

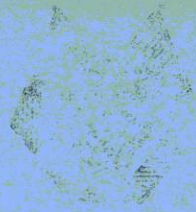
REPUBLIQUE RWANDAISE



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
B. P. 84 KIGALI

**Rapport de la Visite Officielle du Ministre
de la Santé Publique et des Affaires Sociales
en République du Burundi**

DU 5 AU 8 AOUT 1985



MILWAUKEE PUBLIC LIBRARY
1225 EAST WISCONSIN AVENUE
MILWAUKEE, WISCONSIN 53212

100-1111-100
100-1111-100
100-1111-100

S O M M A I R E

I.	INTRODUCTION	2
II.	Situation Sanitaire au Burundi	3
1.	Infrastructures sanitaires	3
2.	Aspect administratif	4
3.	Personnel de Santé	4
4.	Ressources matérielles et humaines	4
5.	Gestion du médicament et prestation des soins	5
6.	Lutte contre les endémo-épidémies	6
7.	Hygiène et Assainissement	12
8.	Habitat et Regroupement de la Population	14
III.	Organisation Nationale des Services Sociaux	14
1.	Réglémentation et Supervision des Services Sociaux Spécialisés	14
2.	Promotion des structures de la sécurité sociale	16
IV.	Perspectives d'avenir face à la situation socio-sanitaire actuelle	17
V.	Essais comparatifs entre la situation socio-sanitaire du Burundi et celle du Rwanda	20
VI.	Conclusions et Recommandations	23
VII.	ANNEXES	24
ANNEXE 1.	Discours prononcé par le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Rwanda à l'occasion du dîner du 5 août 1985, lui offert par Son Homologue Burundais, le Ministre de la Santé Publique.	
ANNEXE 2.	Communiqué conjoint publié à l'issue de la visite officielle effectuée en République du Burundi par le Ministre Rwandais de la Santé Publique et des Affaires Sociales du 5 au 8 août 1985.	
ANNEXE 3.	Les 10 Commandements d'Hygiène	
ANNEXE 4.	Tableau comparatif de la dysenterie au Rwanda et au Burundi.	
ANNEXE 5.	Stratégie de lutte contre les M.T.S. (Maladies Transmissibles par Voies Sexuelles)	
ANNEXE 6.	Décret-Loi portant institution d'un Régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés.	
ANNEXE 7.	Décret-Loi portant création et organisation d'une mutuelle de la Fonction Publique.	

1. The first part of the document discusses the general principles of the law of contract. It covers the formation of a contract, the elements of a contract, and the enforceability of a contract. The text is written in a clear and concise manner, making it easy to understand.

2. The second part of the document discusses the remedies available for breach of contract. It covers the types of damages that can be awarded, such as compensatory damages, consequential damages, and punitive damages. It also discusses the availability of specific performance as a remedy.

3. The third part of the document discusses the defenses to a contract. It covers the defenses of duress, undue influence, and unconscionable contracts. It also discusses the defense of public policy.

4. The fourth part of the document discusses the discharge of a contract. It covers the discharge by agreement, discharge by operation of law, and discharge by frustration.

5. The fifth part of the document discusses the assignment of a contract. It covers the assignment of a contract, the assignment of a contract, and the assignment of a contract.

6. The sixth part of the document discusses the novation of a contract. It covers the novation of a contract, the novation of a contract, and the novation of a contract.

7. The seventh part of the document discusses the rescission of a contract. It covers the rescission of a contract, the rescission of a contract, and the rescission of a contract.

8. The eighth part of the document discusses the reformation of a contract. It covers the reformation of a contract, the reformation of a contract, and the reformation of a contract.

9. The ninth part of the document discusses the modification of a contract. It covers the modification of a contract, the modification of a contract, and the modification of a contract.

10. The tenth part of the document discusses the discharge of a contract by operation of law. It covers the discharge of a contract by operation of law, the discharge of a contract by operation of law, and the discharge of a contract by operation of law.

RAPPORT DE MISSION OFFICIELLE EFFECTUEE AU BURUNDI PAR LE MINISTRE
RWANDAIS DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES EN AOUT 1985.

I. INTRODUCTION :

Sur invitation du Ministre de la Santé Publique du BURUNDI, j'ai effectué une visite officielle en République Sneur du BURUNDI en date du 5 au 8 août 1985, accompagné par : - Dr. NTILIVAMUNDA Augustin, Directeur de l'Epidémiologie et de l'Hygiène Publique

- Dr. MBAKULIYEMO Néhémie, Médecin-Directeur de la Région Sanitaire de BUTARE,

- Mme KUBWIMANA Marthe, Chef de Bureau de l'Assistance Publique.

Placé dans le cadre des bonnes relations d'amitié, de fraternité et de coopération entre le RWANDA et le BURUNDI, cette visite avait pour but de maintenir ces relations et de les renforcer davantage dans tous les domaines en général et dans le domaine socio-sanitaire en particulier.

Au cours de mon séjour en République du BURUNDI, j'ai visité non seulement quelques formations socio-sanitaires situées dans la Province de BUJUMBURA, GITEGA et MAKAMBA, mais aussi je me suis entretenu avec les responsables burundais de la Santé et des Affaires Sociales sur la situation sociale et sanitaire qui prévaut dans les deux pays.

Il a été donné de constater que dans le domaine de la santé, la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs (CEPGL) a initié des rencontres régulières de concertation entre les responsables sanitaires frontaliers, afin de conjuguer leurs efforts, spécialement dans la lutte contre les maladies endémiques qui constituent le gros des problèmes de santé de nos populations.

En 1983, l'institutionnalisation du comité mixte de Surveillance Epidémiologique est venue renforcer ces efforts déjà entrepris. Depuis sa mise sur pied, le comité mixte de Surveillance épidémiologique a accompli des actions diversifiées dans le domaine de Santé. En effet en 1983, ce comité a effectué une tournée d'évaluation dans les trois pays membre de la CEPGL, et l'objectif principal était de recenser les différentes pathologies qui affectent nos populations et ainsi pouvoir y apporter des solutions communes.

C'est ainsi que deux instruments viennent d'être élaborés et ils aideront le personnel de santé de nos pays à parler le même langage, car le passé démontre que nous partageons la même pathologie. Le guide thérapeutique et le guide d'éducation pour la santé constituent certes, des documents de référence de cette lutte commune que nos pays se sont proposés de mener contre la maladie. Dans un avenir très proche, ce même comité se propose une fois de plus d'effectuer une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du Programme Elargi de Vaccination.

une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du Programme
Médical de Vaccination des zones à risque (MOR) à l'initiative des rencontres régio-
nales de planification de la santé. Le Directeur de l'épidémiologie
et de l'hygiène publique, spécialement dans la lutte contre les maladies endé-
miques, a constaté le rôle des problèmes de santé de nos populations.
Médicins-Messieurs de la Région, Directeur de la Région
de Surveillance Sanitaire de BUTARA, Chef de Bureau de l'Assistance
Dénutritionnelle, et de l'Assistance
Médicale, ont été impliqués dans les activités et de planification
diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1985, ce comité a effectué une
tournée d'évaluation dans les zones à risque pour les maladies de nos populations
et pour évaluer les réalisations effectuées par les domaines en général.
Néanmoins, il est à noter que les réalisations effectuées dans les domaines en général
ont été effectuées dans des domaines spécifiques et de planification.

En 1985, l'Institut National de la Santé, Médicins-Messieurs de la Région
de Surveillance Sanitaire de BUTARA, Chef de Bureau de l'Assistance
Dénutritionnelle, et de l'Assistance Médicale, ont été impliqués dans les activités et de planification
diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1985, ce comité a effectué une
tournée d'évaluation dans les zones à risque pour les maladies de nos populations
et pour évaluer les réalisations effectuées par les domaines en général.
Néanmoins, il est à noter que les réalisations effectuées dans les domaines en général
ont été effectuées dans des domaines spécifiques et de planification.

Une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du Programme
Médical de Vaccination des zones à risque (MOR) à l'initiative des rencontres régio-
nales de planification de la santé. Le Directeur de l'épidémiologie
et de l'hygiène publique, spécialement dans la lutte contre les maladies endé-
miques, a constaté le rôle des problèmes de santé de nos populations.
Médicins-Messieurs de la Région, Directeur de la Région
de Surveillance Sanitaire de BUTARA, Chef de Bureau de l'Assistance
Dénutritionnelle, et de l'Assistance Médicale, ont été impliqués dans les activités et de planification
diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1985, ce comité a effectué une
tournée d'évaluation dans les zones à risque pour les maladies de nos populations
et pour évaluer les réalisations effectuées par les domaines en général.
Néanmoins, il est à noter que les réalisations effectuées dans les domaines en général
ont été effectuées dans des domaines spécifiques et de planification.

Une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du Programme
Médical de Vaccination des zones à risque (MOR) à l'initiative des rencontres régio-
nales de planification de la santé. Le Directeur de l'épidémiologie
et de l'hygiène publique, spécialement dans la lutte contre les maladies endé-
miques, a constaté le rôle des problèmes de santé de nos populations.
Médicins-Messieurs de la Région, Directeur de la Région
de Surveillance Sanitaire de BUTARA, Chef de Bureau de l'Assistance
Dénutritionnelle, et de l'Assistance Médicale, ont été impliqués dans les activités et de planification
diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1985, ce comité a effectué une
tournée d'évaluation dans les zones à risque pour les maladies de nos populations
et pour évaluer les réalisations effectuées par les domaines en général.
Néanmoins, il est à noter que les réalisations effectuées dans les domaines en général
ont été effectuées dans des domaines spécifiques et de planification.

Une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du Programme
Médical de Vaccination des zones à risque (MOR) à l'initiative des rencontres régio-
nales de planification de la santé. Le Directeur de l'épidémiologie
et de l'hygiène publique, spécialement dans la lutte contre les maladies endé-
miques, a constaté le rôle des problèmes de santé de nos populations.
Médicins-Messieurs de la Région, Directeur de la Région
de Surveillance Sanitaire de BUTARA, Chef de Bureau de l'Assistance
Dénutritionnelle, et de l'Assistance Médicale, ont été impliqués dans les activités et de planification
diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1985, ce comité a effectué une
tournée d'évaluation dans les zones à risque pour les maladies de nos populations
et pour évaluer les réalisations effectuées par les domaines en général.
Néanmoins, il est à noter que les réalisations effectuées dans les domaines en général
ont été effectuées dans des domaines spécifiques et de planification.

Une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du Programme
Médical de Vaccination des zones à risque (MOR) à l'initiative des rencontres régio-
nales de planification de la santé. Le Directeur de l'épidémiologie
et de l'hygiène publique, spécialement dans la lutte contre les maladies endé-
miques, a constaté le rôle des problèmes de santé de nos populations.
Médicins-Messieurs de la Région, Directeur de la Région
de Surveillance Sanitaire de BUTARA, Chef de Bureau de l'Assistance
Dénutritionnelle, et de l'Assistance Médicale, ont été impliqués dans les activités et de planification
diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1985, ce comité a effectué une
tournée d'évaluation dans les zones à risque pour les maladies de nos populations
et pour évaluer les réalisations effectuées par les domaines en général.
Néanmoins, il est à noter que les réalisations effectuées dans les domaines en général
ont été effectuées dans des domaines spécifiques et de planification.

II. SITUATION SANITAIRE AU BURUNDI

1. Infrastructures Sanitaires

1.1. Les Hôpitaux :

Dans la République du Burundi, le réseau hospitalier connaît un accroissement et une amélioration fonctionnelle grâce à la construction de nouveaux hôpitaux spécialement dans les régions défavorisées. En effet, la carte sanitaire de tout le pays montre une forte concentration des formations médicales dans le Centre-Ouest du pays tandis qu'elles sont rares dans la zone Est et au Sud. Cette mauvaise répartition des hôpitaux coïncide avec une mauvaise répartition des fonctions médicales de base à savoir : les dispensaires et les centres de santé.

