis 1987.

En 1968, le Burundi fixa le 1er plan quinquennal sur le développement socio-économique national qui sera sa politique de base pour s'établir en tant qu'état indépendant. Ce pays fut guidé par les plans quinquennaux successifs.

Le Vème plan fut achevé pour être succédé par le VIème. Les objectifs privilégiés dans ce premier plan sont les suivants :

1. Le renforcement de l'autosuffisance alimentaire, l'augmentation de la production des produits agricoles d'exportation et l'amélioration de leur qualité.
2. La promotion et la diffusion des projets de développement dans la zone rurale.
3. L'amélioration qualitative des petites et moyennes entreprises et le développement des produits agricoles d'exportation par des progrès techniques.

4. La création de commerces et d'industries, et le développement des produits agricoles d'exportation pour multiplier la recette nationale.
5. La diffusion des soins de santé primaire dans les provinces, et l'amélioration et la création des établissements.
6. Atteindre un taux de scolarisation de 100% pour tout enfant d'âge scolaire.

Les objectifs primordiaux du Vème Plan furent repris au VIème, en les renforçant afin d'améliorer la densité et la précision des projets. L'environnement économique international autour du Burundi n'est pas facile, étant donné que le marché du café et du thé est en stagnation. De plus, les ressources dans le pays sont limitées et le frais du transport devint coûteux car c'est un pays enclavé: les objectifs définis dans les plans sont de nature à être réalisés à long terme, en cumulant peu à peu les résultats obtenus dans l'exécution des plans quinquennaux successifs.

Le gouvernement burundien a inscrit environ 159 milliard de FBU (Franc Burundi) dans le budget pour la réalisation du Vème Plan Quinquennal. Cette somme est supérieure d'environ 40 % par rapport à celle du IVème Plan (un investissement de 112 milliard de FBU) dont le résultat fut satisfaisant (87 % du plan a été accompli). Mais environ 50 % d'investissement prévu pour la réalisation du Vème Plan contient des aides financières des pays développés (les contrats sont déjà fixés).

On peut dire sans exagération que la base industrielle du Burundi est l'agriculture et 90 % de la population active travaillent dans ce domaine. Mais la plupart d'entre eux font des cultures vivrières. Environ 80 % des fermes sont de petite taille, dont la superficie moyenne du terrain de culture est de 1,5 ares. Par conséquent, la variété des produits agricoles commercialisés pour être vendus soit à l'intérieur du pays soit à l'étranger, est faible, et ils ne représentent qu'environ 15 % sur la production agricole

totale. La plupart des produits d'exportation de ce pays sont des produits agricoles, dont le café et le thé. Ces deux produits représentent 80 % de la somme d'exportation. Surtout le thé qui est qualifié comme premier classe au marché de Londres est vendu à bon prix. Ils exportent également du coton, du tabac, du cuir, de la viande etc.

Le Manioc, le maïs, la patate douce, la banane et les légumes secs sont les principaux produits agricoles d'autosuffisance nationale qui satisfont presque totalement le besoin domestique, mais depuis 1980, ces cultures sont en régression continuelle (en moyenne 2,2 % par an) à cause de la sécheresse, et la prise en compte d'un fort accroissement démographique (un taux d'accroissement naturel de 2,96 %) a fait de l'autosuffisance domestique un devoir national important.

Le Burundi poursuit et poursuit son développement socio-économique en se basant sur ses plans quinquennaux successifs, dont la préoccupation majeure constanté fut le développement agricole qui soutient la base économique du pays. A partir du IIIème Plan quinquennal, ils accordèrent plus d'importance au développement social (éducation, santé), en dehors du développement agricole.

Le projet du développement agricole qui vise l'aménagement et l'amélioration de la base de la production agricole soutenant l'industrie de ce pays, a été renforcé et enrichi par les plans quinquennaux successifs, en vue d'accroître la production agricole d'exportation et de perfectionner la qualité des produits, en améliorant et en élevant les graines et les plants, car les produits agricoles d'exportation tel que café, thé etc. contribue fortement au financement du pays.

En conséquence d'un tel projet, le thé finit par être échangé avec un renommé mondial, et le café, après plusieurs améliorations, rivalise avec les autres cafés du monde.