- Hôpital Régional :

Les hôpitaux régionaux au nombre six, constituent les structures de référence au niveau provincial. Leur équipement en matériel médico-technique ainsi que le personnel y affecté leur permet de desservir un certain nombre de provinces. Les hôpitaux ruraux y réfèrent les cas qui dépassent la compétence de ces formations. Ces hôpitaux de référence sont : l'hôpital Prince Régent-Charles, le Centre hospitalo-Universitaire de Kamenge à Bujumbura ; L'hôpital de Ngozi au Nord, l'hôpital de Gitega au Centre et l'hôpital de Buruli au Sud. La capacité moyenne d'un hôpital régional est de 300 lits.

Les 21 hôpitaux ruraux constituent les formations intermédiaires entre les dispensaires et les centres de santé d'une part, les hôpitaux régionaux d'autre part. On les trouve dans tout l'intérieur du Burundi avec une forte concentration dans le Centre Ouest. D'une capacité moyenne de 100 lits, l'hôpital rural est la structure de transfert des cas en provenance des dispensaires et des Centres de Santé.

1.2. Les Centres de Santé :

Encore en nombre réduit par rapport aux dispensaires, leur structure n'est pas très différente de celle d'un dispensaire, à part l'intégration progressive de quelques activités préventives ; le curatif gardant encore la plus grande partie des activités. Le Burundi compte actuellement 68 centres de santé.

1.3. Les Dispensaires :

C'est la structure sanitaire la plus répandue au Burundi. Seules les activités curatives y sont dispensées. Ils sont au nombre de 119.

1.4. Les Centres pour Soins Spécialisés :

Il existe 4 Centres de récupération pour les handicapés physiques, parmi ceux-ci de Gitega et celui de Makamba. Les malades mentaux sont traités dans le Service de Mémo-Psychiatrie de l'Hospitalo-Universitaire de Kamenge et dans le département de psychiatrie de l'Hôpital Régional de Gitega. Le Sanatorium National se trouve à Kibumbu dans la province de Muramvya.

.../...

2. Aspect Administratif

Au niveau périphérique, le Médecin Régional est responsable des activités sanitaires de sa région. Les Centres de Santé et les Dispensaires dépendant d'un hôpital rural sont supervisés par le Médecin Chef de secteur médical, qui est sous l'autorité du médecin-directeur de l'hôpital rural.

Au niveau central, le Ministère de la Santé détermine et contrôle toute la politique sanitaire du pays. Cette politique est exécutée à travers les formations médicales telle que décrites plus haut et cette exécution est assurée par le personnel de santé suivant les différents échelons.

3. Personnel de Santé

Au Burundi, le personnel de santé se répartit en différentes catégories à savoir : les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les techniciens médicaux (assistants médicaux et infirmières diplômés d'Etat, les auxiliaires-infirmiers, les techniciens d'assainissement sanitaire, les assistants d'assainissement, les assistantes sociales, les aides infirmiers, aide-accoucheuses, gardes sanitaires). La formation du personnel est possible grâce à de nombreux établissements d'enseignement secondaire répartis dans tout le pays pour les paramédicaux et la faculté de médecine au sein de l'Université du Burundi pour les médecins.

4. Ressources matérielles et humaines

4.1. Ressources matérielles

Les formations médicales au Burundi sont dotées d'un matériel médico-technique convenable et moderne surtout pour les formations en plein achèvement. Tout ce matériel est importé d'Europe. On ne trouve aucun équipement en provenance des sociétés ou entreprises locales. Un fait intéressant est que les sociétés étrangères vendeuses de ce matériel assurent la formation des techniciens nationaux pour l'entretien et la maintenance de l'équipement qu'elles vendent.

4.2. Ressources humaines

Pour le Burundi, le problème du personnel de santé ne se pose que pour le moment car les établissements de formation sont en accroissement satisfaisant. L'exemple est celui de l'Institut Para-médical de Gitega qui depuis septembre 1985 ouvrira ses portes à quatre-cents élèves. Cet institut qui aura coûté 317.000.000 FrBu donnera satisfaction au besoin en personnel para-médical sans oublier deux autres établissements d'une capacité de 120 élèves chacun à Buruli et Ngozi. Quant à la faculté de médecine de l'Université du Burundi, la moyenne annuelle de sortie est de 20 médecins, sans oublier ceux qui sont formés à l'étranger.

A côté du personnel national, un personnel expatrié participe aux prestations sanitaires surtout dans les formations agréées.

.../...

Jusqu'au 30 juin 1985, l'effectif du personnel médical et paramédical se présentait comme suit :

<u>Catégorie Professionnelle</u>		<u>Effectif</u>
Médecin	249	soit 1 méd/18875 hab.
Pharmacien	27	soit 1 pharm/174074 hab.
Dentiste	6	soit 1 dent/783333 hab.
Technicien supérieur	39	soit 1 tech.sup /120512 hab.
Anésth. et aide anesthes.	22	soit 1 anesth/213636 hab.
Techn.Médec. (Assist. Méd et Inf.	345	soit 1 techn méd/13623 hab.
Auxiliaires-infirmier	337	soit 1 aux.inf./13946 hab.
Technicien d'assainissement	26	soit 1 tech.d'ass./180769 hab.
Assistant d'assainissement	124	soit 1 assist.d'assain. /37903 hab.
Assistante Sociale	16	soit 1 assis. sociale: 293750 hab.
Aide-inf.	}	soit 1 aide-inf./573117 hab.
Aide-accouch.		
Garde-sanit.		

5. Gestion du médicament et Prestation des soins médicaux

5.1. La gestion du médicament

Elle se fait à travers une structure nationale appelé : Office National des Pharmaceutiques en sigle ONAPHA. Cet organe s'occupe de la centralisation des commandes et conditionnement des produits pharmaceutiques en usage et donne des **priorité aux médicaments essentiels**. La décentralisation des services de l'ONAPHA se fait dans les hôpitaux régionaux où un stock constamment approvisionné sert les hôpitaux ruraux et dispensaires et centres de santé appartenant à l'Etat au niveau périphérique. Des tournées de contrôle de tous les stocks régionaux permettent d'éviter les déperditions en médicaments car, selon les besoins, les produits peuvent être déplacés d'un stock à un autre pour pallier au risque de péremption.

Ainsi par exemple, on ne permettra pas qu'un produit soit périmé dans le stock de Ngozi quand on en a besoin dans la région de Gitega et vice-versa. Le budget annuel alloué à l'achat-médicament et matériel médical s'élève à 420.000.000 FrBu soit à peu près 100 FrBu par personne par an

5.2. Prestation des soins

Le système des soins médicaux au Burundi affiche quelques aspects intéressants. En effet, comme décrit au chapitre du réseau infrastructurele national les soins médicaux sont dispensés suivant les échelons depuis le dispensaire jusqu'à l'hôpital régional. La population rurale a le choix entre deux systèmes :

- le 1^{er} système est celui qui utilise la carte d'assistance médicales dont le prix varie entre 500 FrBu, suivant les revenus des intéressées.

L'intermédiaire est de 2500 FrBu. Cette carte donne accès à tous les soins médicaux y compris l'hospitalisation à toute la famille qui la possède c-à-d qu'une carte d'assistance médicale garantit les soins aux parents et enfants mineurs d'une même famille et elle est valable pour une période de 12 mois.

- Le deuxième système est celui où le malades paie 30 FrBu le premier jour de consultation et 15 FrBu chaque jour à partir du deuxième jour jusqu'à la guérison. En cas d'hospitalisation, le séjour et les soins reviennent à 50Fr Bu par jour.

Pour les fonctionnaires salariés, une retenue mensuelle de 2% de leur salaire leur permet de bénéficier des services de la mutuelle, ceci leur donne accès à la gratuité des soins dans les formations médicales de l'Etat. Quand le recours aux pharmacies privées est inévitable pour un fonctionnaire (non disponibilité d'un médicament dans les formations publiques) l'intéressé paiera 20% de la facture, les 80% étant couvertes par la mutuelle. Le transfert des malades respecte l'échelon des structures sanitaires en place c-à-d du dispensaire ou centre de santé, hôpital rural, hôpital régional. Le transport des malades est à la charge de la famille car l'Etat ne fournit pas d'ambulances au niveau des centres de santé. Les frais de soins médicaux à l'étranger sous toute forme sont supportés par le malade lui-même.

Comme nous avons pu le constater, les soins curatifs accaparent le gros des services sanitaires ; ainsi la stratégie fixe c-à-d celle qui concentre les activités au sein des formations médicales devance de loin la stratégie avancée qui elle, favorise les soins spécialement en activités préventives et promotives en dehors des formations sanitaires.

6. LUTTE CONTRE LES MALADIES ENDEMO-EPIDEMIQUES.

6.1. GENERALITES :

Lors de la restructuration du Ministère de la Santé Publique, la sous-direction des services hospitaliers avait dans ses attributions la surveillance et la lutte contre les épidémies et les endémies, ainsi que les soins dans les services de santé. Actuellement, il existe un service national d'épidémiologie et une direction du Programme Elargi de Vaccination

Dans le cadre de la lutte contre les épidémies et endémies, trois armes principales sont utilisées :

- EDUCATION POUR LA SANTE:

L'éducation pour la santé occupe une place très importante dans la lutte contre les endémo-épidémies dans la République du BURUNDI et son objectif principal est " la Santé du public sain".

Pour assurer cette éducation pour la santé, la radio-diffusion constitue un instrument privilégié. En effet quatre émissions passent à la radi. chaque semaine.

La presse écrite (le journal UBUMWE et le quotidien le RENOUVEAU) est aussi utilisée dans l'éducation de la masse mais le désavantage est que les gens qui ont plus besoin de ces informations ne savent pas lire.

A côté de la presse, l'éducation pour la santé est aussi dispensée dans les réunions du parti, dans les écoles, après les travaux communautaires de développement, etc.... au parti

Les sujets traités sont divers mais une importance particulière est attachée à l'éducation sur les maladies diarrhéiques dont la dysenterie bacillaire, le choléra, la dysenterie amibienne et sur les verminoses en général. Ces séances d'éducation populaire insistent surtout sur l'utilisation des latrines et de l'eau potable dans toutes les familles burundaises (voir annexe 3 : les dix commandements de l'hygiène)

- VACCINATION :

Le programme élargi de vaccination constitue aussi un des moyens utilisés au BURUNDI dans le but de lutter contre les endémo-épidémies surtout chez les enfants.

Dans la réalisation du P.E.V., le Ministère Burundais de la Santé Publique est assisté par l'UNICEF et l'USAID.

La sensibilisation de la population est menée en grande partie par l'Union des Femmes Burundaises (U.F.B.).

D'après la dernière évaluation de 1984, la couverture vaccinale réelle était de 44%.

- MISSION D'ASSAINISSEMENT DE LA PLAINE DE LA RUSIZI (M.A.P.R.).

La mission d'assainissement de la Plaine de la RUSIZI qui est appelée désormais Projet de lutte contre les maladies transmissibles et carencielles s'occupe principalement de la lutte contre le Paludisme et la Bilharziose dans la Plaine de RUSIZI.

6.2. PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE.

D'après les données contenues dans le rapport annuel 1984, le Paludisme constitue la première cause de morbidité au BURUNDI avec 144.185 cas enregistrés au cours de cette année. L'influenza occupe la deuxième place, suit des maladies diarrhéiques autres, la Rougeole et la dysenterie bacillaire qui se placent respectivement en 3e , 4e et 5e position (voir tableau ci-après).

..../.....

Classification de causes de morbidité

Janvier - Septembre 1984.

Maladie	Nombre de cas	Nombre de décès
1. Paludisme	144.185	177
2. Influenza	65.627	1
3. Maladies diarrhéiques autres	46.401	39
4. Rougeole	22.369	356
5. Dysenterie bacillaire	14.808	208
6. Varicelle	12.840	-
7. Coqueluche	4.765	111
8. Hépatite infectieuse	2.712	13
9. Oreillons	1.893	-
10. Bilharziose	1.875	-
11. Syphilis	1.237	-
12. Tuberculose Pulmonaire	836	52
13. Tétanos	224	70
14. Choléra	142	4
15. Pian	83	-
16. Lèpre	72	1
17. Fièvre typhoïde et paratyphoïde	92	1
18. Méningite cérébro-spinale	46	14
19. Poliomyélite	39	-
20. Typhus épidémique	20	-
21. Fièvre récurrente à tique	3	-

Source : Rapport Annuel du Département de l'Epidémiologie et des Laboratoires 1984

Quant à la mortalité, la Rougeole occupe la première place avec 294 cas de décès en 1984. La dysenterie bacillaire se classe deuxième avec 208 cas de décès et le Paludisme occupe la 3ème place, suivi du Tétanos et de la Tuberculose pulmonaire qui arrivent respectivement en 4ème et 5ème position.

Le tableau ci-après met en relief les principales maladies qui déciment la population au BURUNDI.

Classification de cause de mortalité

Janvier -Août 1984

Maladie	Nombre de cas	Nombre de décès
1. Rougeole	22.369	294
2. Dysenterie bacillaire	14.808	208
3. Paludisme	144.185	117
4. Tétanos	224	70
5. Tuberculose pulmonaire	836	52
6. Maladies diarrh. autres	46.401	39
7. Hépatite infectieuse	2.712	13
8. Méningite cérébro-spinale	46	14
9. Coqueluche	4.765	11
10. Choléra	142	4
11. Influenza	65.627	1
12. Fièvre typhoïde et paratyphoïde	92	1
13. Lèpre	72	1

Source : Rapport Annuel du Département de l'Epidémiologie et des Laboratoires
1984.

Dans le cadre de la surveillance et lutte contre les épidémies et endémies, beaucoup de missions sont réalisées à l'intérieur du pays et des rapports circonstanciels fournis régulièrement. Ces missions ont pour objectif de mener des enquêtes épidémiologiques dans tous les secteurs médicaux et de distribuer des produits pharmaceutiques en cas de besoin, dans les zones les plus touchées. Les enquêtes réalisées en 1984 ont révélé que la dysenterie bacillaire dominait le tableau épidémiologique, du moins pour cette année 1984.

6.3. Lutte contre le Paludisme

Comme constaté dans les tableaux précédents, le paludisme constitue la première cause de morbidité et la 3e cause de mortalité au Burundi. Parmi les régions reconnues comme endémiques en ce qui concerne le paludisme, nous citerons la plaine de la Rusizi dont les conditions écologiques sont favorables à la vie des moustiques transmetteurs : de paludisme. Aujourd'hui, les activités de développement modifiant radicalement l'environnement dans la plaine ont favorisé des flambées du paludisme. C'est dans le but de lutter efficacement contre ce fléau que des enquêtes parasitologiques, sans oublier celles relatives à la résistance du paludisme à la chloroquine ont été menées dans le cadre de la mission d'assainissement de la plaine de la Rusizi. Ces études épidémiologiques avaient pour but de déterminer la prévalence, l'endémicité du paludisme et ainsi permettre l'orientation des économistes et les agronomes dans la réalisation et le fonctionnement des projets agricoles, et enfin réduire au minimum les effets nocifs de cette maladie. Aussi le Gouvernement du Burundi, disposant des ressources limitées voulait obtenir, grâce à ces enquêtes épidémiologiques, un meilleur rendement pour ce qui est de l'utilisation des antipaludiques.

Toutes ces études ont semblé conclure que le paludisme dans la plaine résulte avant tout de l'action de l'homme sur le milieu, et que par conséquent il faut donner priorité aux méthodes dites physiques telles que régularisation des eaux, drainage, remblayage, travaux hydrauliques etc ; Ces mesures pouvant être appliquées à l'échelle de l'habitat, d'un projet, d'une zone ou d'une région. La chimioprophylaxie et la pulvérisation d'insecticides doivent être considérées comme moyens de lutte complémentaire n'ayant un sens que si quelque chose d'autre était réalisée en matière d'assainissement.

La résistance du paludisme à la chloroquine a été évaluée à 80% (Résistance de type II) et que par conséquent la chimioprophylaxie à la chloroquine a été abandonnée.

Il importe de noter que l'amodiaquine est considérée au Burundi comme un médicament de choix ; la quinine et le fansidar ne venant qu'en second ordre.

Dans la lutte contre le paludisme, ces études ont souligné l'importance d'un bon diagnostic du paludisme et le recyclage du personnel.

Comme lutte antivectorielle, les études ont prouvé que la transmission se fait surtout durant la saison sèche et que par conséquent la pulvérisation de ces insecticides devait se faire au cours de cette période (juillet-août) et que chaque année on devait alterner les insecticides (Malathion, DDT) dans le but d'éviter la résistance du moustique à ces produits.

Enfin, les enquêtes effectuées dans la plaine de la Rusizi ont montré que plusieurs facteurs favorisent la transmission du paludisme et que les mesures propres à l'indiquer revaniraient aux secteurs qui sont impliqués et que seule une action concertée entre le ministère de la Santé Publique et les autres départements peut avoir un résultat efficace.

6.4. Lutte contre la Bilharziose

Comme pour le paludisme, la mission d'assainissement de la plaine de la Rusizi comprend un volet relatif à la lutte contre la bilharziose.

Le but du "projet bilharziose" est d'établir un programme de contrôle de la schistosomiase au Burundi en premier lieu dans la plaine de la Rusizi. L'objectif de ce programme est de diminuer le niveau d'endémicité de telle façon que la morbidité devienne négligeable ou puisse être prise en charge par ces services de santé de base. Le projet est soutenu par la Coopération Belge et le programme spécial de l'OMS chargé de la Recherche et de la Formation dans le domaine des maladies tropicales.

Il importe de préciser que la bilharziose sévit principalement dans quatre régions : plaine de la Rusizi, région de Bujumbura, Imbo-sud et la région du Lac Cyohoha.

Les activités de lutte contre la bilharziose sont principalement de trois ordres :

- Dépistage actif de la bilharziose

Dans la plaine de la Rusizi, il existe des postes de dépistage actif dont le centre de Gihanga dans lesquels la population vient se faire examiner et traité. En moyenne, 250 personnes peuvent être examinées et traitées par jour. L'équipe de dépistage actif comprend un chef d'équipe, 6 microscopistes et deux travailleurs.

- Traitement de masse

Une telle intervention est devenue réalisable grâce au développement de médicaments à dose unique, non-toxiques et efficaces.

On pense que le traitement de masse permettra de réduire l'infection de la Bilharziose de 80%. En effet, l'élimination des charges parasitaires "chroniques" par le traitement de masse, aurait comme résultat une diminution importante de la morbidité à long terme, puisque cette dernière résulte de la chronicité des infections plutôt que d'être liée à l'acuité de l'infection, surtout chez les adultes, les taux de réinfection seraient peu importants vu la transmission faible, et les prévalences resteraient à un niveau bas longtemps après le traitement de masse.

.../...

Lutte antivectorielle

A côté de l'éducation pour la santé, qui doit accompagner toutes les interventions la lutte antivectorielle revêt d'une importance dans la lutte contre la bilharziose au Burundi, plus particulièrement dans la plaine de la Rusizi.

La lutte antivectorielle consiste surtout à l'application localisée (c'est à dire dans les endroits qui sont vraiment importants pour la transmission) d'un molluscicide. A moyen et long terme, ces applications devront être progressivement remplacés, ou au moins supportés, par des mesures physiques de caractère durable à savoir :

- * Entretien et redressement des lits des canaux et des rivières
- * Comblement des mares
- * Réparation de digues
- * Gestion et utilisation disciplinée des eaux d'irrigation

Enfin, il importe de préciser qu'au Burundi, seule la forme de schistosome mansoni sévit.

6.5. Maladies sexuellement transmissibles (M.T.S.)

Les maladies sexuellement transmissibles constituent un problème au Burundi. C'est ainsi que dans le cadre de lutte contre ces maladies à transmission sexuelle, deux stratégies ont été retenues :

- L'information dans le programme d'éducation pour la santé
- Le traitement des malades et si possible des contacts.

En effet, après avoir étudié le problème de la prostitution jugée d'une certaine responsabilité dans la transmission des maladies sexuellement transmissibles, mais non comme le facteur nécessairement dominant, les responsables de la santé au Burundi ont remarqué d'une part, que la jeunesse n'était pas informée sur les maladies transmises par voies sexuelles (les signes majeurs, les complications et l'intérêt d'une thérapeutique précoce), et que d'autre part le traitement de ces maladies était mal conduit par les professionnels de santé.

6.5.1. Information

L'information sur les M.T.S. doit viser les groupes à haut risque, par exemple tous les étudiants et les élèves du secondaire doivent avoir suffisamment d'informations sur les symptômes et les complications de ces maladies, les moyens de contamination et le risque que les malades courent et font courir à la collectivité, ainsi que toute autre information qui les motiveraient à se faire bien soigner dès les premiers jours et à révéler les contacts.

6.5.2. Traitement

Le traitement correct des malades et si possible des contacts simplifié et standardisé (Annexe 5) est de nature non seulement à interrompre la transmission et abaisser la prévalence des M.T.S. mais aussi à réduire l'impact socio-économique des ces maladies.

A côté de l'information et du traitement correct des cas et des contacts, le recyclage du personnel a été jugé nécessaire et vise la compréhension et l'application des stratégies proposées, ainsi que certaines méthodes épidémiologiques qui aident à établir la prévalence.

7. HYGIENE ET ASSAINISSEMENT.

Les responsables politiques et sanitaires de la République du BURUNDI attachent une très grande importance à l'hygiène et à l'assainissement. Une école de techniciens d'assainissement fonctionne depuis 1968 et forme 7 à 10 techniciens par an. Ces techniciens sont placés dans les provinces et sont assistés par les techniciens auxiliaires d'assainissement qui oeuvrent dans les communes.

7.1. HYGIENE EN MILIEU RURAL.

En dehors des villes, les techniciens et les auxiliaires d'assainissement s'occupent de l'éducation de la population en matière d'Hygiène et d'Assainissement. L'éducation pour la santé occupe aussi une place très importante et c'est surtout dans des réunions du parti que les séances sur l'Hygiène et assainissement sont assurées. Dans ces séances, de même que dans celles tenues au cours des différentes réunions de sensibilisation, le personnel de santé insiste sur l'importance de l'utilisation des latrines ainsi que l'entretien d'un habitat salubre pour lutter contre les vecteurs de maladies (mouches, moustiques).

Les autorités sanitaires pensent que la population est suffisamment sensibilisée à ce point mais ceci reste sur le plan théorique car il faudrait envisager une enquête sur la présence et l'utilisation des latrines au sein de la population voir si chaque famille possède une latrine pour avoir une idée sur la situation réelle en ce domaine et d'évaluer son état d'entretien.

7.2. HYGIENE EN MILIEU URBAIN.

Il importe de noter que les villes dans la République du BURUNDI possèdent les services d'Hygiène à l'occurrence celle de BUJUMBURA. Dans les villes et plus spécialement à BUJUMBURA les activités en matière d'assainissement consistent particulièrement en :

- inspection des quartiers de la ville
- inspection des établissements publics et privés et des marchés.

Malgré tous ces efforts, certains quartiers de la ville de BUJUMBURA connaissent encore des problèmes de l'évacuation des eaux usées, l'installation de latrines publiques répondant au développement global de toute la ville.

Quant aux ordures ménagères, les autorités sanitaires estiment que des efforts ont été déployés par la population, néanmoins la sensibilisation doit continuer car l'évacuation des ordures ménagères reste encore négligée dans beaucoup de quartiers de la ville notamment ceux de la périphérie. Le réseau de canalisation aménagé par le SETEMU (Service Technique Municipal) constitue dans certaines zones de la ville le lieu de décharge des ordures ce qui constitue un bon milieu d'éclosion de vecteurs de maladies. Les espaces verts et les bordures des avenues dans les quartiers hors du centre urbain échappent à l'hygiène élémentaire.

Dans les zones inaccessibles aux camions du service d'Hygiène et d'assainissement. La collecte et l'enfouissement des ordures ménagères est une affaire individuelle et les techniciens d'assainissement n'interviennent que pour l'inspection de l'observation de la loi.

Au niveau des établissements privés, le problème se pose le moins estiment les autorités car les propriétaires de ces établissements disposent de tous les moyens matériels et financiers. En cas de réticence le recours aux mesures répressives (amende, fermetures temporaires) est souvent nécessaire.

Le personnel employé dans les bars et restaurants est soumis aux visites médicales mensuelles où il subit des examens médicaux et suivent des séances d'éducation pour la santé axées surtout sur l'hygiène.