Pour l'éducation qui forme la base du développement social, ce pays renforça et renforce actuellement la diffusion de l'éducation obligatoire depuis le IIIème Plan Quinquennal (1988 - 1992). Surtout, dans le Vème Plan, il fut décidé de réaliser la scolarisation totale des enfants d'âge scolaire (en ce qui concerne l'éducation élémentaire) à la nouvelle année scolaire comme mesure de renforcement pour accomplir l'objectif final du gouvernement qui est de ne laisser personne dans l'analphabétisme. Jusqu'à environ 1954, avant l'indépendance, il n'y avait pas de système d'éducation obligatoire, et les écoles confessionnelles s'occupaient de l'éducation élémentaire des enfants. L'inégalité sur l'accès à l'éducation élémentaire empêchait à la majorité du peuple d'apprendre à lire et à écrire, ce qui résulte un nombre considérable d'analphabètes. Le système d'éducation fut instauré en 1955, pour parvenir à celui actuel se compose de 6 ans d'école primaire, 2 ans d'école secondaire élémentaire et 3 ans d'école secondaire supérieure. En 1960 fut créé l'unique université d'état dans la capitale Bujumbura, pour assurer un système éducatif complet du primaire au supérieur. Cependant, le taux de scolarisation des enfants d'âge scolaire est d'environ 30% et le taux d'analphabétisme d'environ 65% (chiffre du 1991) montre que l'accomplissement du projet relatif à l'éducation est encore bien loin.

Depuis le IIIème Plan, le Burundi a poursuivi continuellement la politique principale dans le secteur de la santé qui fut l'aménagement des infrastructures des soins de santé, fondée sur la déclaration "Alm-Ata" dont la devise fut "santé pour tout le monde pour l'an 2.000", faite au cours d'une conférence internationale de l'OMS organisée en 1987. Cette politique a été reprise dans le Vème Plan: le renforcement des soins de santé primaire, et la formation des médecins pour être placés dans les provinces et celle de ceux qui travaillent dans le domaine médical pour soutenir le système de soins de santé sont en train d'être poursuivis. Le système de soins de santé est en voie d'amélioration, pour que tout le monde puisse bénéficier du service sanitaire tel que le traitement ou bien la prévention, quoi qu'il en soit les conditions géographiques ou économiques.

D'autre part se poursuivent des politiques de la santé basées sur le principe de la prise en charge du bénéficiaire, et une série d'assurances-maladie (mutuelle de la fonction publique, carte de société, assurance-maladie, assurance pour les indigents etc.) fut mise en place dont ils prévoient la diffusion et le perfectionnement.

Depuis son indépendance en 1962, le Burundi établit le projet de développement socio-économique qui définit les principaux traits de la politique et de l'économie adaptés à un état indépendant, sous forme de plan quinquennal successif, et poursuit le projet de développement continu fondé sur l'économie planifiée. Influencé par les changements brutaux de l'environnement international provoqué à l'Europe de l'Est et dans le monde soviétique, l'économie burundaise passa automatiquement de celle socialiste planifiée à celle libérale. Actuellement, cette tendance s'accélère de plus en plus: la libéralisation de changes, la privatisation des sociétés publiques, la création des entreprises privées, l'introduction de l'autonomie financière dans les sociétés publiques telle que régie de café ou de thé, établissement médical etc. sont en cours. Mais étant donné que c'est l'agriculture qui soutient l'industrie de ce pays, il est difficile d'imaginer la réalisation d'une haute croissance. Bien que le taux de croissance réelle durant les deux décennies après l'indépendance soit de 2,4 % par an en moyenne, le PNB de l'exercice 1981 est de 230 dollars (supposition d'BIRD) qui s'abaissa jusqu'à 220 ces quelques années à cause de la stagnation du marché de café et de thé qui toucha sérieusement le développement industriel. Le Burundi reste toujours un pays à revenu faible.

La stagnation persistante du marché de café dont aucun signe de rétablissement se fait sentir, a gravement atteint les finances de ce pays, et la réserve de devises étrangères est en train de diminuer. Les finances est en conséquence toujours déficitaires, ce qui rend impossible le moindre remboursement de dette extérieure. Pour régler le déséquilibre des finances et pour développer l'économie, ils ont établi le programme de rétablissement économique à moyen terme(1985) sous la direction d'BIRD et du FMI.

2-2 L'état sanitaire

2-2-1 Politique sectorielle de la santé

Le système de soins de santé burundais fut instauré par la Belgique, ancien pays suzerain, qui plaça les établissements médicaux principalement aux endroits où beaucoup de Belges habitaient. D'où une relative négligence des habitants locaux. En vue d'améliorer la situation, ils se sont efforcé à établir un plan pour mettre en place un système médical dont tous les habitants, quoi qu'il en soit leur condition géographique ou bien économique. Mais comme ils ont privilégié l'amélioration du domaine agricole qui soutien l'économie burundienne, et qui fournit les seuls produits d'exportation qui sont le café et le thé, en vue d'affermir son indépendance, la réalisation du projet de la santé fut largement retardée. Surtout, en ce qui concerne les soins de santé primaire auxquels l'ancien pays suzerain n'a pas tellement accordé d'importance, et qui dépendait en grande partie à la charité des églises, la situation fut extrêmement mauvais. Par conséquent, le gouvernement burundien s'engagea dans le domaine du développement social (l'éducation et la santé), en dehors du renforcement de l'agriculture, pour réaliser le IIIème Plan Quinquennal dont l'objectif fut désormais repris dans chaque plan quinquennal. Ces objectifs du développement dans le secteur de la santé qui débuta au IIIème Plan et qui fut repris jusqu'au VIème plan pour être poursuivi actuellement se basent sur 8 principaux thème suivants:

1. La diffusion du service des soins de santé dans les provinces et la création des établissements comme le centre de santé ou bien l'hôpital, qui complètent les activités sanitaires.
2. La formation dans les établissements médicaux (hôpital principal) du personnel médical qui va travailler dans les centres de santé de la région.
3. La fourniture des produits pharmaceutique élémentaires et l'amélioration

de la gestion de stockage.

4. La diminution de morbidité d'épidémie et de maladie infectieuse etc.
5. Le renforcement de l'éducation pour le planning familial.
6. Le renforcement des soins de santé primaire. (fournir en moyen terme un médecin pour 10 mille habitants)
7. L'amélioration et le maintien des infrastructures sanitaires existantes.
8. La revalorisation de la médecine traditionnelle.

Dans le Vème Plan Quinquennal fut ajouté un nouvel objectif qui est le passage progressif à l'autonomie de la gestion des établissements médicaux, où s'avère la volonté d'établir rapidement l'autonomie financière de ces derniers. Par conséquent, dans un proche avenir, les établissements médicaux burundiens seront gérés principalement d'une manière autonome, en introduisant l'autonomie financière qui se base sur le principe de la prise en charge des bénéficiaire. (avec la diffusion complète du système d'assurance maladie)

L'objectif du secteur de la santé fixé dans le Vème Plan Quinquennal est d'améliorer la médecine sociale et d'établir rapidement un système de diffusion locale des soins de santé primaire avec lequel tous les habitants peuvent vivre tranquillement, pour que les provinciaux puissent mener une vie saine et productive par l'amélioration de la médecine locale et la diffusion de la médecine préventive. Les objectifs concrets se composent d'objectifs globaux, spéciaux et généraux.

(1) Objectif global

1) Prolongement de l'espérance de vie

(46 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes en 1985, qui s'améliore pour atteindre respectivement 50 ans et 53 ans en 1990.)

- 2) La diminution de la morbidité et de la mortalité des enfants et d'adolescents.
(une morbidité de 118/1.000 et une mortalité de 23/1.000 en 1985, une mortalité de 18/1.000 en 1990)
- 3) La diminution de la mortalité des femmes enceintes.
(4/1.000 en 1986)
- 4) La diminution de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies.
(représente 18 % sur la mortalité totale)
- 5) Le ralentissement de l'accroissement démographique.
(2,96 % en 1988)

(2) Objectifs particuliers

1) Pour les enfants de moins de 5 ans.

1. Diminuer de 40 % la morbidité et la mortalité dues à la polio par rapport à l'état actuel, en augmentant le taux d'inoculation préventive des enfants jusqu'à 80 %.
2. Diminuer de 17 % la mortalité des diarrhées malignes de moins de 5 ans par rapport à l'état actuel, en les traitant efficacement avec le réhydratant.
3. Diminuer de 25 % la mortalité des paludéens de moins de 5 ans par rapport à l'état actuel, en traitant convenablement les patients touchés par une fièvre grave.
4. Diminuer de 30 % la fréquence de malnutrition grave ou de moyen degré chez les nourrissons de 12 à 24 mois en surveillant constamment pendant 5 ans leur nutrition.

5. Diminuer de 25 % la mortalité des malades pulmonaires de moins de 5 ans, en améliorant les mesures médicales contre la grippe et les maladies respiratoires.

2) Pour les femme en âge de procréer (15 à 45 ans)

* Diminuer de 20 % la morbidité et la mortalité jusqu'à 1992.

1. Réduire la fréquence de morbidité et l'apparition de graves symptômes concomitants en multipliant la consultation périodique pendant et après la grossesse pour détecter rapidement l'atteinte par des symptômes concomitants.
2. Réduire la morbidité du paludisme des femmes enceintes et alléger leurs symptômes.
3. Abaisser de 5 % le taux d'anémie des femmes enceintes en les préservant des symptômes anémiques graves.
4. Préserver les femmes de devenir de nouveau enceinte au moins pendant 3 à 15 mois après son accouchement en diffusant le planning familial et en favorisant la contraception, d'ici 5 ans.
5. Augmenter de plus de 7 % le taux de contraception des femmes qui ont déjà eu un bébé.
6. Diminuer de 40 % la mortalité due à la tétanos en exécutant des inoculations préventives à plus de 65 % des femmes qui ont atteint l'âge de procréer, ce qui empêche automatiquement sa contagion aux nouveau-nés.

(3) Objectifs généraux

1. La prévention du paludisme.