En cas de fermeture d'un établissement privé n'ayant pas respecté les normes exigées, il apparaît souvent que les responsables administratifs et politiques prennent des attitudes contraires à celle des techniciens, ceci se remarque surtout au niveau des zones et cette situation crée un problème de collaboration technique et administrative.

Pour les marchés, le problème ne se pose pas tellement quand il s'agit d'un marché légalement reconnu c'est-à-dire autorisé par les instances habilitées comme l'urbanisme, les services de la mairie, les services de l'hygiène et assainissement, etc... Quand il s'agit des marchés spontanés, caractérisés surtout par leur instabilité, le contrôle devient plus difficile, on leur caractérise de "nomade" ; ils s'installent sans autorisation et ne suivent que les agglomérations de la population. Devant ce problème, les responsables de l'hygiène ont recommandé que l'installation de tout nouveau marché doit être pourvue de :

- approvisionnement en eau potable
- latrines publiques convenables.

Dans les établissements industriels, les visites d'inspection ont montré que la surveillance médicale des ouvriers n'est pas respectée; par ailleurs, le danger des fumées, le manque d'installations sanitaires adéquates, l'absence des dispositifs de protection constituent des obstacles majeurs à l'Hygiène du Travail.

7.3. SERVICE TECHNIQUE MUNICIPAL (SETEMU).

Le service technique municipal est un service qui dépend de la mairie. L'idée de créer ce service date de 1968. Les démarches entreprises auprès de l'OMS ont abouti aux études qui ont été menées par une firme allemande avec un financement du Gouvernement Burundais (38.000 FRBU) et de la Banque Africaine de Développement (200.000 dollars).

Cette société est actuellement dirigée par un conseil d'administration présidé par la Mairie de BUJUMBURA et dont le Ministère de la Santé, les Ministères de l'Intérieur, des Travaux Publics, du Plan, du Commerce et de l'Industrie sont membres. Elle a pour but de rassembler les ordures, rectification des rivières qui entourent BUJUMBURA et évacuation des eaux usées vers le lac TANGANYIKA après traitement.

Concernant les eaux usées, un plan de canalisation a été achevé et l'exécution est prévue jusqu'en l'an 2000-2020, et toute nouvelle construction est affectée à respecter scrupuleusement ce plan en s'adressant au Service d'Hygiène qui lui donne des conseils techniques à ce sujet.

Actuellement ce service existe uniquement à BUJUMBURA, mais devra étendre ses activités aux autres villes à l'intérieur du pays dans un avenir qui n'est pas déterminé.

2.1.5.3. Approvisionnement en eau potable.

C'est le Ministère du développement rural qui est chargé de l'approvisionnement en eau potable sur toute l'étendue du pays et le Gouvernement bénéficie des financements extérieurs d'appui. Malheureusement le pourcentage de la population bénéficiant de ces services n'est pas disponible.

8. HABITAT ET REGROUPEMENT DES POPULATIONS.

Le BURUNDI pratique depuis quelques années la politique de regroupement de la population dans les villages appelés " IBIGWATE ".

Dans la réalisation de cette politique, deux stratégies sont appliquées : La première consiste à regrouper la population en villages après avoir quitté leurs propriétés, la deuxième consiste à l'installation des populations le long des pistes de pénétration, tout en restant dans leurs propres propriétés.

Le Gouvernement du BURUNDI a constaté que ce sont surtout les jeunes qui répondent bien à cet appel et que les gens d'un certain âge préfèrent rester dans les propriétés héritées de leurs parents et grand-parents.

Pour les populations regroupées en village, le Gouvernement du BURUNDI compte créer des unités de production pour procurer, de l'emploi à ces gens mais il éprouve encore des difficultés à ce niveau surtout en ce qui concerne les sources de financement.

III. ORGANISATION NATIONALE DES SERVICES SOCIAUX

Au Burundi, trois Ministères se partagent les différents aspects pratiques de la promotion et du développement social du peuple burundais ; ce sont :

- le Ministère des Affaires Sociales et du Travail,
- le Ministère du Développement Rural,
- le Ministère de la Condition Féminine.

Comme il n'a pas été donné de contacter les trois ministères intéressés par le secteur social, le choix de nos informations a été orienté vers le Ministère des Affaires Sociales et du Travail qui s'occupe principalement :

- de la Réglementation et supervision des services sociaux spécialisés,
- de la promotion des structures de la sécurité sociale.

1. Réglementation et Supervision des Services Sociaux Spécialisés

1.1. Les Centres Sociaux Educatifs :

Au Burundi, il existe des centres sociaux éducatifs pour adultes et d'autres pour la jeunesse délinquante.

Ces centres sont conçus comme des classes d'éducation pour la santé. La population concernée y reçoit des cours d'initiation aux soins d'hygiène élémentaire pour la prévention des maladies ; à l'éducation nutritionnelle ; au planning familial et aux métiers divers.

.../...

A l'occasion de l'année internationale de la jeunesse, le Gouvernement de la République du Burundi a favorisé les initiatives privées dans le cadre de création des associations et des regroupements des artisans divers dans les milieux ruraux surtout.

Avec les centres sociaux éducatifs mis en place par l'Etat Burundais, des regroupements et associations des artisans ont constitué jusqu'à ce jour, un moyen très actif de lutte contre la délinquance juvénile. L'exode rural est aussi freiné de cette manière.

1.2. Les services d'aide et d'assistance aux nécessiteux

Au Burundi, tous les services sociaux d'aide et d'assistance aux nécessiteux sont réglementés, supervisés et contrôlés minutieusement par le Ministère des Affaires Sociales et du Travail.

Depuis un certain temps, l'Etat Burundais décourage la multiplication des établissements et centres pour les cas sociaux spécialisés et c'est pour cela que le pays compte actuellement :

- * 3 orphelinats dont l'un (d'entre eux) appartient à l'Etat.

L'objectif principal de ces orphelinats est de couvrir les besoins vitaux de la première enfance (les soins de santé, alimentation, habillement, éducation). Dès l'âge de 4 ans, les orphelins sont réintégrés au sien de leurs familles d'origine (proches ou élargies).

Ainsi les enfants ne sont pas déracinés de leur milieu initial et les familles sont plus responsabilisées.

- * 11 centres pour handicapés dont un seul appartient à l'Etat.

Le Centre conçu par l'Etat Burundais a été placé au sein d'un village et constitue en quelque sorte un centre de réintégration professionnelle et de réinsertion sociale des personnes handicapées.

Il est mis à la disposition des handicapés, au village même, des ateliers de couture, de menuiserie, maçonnerie, sculpture ; des champs pour cultures vivrières, des jardins pour potager etc.....

Ainsi les handicapés sont fiers d'être si utiles aux personnes valides du village. Tous les habitants du village sont sensibilisés et mobilisés à l'entraide pour le bien-être de tous.

- * 1 home pour des nécessiteux adultes.

Ledit home est tenu par un religieux qui en est lui-même le promoteur. Mais le Ministre Burundais des Affaires Sociales et du Travail pense que cette oeuvre ne serait pas continuée si le promoteur venait à disparaître ou devenait invalide.

.../....

Observations : Il a été posée la question de savoir comment les sinistrés des catastrophes naturelles et les indigents sont assistés par l'Etat Burundais, La réponse a été très courte étant donné que ces cas ne sont pas fréquents au Burundi !!

- a) Les indigents (-parait-il très peu) sont placés entièrement sous la responsabilité des autorités de leurs communes d'origine. Chaque commune a le devoir de prévoir un petit fonds sur son budget de fonctionnement, destiné à aider ou à porter secours aux indigents de son ressort administratif.
- b) Quant à l'assistance aux personnes victimes des calamités naturelles, le Gouvernement vote un fonds de secours chaque fois que l'occasion se présente, pourvu que les autorités locales lance un appel de secours au Gouvernement en temps utile.

Une autre question était celle de savoir si le Gouvernement Burundais fait des allocations budgétaires (subsidés) aux oeuvres philanthropiques au service des nécessiteux.

Le Ministre Burundais des Affaires Sociales et du Travail nous a fait noter que l'Etat ne donne pas des subsidés proprement dits à ces services d'aide aux nécessiteux, mais que le Gouvernement participe à la vie ordinaire de ces services. Par exemple les importations à caractère philanthropique sont exonérées des droits de douanes et exemptées d'impôts.

Le Gouvernement prend également en charge, les frais d'eau, d'électricité et de communications téléphoniques consommés par lesdits services.

S'agissant de la gestion des aides et dons à caractère philanthropique, le Ministère ayant les Affaires Sociales dans ses attributions en fait la centralisation, le choix des priorités et l'orientation dans divers secteurs concernés par ces aides ou dons.

Chaque personne physique ou moral, de droit public ou privé peut librement demander une aide à caractère philanthropique, à condition d'informer par écrit le Ministère des Affaires Sociales et du Travail, de l'objet et des circonstances justifiant l'intervention de l'aide demandée.

Aussi, avant toute distribution d'une aide ou dons fournis dans le cadre d'une convention passée entre le donateur et le Gouvernement de la République ou non, doit être préalablement enregistré dans les livres du Ministère ayant les Affaires Sociales dans ses attributions.

2. Promotion des structures de la sécurité sociale.

Le Ministère des Affaires Sociales et du Travail est chargé de promouvoir le bien-être social du peuple burundais et il fait un effort considérable pour que chaque citoyen bénéficie des avantages du régime d'assurance maladie, actuellement instauré dans le pays.

..../....

- Au Burundi, il a été créé un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie organique et financière, dénommé "Mutuelle de la Fonction Publique".

- Ladite mutuelle est chargée de la gestion du "régime d'assurance maladie" et est placée sous la tutelle du ministre ayant la fonction publique dans ses attributions.

Le régime d'assurance maladie garantit ses bénéficiaires contre certains risques de maladie et de la grossesse en leur assurant des prestations des soins médicaux divers, curatifs ou préventifs.

- Les assurés de la mutuelle de la fonction publique sont tous les personnels civils des personnes morales de droit public (Etat, collectivités territoriales, établissements publics, sociétés de droit public) et tous les membres des Forces Armées du Pays.

N.B. : Les détails sur le système de prestations des soins sont développés au point II.5 du présent rapport.

IV. PERSPECTIVES D'AVENIR FACE A LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE ACTUELLE.

1. Au niveau des infrastructures sanitaires.

Il importe de noter que des efforts considérables ont été entrepris pour l'amélioration et l'augmentation du réseau infrastructurel sanitaire, néanmoins il reste beaucoup à faire car pour pouvoir répondre à la stratégie des SSP, les dispensaires doivent être transformés en Centre de Santé. En effet, comme mentionné plus haut, le système du dispensaire traditionnel ne privilégie que les activités curatives, ce qui couvre une infime partie des SSP. Le développement d'un système de santé complet et intégré implique la transformation des dispensaire en centres de santé, ce qui constitue une grande entreprise ; le nombre de dispensaires étant encore aujourd'hui de loin supérieur à celui des Centres de Santé.

2. Au niveau du Personnel.

Pour le personnel de santé, le Gouvernement du Burundi est loin de satisfaire tous les besoins en ce domaine, nous pouvons pourtant constater que selon l'estimation des responsable, le problème d'insuffisance du personnel de santé au Burundi sera résolu dans un horizon de 15 ans grâce notamment aux établissements de formation repartis dans tout le pays. La capacité et la localisation des écoles existantes ont été mentionnées dans les chapitres précédents.

Un fait à souligner est que pour essayer de résoudre le problème financier limitant les capacités d'engagement des nouveaux sortants, le Gouvernement de la République du Burundi accorde priorité à l'engagement du personnel des Ministères suivants :

- la Santé Publique, l'Education, et l'Agriculture.

3. Gestion du médicament et Prestation des Soins.

Les autorités sanitaires du Burundi estiment satisfaisant le système de gestion du médicament au sein de l'ONAPHA. Cependant un problème reste dans l'équilibre et la compréhension entre la gestion publique et la gestion privée dans ce sens que les services publics favorisent la promotion des médicaments essentiels quand les pharmacies privés continuent à recourir aux spécialités. Il importe de promouvoir les intérêts d'une médecine de masse en favorisant les soins qui répondent au niveau socio-sanitaire de la population c-à-d l'intégration des SSP. Quant à la prestation des soins en général, les autorités sanitaires Burundaises estiment que des efforts doivent être faits pour la promotion des activités préventives qui sont à l'heure actuelle au stade de début car les infrastructures nécessaires et les systèmes y relatifs semblent avoir été décalés au profit des activités curatives.

Pour ce qui concerne le matériel médico-technique, le recours à l'usage d'un matériel importé expose au problème de remplacement car les sociétés locales ne sont pas intéressées dans ce domaine, les initiatives nationales devraient être développées.

4. Au niveau de la lutte contre les endémo-épidémies.

Le manque de moyens logistiques suffisants ne permet pas au secteur de la médecine promotionnelle de rendre son action plus efficace. Actuellement on constate que la médecine de soins curatifs continue à bénéficier de plus d'attention par rapport à la médecine préventive. Même si toutes les informations voulues sont radiodiffusées et traitées dans les différentes réunions, on ne peut pas garantir leur impact sur le public faute des moyens d'évaluation. Informer n'est pas enseigner, estiment les autorités sanitaires du Burundi, puisqu'une personne informée n'est pas nécessairement motivée pour agir en conséquence. Le Programme Elargi de Vaccination n'a pas aussi été épargné de difficultés. L'objectif que ce programme s'était assigné c-à-d atteindre une couverture vaccinale de 70-80 en 1985 n'a pas été atteint et plusieurs raisons ont été évoquées :

- Le mauvais fonctionnement de la chaîne de froid
- Le manque de sensibilisation des mères qui autrefois étaient habituées à une seule piqûre (en ce qui concerne la tuberculose et la variole) et maintenant elles doivent se présenter au moins 3 fois pour que l'enfant soit complètement vacciné.
- Rupture de stock de vaccin liée à la perte de vaccin due à l'inefficacité de la chaîne de froid.
- Accessibilité des mères aux centres de santé
- Utilisation des infrastructures fixes

S'agissant de l'Hygiène et assainissement le manque de personnel et de moyens techniques et logistiques pèse très lourd sur ce service.

..../...

Aussi la manque de collaboration entre les autorités locales et les Services d'Hygiène handicape très sérieusement la bonne marche des activités de ce service.

Cependant, les responsables sanitaires comptent dans l'avenir améliorer la qualité des informations délivrées dans le domaine de la santé en se conformant aux orientations de la politique sanitaire adoptée par le Ministère de la Santé Publique dans les domaines suivants :

- Mesures préventives et lutte contre les maladies transmissibles
- Protection maternelle et infantile
- Problèmes de santé relatif à l'Hygiène et Assainissement du milieu.

• Pour combattre la maladie dans le groupe des enfants du jeune âge :
Les éducateur en matière de santé se sont proposé d'insister sur :

- les vaccinations régulières pour les enfants de 0 à 6 ans
- la nutrition et Hygiène alimentaire
- le traitement précoce en cas de maladie

• Pour le groupe public de tout âge l'éducation pour la santé devra insister sur l'Hygiène de l'habitat et de son environnement notamment :

- L'Approvisionnement en Eau Potable
- L'Aménagement des installations sanitaires
- Elimination des déchets et matières usées
- Hygiène corporelle et vestimentaire.
- La nutrition et production alimentaire

• Dans le domaine de la santé des mères et de l'enfant :

Les autorités sanitaires se sont proposé d'insister sur :

- Surveillance des femmes enceintes
- Consultations pré et post-natales
- Problème des naissances indésirables et solutions à y apporter
- Espacement des naissances
- Avantages des accouchement dans les établissements des soins maternels
- Allaitement maternel etc.....

5. Dans le domaine d'Hygiène et d'Assainissement.

Les services concernés se sont proposé de faire comprendre au public que beaucoup de maladies transmissibles (Maladies Diarrhéiques, dysenteries, fièvres typhoïdes et paratyphoïdes etc....) trouvent leur origine dans l'insuffisance et le manque d'Hygiène.

..../....

6. Au niveau de l'Assistance sociale

. L'action sociale n'est pas répandue sur tout le territoire du Burundi. Les services sociaux sont encore insuffisants dans les formations médicales et n'existent pas encore dans d'autres établissements de droit public. Dans ce cadre de l'assistance, le ministère ayant les Affaires Sociales dans ses attributions n'est pas très renseigné sur les différentes catégories de personnes nécessitant une assistance sociale.

. Toutefois, le Gouvernement de la République du Burundi continue son objectif de décourager ou de réduire au minimum les établissements et centres au service des nécessiteux.

. Dans le cadre de la décennie des personnes handicapées (1981-1992), le Burundi a l'intention de faire un recensement national des handicapés. C'est ainsi que les services techniques pourront entreprendre des programmes et des projets répondant aux besoins réels de cette population souvent marginalisée. Aussi, le Ministère des Affaires Sociales et du Travail envisage une campagne de sensibilisation des grands établissements de droit public ou privés, pour qu'ils abritent "un service social" dans leur cadre organique (hôpitaux, écoles, services pénitentiaires, usines).

V. ESSAIS COMPARATIFS ENTRE LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU BURUNDI ET CELLE DU RWANDA.

Dans le domaine d'éducation pour la santé, le bilan du Burundi en ce qui concerne les informations radiodiffusées en matière de santé, est très appréciable.

En effet, les autorités du Burundi en acceptant de donner priorité à la santé, ont disponibilisé la radiodiffusion pour assurer l'éducation pour la santé en accordant 4 émissions par semaine dont celle de jeudi qui dure toute une heure. L'avantage dont le Rwanda jouit est que l'éducation pour la santé est surtout dispensée dans toutes les formations sanitaires alors qu'au Burundi il ne semble pas être le cas. En matière d'hygiène, le Burundi possède des avantages très appréciables en ce qui concerne le personnel technique de niveau moyen (Techniciens d'Assainissement) et le fait d'avoir une société qui s'occupe de l'évacuation des eaux de pluies, des eaux usées et des ordures au niveau de la ville de Bujumbura ainsi que le fait d'avoir un plan directeur constitue un avantage certain sur la ville de Kigali. Concernant l'Hygiène en milieu rural, le Rwanda semble être plus avancé, du moins si on considère l'hygiène au niveau familial et surtout la présence des latrines et leurs entretiens. Malheureusement, il n'a pas été possible d'avoir des chiffres du Burundi pour procéder à une comparaison plus objective.

.../...

S'agissant du Programme Elargi de Vaccination, les deux pays semblent être au même niveau. En effet la dernière évaluation au Burundi a montré que la couverture vaccinale était de 44%. De même pour le Rwanda, la couverture vaccinale effectuée au début de l'année 1984 était aussi de 44%.

Cependant, le Rwanda semble être plus avancé au point de vue stratégie du fait qu'au Rwanda, les deux stratégies fixes et avancées, sont déjà dans la phase opérationnelle, alors qu'au Burundi seule la stratégie fixe est utilisée.

Quant à la recherche dans le domaine de la santé ayant comme objectif d'aider la lutte contre certaines maladies notamment le paludisme et la Bilharziose, le Burundi est nettement avancé par comparaison au Rwanda. En effet, le projet de lutte contre les maladies transmissibles et carencielles (anciennement dénommé Mission d'Assainissement de la plaine de Rusizi) opère des recherches depuis plusieurs années et a déjà tiré des conclusions qui sont déjà entrain d'être appliquées sur le terrain. Pour les maladies diarrhéiques et plus particulièrement de la dysenterie bacillaire, les chiffres déclarés dans les bulletins épidémiologiques mensuels (qui sont différents d'ailleurs de ceux qui sont contenus dans le rapport annuel 1984) sont presque le double de ceux déclarés par le Rwanda.

En ce qui concerne les infrastructures sanitaires, la différence entre le Burundi et le Rwanda réside surtout dans les formations sanitaires périphériques. En effet, le Rwanda a entrepris le programme de transformation des dispensaires en centre de santé il y a quelques années, alors qu'au Burundi ces formations opèrent encore en dispensaires. Aussi le nombre de lits dans notre pays est plus que le double de celui du Burundi.

Une différence existe aussi entre les taux de mortalité global et infantile. Pour le Rwanda le taux de mortalité global est de 18 0/00 alors que pour le Burundi est de 21 0/00. Les taux de mortalité infantile sont de l'ordre de 115 à 120 0/00 et de 127 0/00 respectivement pour le Rwanda et le Burundi (voir tableau ci après)

Tableaux comparatifs des infrastructures sanitaires en 1984

A. Institutions de santé	Publiques		Privés ou agréés		Total	
	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda
- Hôpitaux	23	15	4	14	27	29
- Centres de santé	15	69	53	71	68	140
- Dispensaires	107	52	12	15	119	68
B. Personnel						
	Burundi	Rwanda				
- Médecin	249	227				
Pharmaciens et Dentistes	33	20				
- Techniciens supérieurs (A1)	39	82				
- Assistants médicaux + Infirmières A2	345	703				
- Infirmières A3	337	480				
- Aider accouchées + aides infirm.	82	340				
- Techniciens d'assain.	105	60				
- Techniciens vaccin.	-	71				
C. Indicateurs sanitaires						
	Burundi	Rwanda				
- Nombre de lits	3.533	9.046				
- Ratio lit/pop.	1/1165	1/686				
- Ratio Méd./pop.	1/19048	1/26.315				
- Assist. médicaux + Infirm. A2	1/7413	1/8040				
- Infirmières A3	1/7205	1/11.947				
- Infirmiers A1	1/120512	1/65.645				
- Taux de mortalité globale	21‰	18‰				
- Taux d'accroiss. naturel	2,6%	3,6%				
Taux de natalité	47‰	54‰				
- Taux de mortalité inf.	127‰	115 à 120‰				
- Espérance de vie à la naissance	F. 46ans H. 43ans	F. 47,5ans H. 45,1ans				

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.

Le Burundi possède des expériences positives auxquelles le Rwanda peut se référer. Il s'agit notamment de :

- Système d'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères surtout en milieu urbain.
- Recherches opérationnelles dans la lutte contre les grandes endémies.
- Le Rwanda devrait envisager les voies et moyens pour faire profiter à ses techniciens de l'expérience du Burundi en matière d'assainissement soit par des voyages d'études ou de stage dans le projet d'assainissement de la plaine de la Rusizi.
- Le système de gestion du médicament au Burundi réduit les déperditions notamment en diminuant les risques de péremption des médicaments.
- La bonne gestion du médicament dépend aussi de la disponibilité de ce dernier c-à-d- du quota alloué à l'achat médicament.
- Revoir le système des soins médicaux des fonctionnaires en rapport avec les taxes prélevées sur leur traitement mensuel.
- Le Rwanda peut emprunter sans inconvénient les techniques de gestion des aides et des dons à caractère philanthropique :
le Gouvernement, par le biais du Ministère ayant les Affaires Sociales dans ses attributions, est toujours tenu au courant des opérations de requête ou de distribution des aides. C'est ainsi qu'il peut s'opposer à l'octroi d'une aide dont l'objet n'est pas fondé (favoriser la mendicité) et où le but ou les effets sont contraires à l'ordre public ou à l'intérêt général (aides distribuées par des confessions religieuses sous forme d'apâts moraux).
- Le Burundi n'a pas encore développé sa politique nationale d'Assistance Sociale en général.
Tous les efforts ont été concentrés sur la réglementation de l'assistance publique, ce qui est aussi une réussite. Mais il peut échanger utilement des expériences avec le Rwanda dans le cadre de la promotion de l'action sociale.

Excellence Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Je voudrais d'abord vous exprimer combien je me réjouis d'être votre invité et je vous remercie très sincèrement de l'accueil très chaleureux qui m'a été réservé ainsi qu'à la délégation qui m'accompagne. Notre visite dans votre pays nous permettra d'admirer de près les qualités et les progrès accomplis dans le domaine socio-sanitaire pour les intérêts du peuple frère burundais.

Excellence Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messeieurs,

Le peuple rwandais et le peuple burundais connaissent des liens communs qui tiennent à plusieurs facteurs en effet : des frontières communes, des langues apparentées, une même culture, un même passé historique, pour ne citer que ceux-là, ceci place les relations qui unissent nos deux populations dans un cadre bien particulier. La politique générale de nos deux pays telle que définie par nos Chefs d'Etat respectifs; le Colonel Jean Baptiste BAGAZA et le Général-Major Juvénal HABYARIMANA, concrétise les bonnes relations de bon voisinage et de fraternité entre (nos deux peuples) les rwandais et les barundi. L'appartenance aux mêmes organisations dans la recherche des solutions à nos problèmes socio-économiques, telles que la ZEP, l'OBK et enfin la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs, souligne une fois de plus cette fraternité entre nos populations. Dans ce même cadre, la CEPGL a initié des rencontres régulières de concertation entre les responsables sanitaires frontalières afin de conjuguer les efforts spécialement dans la lutte contre les maladies endémo-épidémiques qui constituent le gros des problèmes de santé de nos populations et nous pouvons nous féliciter des résultats déjà enregistrés dans ce domaine.

En 1983, l'institutionnalisation du comité mixte de surveillance épidémiologique est venue renforcer ces efforts déjà entrepris. Depuis sa mise sur pied, le comité mixte de surveillance épidémiologique a accompli des actions diversifiées dans le domaine de la santé. En effet en 1983 ce comité a effectué une tournée d'évaluation dans les trois pays membres de la CEPGL, et l'objectif principal était de recenser les différentes pathologies qui affectent nos populations et ainsi pouvoir y apporter des solutions communes. C'est dans ce même cadre que deux instruments viennent d'être élaborés qui aideront le personnel de santé de nos pays respectifs à parler le même langage, car le passé démontre que nous partageons la même pathologie.

.../...

Le guide thérapeutique et le guide de l'éducation pour la santé constituent certes, des documents de référence de cette lutte commune que nos (deux) pays se sont proposés de mener contre la maladie. Dans un avenir très proche, ce même comité se propose une fois de plus une tournée épidémiologique et de faire une évaluation des activités du P.E.V. (Programme Elargi de Vaccination).

Excellence Monsieur le Ministre, toutes ces actions menées dans le cadre du comité mixte de surveillance épidémiologique nous montrent que la lutte contre la maladie a dépassé le concept des frontières pour mieux servir la cause de la santé de nos populations.

Ma visite dans votre beau pays, Monsieur le Ministre, permettra encore une fois de renforcer cette coopération qui est désormais une réalité et de jeter de nouvelles bases de concertation dans ce domaine qui nous préoccupe au plus haut niveau.

En effet, au moment où la plupart des pays de l'OMS adoptent des politiques et des stratégies nationales qui permettront à leurs ressortissants d'atteindre d'ici l'an 2000 un niveau de santé compatible avec une vie socialement et économiquement productive; il est pratiquement impossible pour un seul pays de notre région de lutter efficacement contre les pathologies infectieuses et parasitaires qui nous distraient. La volonté qui nous anime a été corroborée par la Conférence tenue à Alma-Ata en 1978 sur les Soins de Santé Primaire auxquels nos deux pays ont souscrit.

Notre visite Monsieur le Ministre nous permettra d'enrichir notre expérience compte tenu de vos réalisations en matière des soins de santé primaire notamment : l'Education pour la Santé, la Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement en eau saine et mesure d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris le Planning Familial; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses; la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et lésions courantes; la fourniture des médicaments essentiels.

Permettez-moi, Monsieur le Ministre, de signaler enfin que notre coopération dans le domaine socio-sanitaire emprunte plusieurs voies allant des consultations fraternelles sur les problèmes, à la conjugaison de nos efforts pour réaliser des projets de développement dans divers secteurs socio-économiques.

J'espère que nos contacts réguliers permettront à nos deux pays frères d'améliorer chacun les conditions de vie de nos populations entières.

Que vive la Santé pour Tous

Que vive la coopération entre nos pays frères.

Communiqué Conjoint publié à l'issue de la visite Officielle effectuée en République du Burundi par Son Excellence MUGANZA François, le Ministre Rwandais de la Santé Publique et des Affaires Sociales du 5 au 8 Août 1985.

Sur invitation du Gouvernement de la République du Burundi, une délégation gouvernementale du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de la République Rwandaise conduite par Son Excellence MUGANZA François, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales a effectué une visite officielle en République du Burundi du 5 au 8 Août 1985.

Cette visite s'inscrit dans le cadre de l'exécution de l'Accord Général de Coopération entre la République du Burundi et la République Rwandaise signé à Ngozi le 25 janvier 1985 par nos illustres Chefs d'Etats, le Général-Major Juvénal HABYARIMANA Président de la République Rwandaise et Président-Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement et le Colonel Jean Baptiste BAGAZA Président du Parti de l'Union pour le Progrès National, Président de la République du Burundi.

L'objectif de la visite était l'échange d'expériences dans le domaine de la Santé Publique et le renforcement des relations déjà existantes entre les deux Républiques Soeurs.

Au cours de leurs entretiens les deux Ministres ont fait un tour d'horizon des problèmes socio-sanitaires qui se posent dans les deux pays et dans le monde. Ils se sont félicités d'avoir une parfaite identité de vue sur tous les sujets qu'ils ont abordés.

Les deux délégations ont discuté des questions d'intérêt mutuel pour les deux peuples frères spécialement dans le domaine de la Santé Publique.

Elles ont, notamment, analysé ensemble les programmes en élaboration ou en cours d'exécution dans les deux pays pour asseoir les soins de santé primaires en vue d'atteindre l'objectif de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Les deux délégations ont constaté que nos deux pays connaissent les mêmes problèmes de santé et éprouvent les mêmes difficultés pour y faire face.

Les deux délégations se sont convenu :

- d'adopter une stratégie commune de lutte pour éviter la recrudescence des maladies transmissibles maîtrisées dans le passé ;
- d'intensifier l'action de surveillance et de lutte contre les maladies endo-épidémiques au sein des pays de la CEEGL;
- de continuer à échanger régulièrement des bulletins d'information, notamment les statistiques sanitaires.

.../...

- d'associer les pays frontaliers qui ne sont pas membres de la CEPGL à participer à certaines réunions à caractère scientifique et médical notamment celles du Comité Mixte de surveillance épidémiologique et des autorités sanitaire frontalières;
- de favoriser l'échange d'expérience dans la recherche sur la médecine traditionnelle et les plantes médicinales.
- de soutenir la coopération scientifique dans le domaine de la Santé.

Au nom du Gouvernement et du Peuple Rwandais, Son Excellence MUGANZA François, Ministre Rwandais de la Santé et des Affaires Sociales a exprimé sa plus sincère gratitude au Docteur SABIMANA Fidèle, Major, Ministre Burundais de la Santé Publique, au Gouvernement et au Peuple Burundais pour l'accueil chaleureux et l'hospitalité fraternelle qui lui ont été réservés ainsi qu'à sa délégation durant leur séjour au Burundi.

Son Excellence MUGANZA François, Ministre Rwandais de la Santé Publique et des Affaires Sociales a invité son Homologue Burundais à effectuer une visite officielle en République Rwandaise à une date qui lui conviendra. L'invitation a été acceptée avec joie.

Fait à Bujumbura le 8 Août 1985

Dr MUGANZA François
Ministre Rwandais de la
Santé Publique et des
Affaires Sociales;-

Dr SABIMANA Fidèle, Major,
Ministre de la Santé Publique
de la République du Burundi.-

AMABWIRIZWA CUMI YEREKE ISUKU

1. - Ibwirizwa rya mbere: - Kunywa amazi meza.
2. - Ibwirizwa rya kabiri:- Kwimba umusarani, kuwubakira n'ukuwukoresha ico wagenewe.
3. - Ibwirizwa rya gatatu:- Kwimba nyabarega yo gutamwo umwavu, aho bidashoboka, haboneke ingunguru yagenewe ico gikorwa.
4. - Ibwirizwa rya kane :- Kugirira isuku ibifungurwa cane cane ibilibwa bitarinze gutekwa.
5. - Ibwirizwa rya gatanu:- Gukingira ibifungurwa n'ibinyobwa isazi n'inkungu.
6. - Ibwirizwa rya gatandatu:- Gukaraba neza n'isabuni, iminwe n'inzara iminsi yose imbere yo gufungura cane cane harya tuvuye kwiherera kwa surwumwe.
7. - Ibwirizwa ry'indwi : - Kugira isuku amasoko n'inyubakwa zicukurizwamo ibiribwa n'ibinyobwa.
8. - Ibwirizwa ry'umunani: - Kugirira isuku amahoteli n'ubunywero.
9. - Ibwirizwa ry'icenda : - Kwama twibangikanije ico dutwaramwo amazi meza canke ikindi kinyobwa igihe tumaze urugendo rurerure.
10. - Ibwirizwa ry'icumi : - Gufasha umurwayi canke kumutabariza.

January 2

Journal of the ...

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Tableau comparatif des maladies diarrhéiques : RWANDA - BURUNDI.

Mois Maladies	Janvier				Février				Mars				Avril				
	Rwanda		Burundi		Rwanda		Burundi		Rwanda		Burundi		Rwanda		Burundi		
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	
Choléra	4	1	13		1		2		1		3					4	
Dysenterie bacillaire	646	8	2984	56	411	7	2174	42	812	8	1341	16	771	16	852	21	
Autres maladies diarrhéiques	3467	9	4236	4	3184	4	3948	5	3526	8	3992	3	2444	4	3961	3	
Total	4117	18	7220	60	3595	11	6124	47	4338	16	5336	19	3215	20	4837	24	

N.B. : C = Cas

D = Décès

Tableau comparatif des maladies diarrhéiques : RWANDA-BURUNDI Année 1984 (Suite)

	Mai		Juin		Juillet		Août		Septembre										
	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi	Rwanda	Burundi					
C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D				
647	8	924	11	831	5	903	11	763	12	1097	4	2065	15	1730	18	2797	12	2803	29
2471	18	4830	5	3397	5	6676	6	2269	2	6754	6	3294	1	6348	4	2770	8	5656	3
3118	26	5785	17	4228	10	7627	17	3039	17	7865	12	5418	20	8079	22	5628	20	8467	33

N.B. : C = Cas
D = Décès

Tableau comparatif des maladies diarrhéiques : RWANDA-BURUNDI Année 1984 (Fin)

Octobre		Novembre				Décembre				Total de chaque pays					
Rwanda		Burundi		Rwanda		Burundi		Rwanda		Burundi		Rwanda		Burundi	
C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
36	2	5	1	19	1	14	3	34		223	11	163	8		
2345	11	2524	16	1900	13	1715	12	1202		13190	115	19047	236		
2283	2	5268	2	1689	4	5334		1645	3	32439	68	57003	41		
4664	15	7797	19	3608	18	7063	15	2881	3	47852	194	76213	285		

N.B. : C = Cas

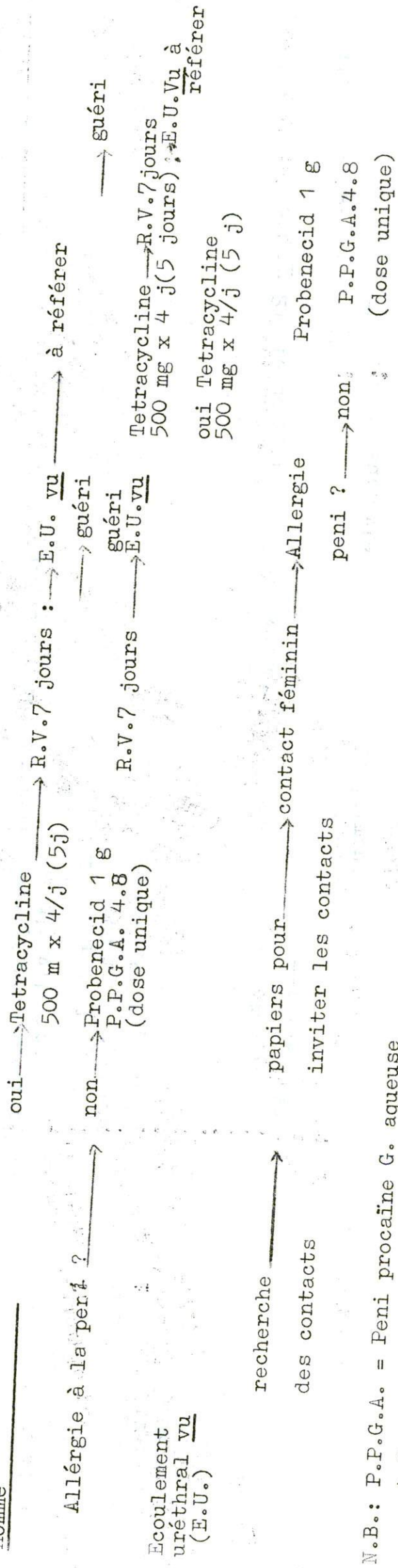
D = Décès



Stratégie de lutte contre les M.T.S.
Stratégie I (sans microscopie)

ANNEXE 5

Écoulement uréthral
Homme

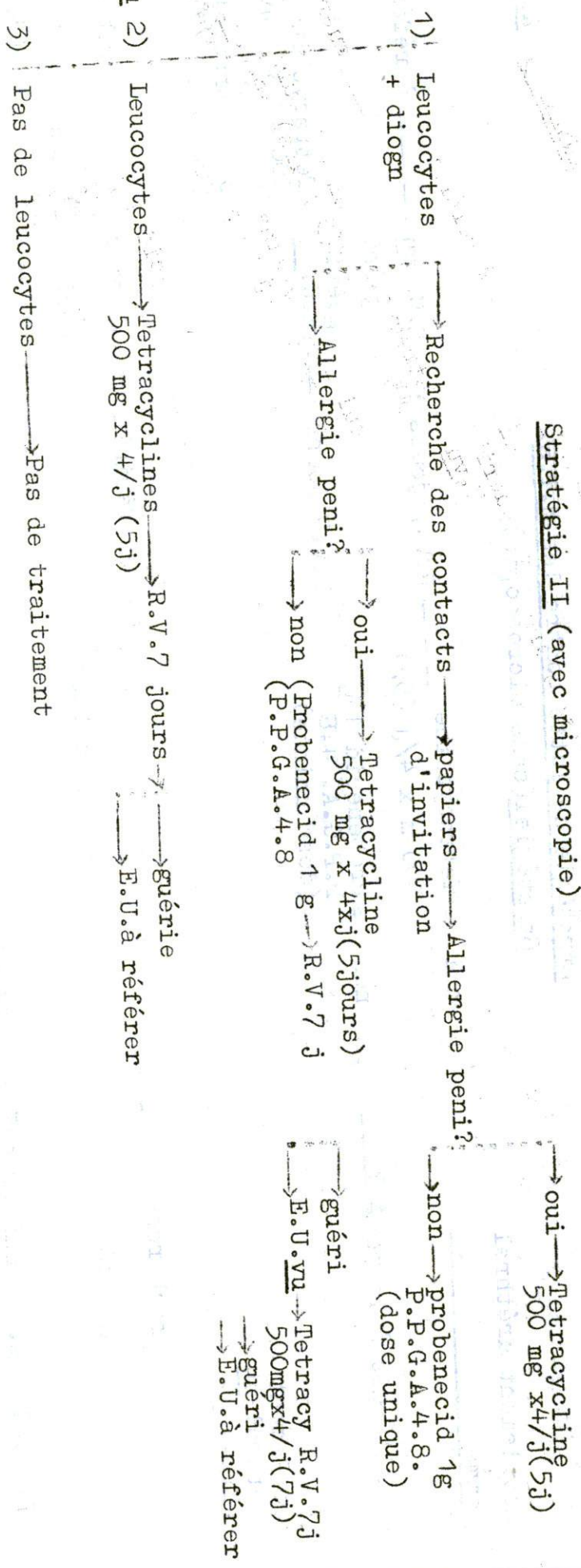


N.B.: P.P.G.A. = Peni procaïne G. aqueuse
4.8. = 4.800.000 U.I.
R.V.7 j = Rendez-vous après 7 jours.

Écoulement urétral

Hommes

Stratégie II (avec microscopie)



Écoulement urétral vu 2) Frottis au Gram.

N.B. 1) Diogn = diplocoques intracellulaires Gram négatif
2) R.V. 7 jrs = Rendez-vous après 7 jours

Stratégie III (sans microscopie)

Pertes vaginales

oui → 0 Tetracyclines
500 mg x 4/J (5 jours)
+ grossesse M.Erythromycine

Pertes vaginales (E.V./D/D.B.V.)

non (Prob. 1g → R.V. 7 jrs → P.V.) → non : guéri
(p.p.G.A.4.8) → oui

Metromidezole → R.V. 7j → P.V.
2g.dose unique

→ non : guéri
→ oui → Antimycotique
2 cés vag.j.
(7 jours)

- N.B. E.V. : Ecoulement vaginal
- P.V. : Pertes vaginales
- D. Dysurie
- D.B.V. : Douleurs du bas ventre

Ulcération génitale

Homme et Femme

Stratégie IV

Syphilis suspectée

Recherches — Papiers pour — contact —> Peni benzathine —> R.V. 7j. pour contacts symptomatiques
Contacts inviter contact féminin Extencilline 2.4 (dose unique)

—> Benzathine R.V. 7 jrs —> guéri
—> Penicilline (Extencilline 2.4) —> pas d'amélioration Aggravation
Sulfanamides

- Si allergie à la penicilline donner tetracycline

ex.: (Sulfadimidine 5g/j 7 j.
(Cotrimoxazole 2x2/7j. —> R.V. 7 j
(Sulfa retard 2/j 7j.
ou
Tetracycline 2g/j 7j.

—> guéri
—> amélioration
—> Pas d'amélioration Aggravation (2g/j 14j
Tetracyclin (à continuer 7 jours

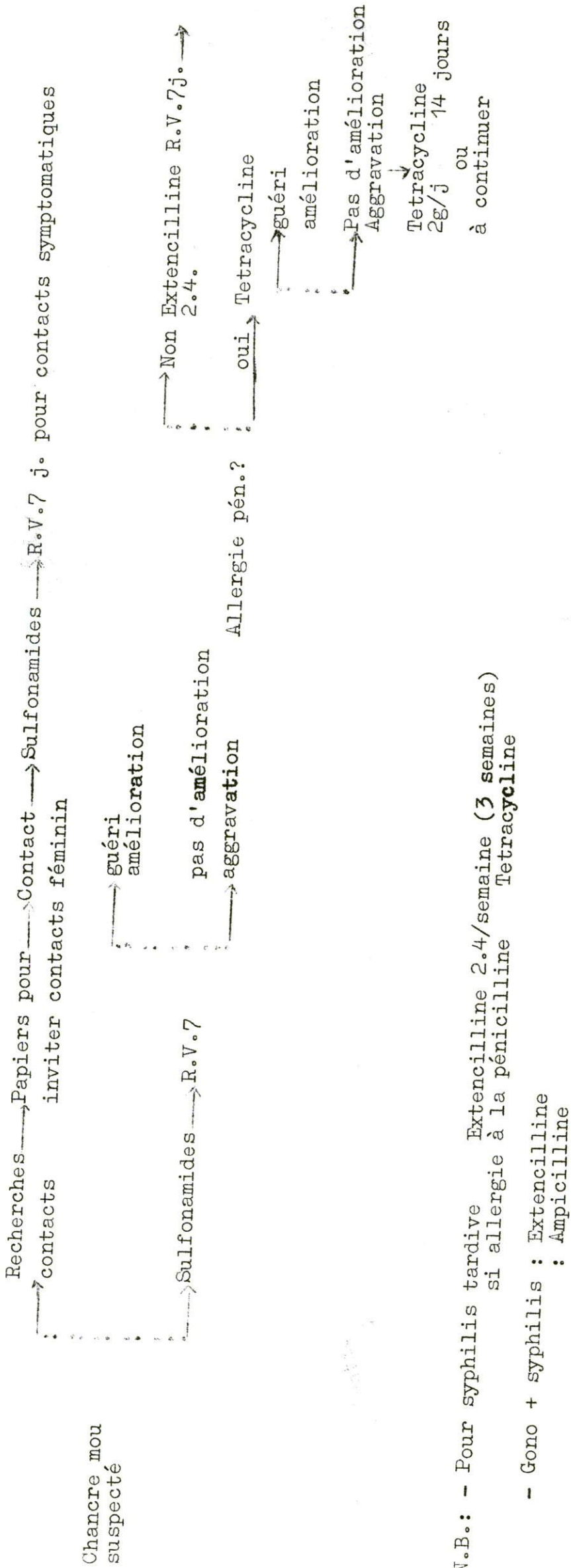
N.B. - 2.4 = 2.400.000 U.I.

- R.V. 7 j = Rendez-vous après 7 jours
- à continuer = si le malade était en cure avec le même produit.

Ulcération génitale

Homme et Femme

Stratégie V



N.B.: - Pour syphilis tardive Extencilline 2.4/semaine (3 semaines)
si allergie à la pénicilline Tetracycline

- Gono + syphilis : Extencilline
: Ampicilline

1. 1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

1941

DECRET-LOI N° 1/28 DU 27 JUIN 1980 PORTANT
INSTITUTION D'UN REGIME D'ASSURANCE-MALADIE
DES AGENTS PUBLICS ET ASSIMILES.

Le Président de la République,

Vu le Décret-Loi n° 1/186 du 26 Novembre 1976 portant organisation des pouvoirs législatif et réglementaire tel que modifié par le Décret-Loi n° 1/32 du 16 Octobre 1978 ;

Vu, et revu en son article 39 premier alinéa, le Décret n° 100/64 du 30 Juin 1977 portant Statut de la Fonction Publique ;

Vu le Décret-Loi n° 1/23 du 1er Avril 1970 portant Statut des Magistrats de la République du Burundi, notamment en son article 50 ;

Vu le Décret-Loi n° 1/42 du 30 Mars 1967 fixant le Statut des personnels de la Police Judiciaire des Parquets, notamment en ses articles 38, 63 et 77 ;

Vu le Décret n° 100/6 du 15 Janvier 1979 portant modalités particulières d'application du Statut de la Fonction Publique aux Agents de l'Ordre Judiciaire, notamment en son article 1 ;

Revu, spécialement en son article 49, le Décret n°100/71 du 22 Août 1978 portant modification du Statut des Officiers des Forces Armées ;

Vu l'Arrêté-Loi n° 011/31 du 2 Juin 1966 portant promulgation du Code du Travail du Burundi, tel que modifié à ce jour ;

Vu le Décret-Loi n° 501/67 du 5 Avril 1972 portant institution d'un régime général de sécurité sociale ;

Sur rapport du Ministre de la Fonction Publique et après avis conforme du conseil des Ministres ;

DECRETE :

Article 1.

Il est institué un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés qui garantit ses bénéficiaires contre certains risques résultant de la maladie et de la grossesse en leur assurant des prestations de :

- a) Soins médicaux curatifs nécessités par un état morbide, de grossesse ou d'accouchement et leurs suites ;
b) Soins médicaux préventifs.

Ses règles générales et particulières de fonctionnement, notamment la définition des bénéficiaires et des assujettis, la nature des prestations servies aux bénéficiaires et les conditions d'ouverture au droit à ces prestations, sont fixées par le présent Décret-Loi.

Sa gestion est confiée à un établissement public administratif, la Mutuelle de la Fonction Publique, ci-après dénommée : " LA MUTUELLE".

TITRE I.
DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I.

LES BENEFICIAIRES ET LES ASSUJETTIS.

Section 1

Les bénéficiaires.

Article 2.

Bénéficient des prestations définies au Chapitre II du présent Décret-Loi, sous réserve de remplir les conditions définies au Chapitre III de ce même Décret-Loi :

- a) Les assurés,
b) Les ayants-droit,
c) Les autres bénéficiaires définis à l'article 10.

Sous-Section 1

Les Assurés.

Article 3.

Ont la qualité d'assuré :

- a) Les personnels civils des personnes morales de droit public suivantes :
- L'Etat,
 - Les Collectivités territoriales,
 - les Etablissements Publics.
 - Les Sociétés de droit public.
- b) Les membres des Forces Armées.

../..

- a) Soins médicaux curatifs nécessités par un état morbide, de grossesse ou d'accouchement et leur suites ;
b) Soins médicaux préventifs.

Ses règles générales et particulières de fonctionnement, notamment la définition des bénéficiaires et les conditions d'ouverture au droit à ces prestations, sont fixées par le présent Décret-Loi.

Sa gestion est confiée à un établissement public administratif, la Mutuelle de la Fonction Publique, ci-après dénommée : " LA MUTUELLE".

T I T R E I.
DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I.
LES BENEFICIAIRES ET LES ASSUJETTES.

Section 1
Les bénéficiaires.

Article 2.

Bénéficient des prestations définies au Chapitre II du présent Décret-Loi, sous réserve de remplir les conditions définies au Chapitre III de ce même Décret-Loi :

- a) Les assurés,
b) Les ayants-droit,
c) les autres bénéficiaires définis à l'article 10.

Sous-Section 1

Les Assurés.

Article 3.

Ont la qualité d'assuré :

- a) les personnels civils des personnes morales de droit public suivantes :
- L'Etat,
 - Les collectivités territoriales,
 - Les Etablissements Publics.
 - Les Sociétés de droit public.
- b) Les membres des Forces Armées.

Article 4.

Cette qualité d'assuré est acquise quelle que soit, sous réserve de ce qui est dit à l'article suivant, leur qualité ou position, à savoir :

- a) En ce qui concerne les personnels soumis à l'un des Statuts des agents publics : stagiaires ou **titulaires**; sous Statut, contractuels ou **complémentaires**; en congé de repos, de circonstances, de maladie ou de maternité; en activité, en détachement ou en suspension d'activité de service.
- B) En ce qui concerne les personnels soumis aux dispositions du Code du Travail : en période d'essai, en apprentissage ou Sous-Contrat définitif; en congé annuel, de circonstance, d'éducation ouvrière, de maladie; en période d'exécution ou de suspension du contrat de travail.

Article 5.

Sont seuls privés de la qualité d'assuré :

- a) Les personnels soumis à l'un des Statuts d'Agents Publics mis en disponibilité disciplinaire, d'office ou pour convenances personnelles ;
- b) Les personnels soumis aux dispositions du Code de Travail lorsque le contrat de travail est suspendu pour une des raisons visées aux alinéas 4), 8) et 9), lorsque dans ce dernier cas l'absence autorisée est supérieure à deux mois, de l'article 41 du Code du Travail.

Article 6.

La concordance entre les situations visées aux articles 4-a et 5-a et les situations comparables prévues par les différents Statuts des agents publics autres que le Statut de la Fonction Publique sera fixée par Ordonnance du Ministre de la Fonction Publique prise après avis des Ministres concernés, en retenant chaque fois l'interprétation la plus favorable à l'agent.

Article 7.

Ont également la qualité d'assuré :

- 1° Les bénéficiaires présents ou à venir d'une pension de retraite ou d'inaptitude physique servie par l'Etat;
- 2° Les personnes appartenant, ou ayant appartenu au moment de l'événement ouvrant droit à pension ou rente à l'une des catégories définies par les articles 4 et 4-b et bénéficiaires d'une incapacité ou d'une pension de retraite ou d'invalidité servie par l'Institut National de Sécurité Sociale.

../..

Article 8.

La qualité d'assuré est enfin reconnue aux personnes suivantes :

- 1° Les personnes désignées comme bénéficiaires dans une Convention Internationale engageant le Burundi ou dans un Accord particulier pris en application d'une telle convention,
- 2° Les agents de la Coopération Technique International, à l'exclusion de ceux qui effectuent au Burundi une mission temporaire inférieure à trois mois,
- 3° Les membres ou personnels des oeuvres ou associations à caractère philanthropique ou religieux, employés à une mission de service public, notamment scolaire ou sanitaire, et admis aux bénéfices des prestations de l'assurance maladie par décision individuelle du Ministère de la Fonction Publique.

Sous-Section 2.

Les ayants-droit.

Articles 9.

Ont la qualité d'ayants-droit les membres de la famille de tout assuré. Est considérée comme membre de la famille au sens de l'alinéa précédent, toute personne qui bénéficie, ou pourrait bénéficier si son donnant droit relevait du Statut de la Fonction Publique, de l'allocation prévue à l'article 34 dudit Statut.

Sous-Section 3.

Les autres bénéficiaires.

Article 10.

Sont également bénéficiaires des prestations définies au Chapitre II du présent Décret-Loi :

- 1° Les bénéficiaires d'une rente de veuve ou d'une rente d'orphelin à charge servie par l'Etat :
- 2° Les bénéficiaires d'une rente de survivants servies par l'Institut National de Sécurité Sociale et attribuée lors du décès d'une personne visée à l'article 7-2°

.../...

Section 2.

Les assujettis.

Article 11.

Les assujettis au régime d'assurance maladie définis par le présent Décret-Loi sont les personnes physiques ou morales tenues de participer au financement dudit régime.

Article 12.

Ont la qualité d'assujetti :

- 1° Les personnes physiques définies aux sous-Section 1 (assurés) et 3 (autres bénéficiaires) de la précédente Section ;
- 2° Les personnes morales versant aux personnes physiques assujetties leur traitement, salaire, pension ou rente.

Article 13.

Les personnes physiques visées à l'article 8 et les personnes morales dont elles relèvent ne sont toutefois soumises aux obligations de l'article 11. Leur éventuelle participation au financement du régime d'assurance maladie est déterminée, selon les cas :

- 1° Par la Convention ou l'Accord leur reconnaissant la qualité de bénéficiaire ou par un accord ultérieur ,
- 2° Par l'Accord de Coopération ou par un accord ultérieur,
- 3° Par décision du Ministre de la Fonction Publique prise après consultation de l'oeuvre ou association concernée.

CHAPITRE II.

LES RISQUES COUVERTS ET LES PRESTATIONS.

Section 1.

Les soins médicaux curatifs.

Article 14.

L'assurance maladie prend à sa charge, en tout ou partie selon ce qui est dit à l'article 33 :

../..

- 1° Tout état pathologique quelle qu'en soit l'origine, maladie, ou accident, à l'exception toutefois des actes médicaux pratiqués en vue de la délivrance d'un certificat et des maladies ou blessures qui relèvent d'une réglementation particulière, notamment, en ce qui concerne les bénéficiaires définis par les articles 3 et 4-b de la législation sur la protection des risques professionnels.
- 2° La grossesse, les couches pathologiques, l'interruption volontaire de grossesse thérapeutique et l'accouchement, ainsi que leurs suites.

Article 15.

Les prestations afférentes aux risques visés au 1° de l'article précédent comprennent :

- Les consultations des médecins omnipraticiens ou généralistes ;
- Les actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par les médecins ;
- Les actes de chirurgie dentaire, sauf la prothèse dentaire ;
- Les actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien dentiste; les actes de biologie médicale ;
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- Les actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière ;
- Les frais d'hospitalisation et de traitement ;
- Les frais des accessoires et pansements et autres fournitures ;
- La fourniture des produits pharmaceutiques essentiels ;
- Les frais d'appareils de prothèse et d'orthopédie, sauf la prothèse dentaire.

Article 16.

Les prestations afférentes aux risques visés au 2° de l'article 14 comprennent :

- Les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins post-natals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée;
- Les actes de biologie médicale ;
- Les frais d'hospitalisation et de traitement ;
- La fourniture des produits pharmaceutiques essentiels ;
- Les frais d'appareil orthopédiques.

Article 17.

Les frais de transport éventuels afférents à l'une des éventualités visées à l'article 14 sont également pris en charge, sous réserve de ce qui est dit au second alinéa de l'article 30, sur présentation des justificatifs et dans les limites forfaitaires définies par ordonnance conjointe des Ministres ayant les Finances et la Fonction Publique dans leurs attributions.

.../...

Section 2.

Les soins médicaux préventifs.

Article 18.

La Mutuelle établira, en accord avec le Ministère de la Santé Publique un programme de prévention sanitaire concernant les bénéficiaires.

Article 19.

Une priorité sera donnée à la protection maternelle et infantile des bénéficiaires à savoir la protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que celle de leurs enfants n'ayant pas dépassé deux ans révolus, dits enfants de premier âge, et de deux à six ans révolus, dits enfants de second âge.

Dans le cadre de cette protection, il sera établi pour chaque enfant et remis à la mère un carnet de santé sur lequel seront reportés les renseignements sanitaires relatifs à l'enfant et comportant des feuillets détachables destinés à faire preuve du contrôle sanitaire périodique de l'enfant.

Ces feuillets détachables seront adressés à l'organisme chargé de servir les allocations familiales qui pourront être suspendus en cas de carence du bénéficiaire. Toutefois le montant des allocations familiales ainsi suspendues sera versé à l'intéressé lorsqu'il sera satisfait au dit contrôle sanitaire périodique et si le retard n'excède pas 45 jours pour les enfants de premier âge et trois mois pour les enfants de second âge.

Article 20.

La Mutuelle doit soumettre les bénéficiaires, à certaines périodes de leur vie à un examen de santé ayant pour but de déceler et de prévenir les maladies les plus courantes ou les plus graves.

En cas de carence de la Mutuelle, le bénéficiaire peut demander de sa propre initiative à subir cet examen.

Article 21.

Les prestations servies en application de la présente Section sont, nonobstant les dispositions de l'article 33, entièrement à la charge du régime d'assurance maladie.

Article 22.

Une Ordonnance conjointe des Ministères ayant la Santé et la Fonction Publique dans leurs attributions précisera les modalités d'application des dispositions de la présente Section, en prenant toutes les précautions pour éviter un double emploi entre les présentes mesures de médecine préventive et celles organisées en application d'autres dispositions législatives ou réglementaires.

CHAPITRE III.

LES CONDITIONS DE DELIVRANCE ET DE PRISE EN CHARGE
DES PRESTATIONS.

Section 1.

Les conditions relatives aux fournisseurs de prestations.

Article 23.

Les soins médicaux aux bénéficiaires sont dispensés par le personnel médical et para-médical des formations sanitaires du Gouvernement ou, à défaut, des oeuvres ou associations à caractère philanthropique ou religieux spécialement agréées par le Ministère de la Santé Publique et conventionnées dans le cadre de la Mutuelle.

Article 24.

Les soins médicaux aux bénéficiaires peuvent encore être dispensés par le personnel médical et para-médical privé conventionné dans le cadre de la Mutuelle dans les conditions définies au second alinéa de l'article 39 du Statut de la Fonction Publique qui pourront être précisées par une Ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé et la Fonction Publique dans leurs attributions.

Article 25.

En l'absence de médecin dans une formation sanitaire du Gouvernement ou d'une association ou oeuvre à caractère philanthropique ou religieux, des membres du personnel para-médical des dites formations, spécialement agréés à cet effet, pourront prescrire un certain nombre de médicaments.

La liste des médicaments pouvant être prescrits par ce personnel est établie par Ordonnance du Ministre de la Santé Publique qui procède par ailleurs à l'agrément spécial des personnes habilitées à prescrire les dits médicaments. Cet agrément individuel ne se confond pas avec celui prévu à l'article 23.

Article 26.

Les prescriptions du personnel médical visé aux articles 23 et 24 et celles du personnel para-médical visé à l'article précédent permettent entre autres, aux bénéficiaires d'obtenir les médicaments prescrits auprès des dépôts pharmaceutiques du Gouvernement ou, à défaut, auprès des pharmacies privées dans les conditions définies par les dispositions de l'Ordonnance visée à l'article 35 et par les conventions passées avec la Mutuelle.

Article 27.

Le personnel médical et para-médical est astreint au secret professionnel médical.

La liberté de prescription est limitée par l'obligation de prendre en considération la liste des médicaments essentiels visée au premier alinéa de l'article 35 et par la nécessité d'observer dans le cadre de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Section 2.

Les conditions relatives aux prestations.

Sous-Section 1.

Territorialité de la prestation.

Article 28.

Seules les prestations visées au Chapitre précédent et délivrées sur le territoire de la République du Burundi sont prises en charge par l'assurance maladie.

Article 29.

Le fait qu'un bénéficiaire réside normalement à l'étranger ne fait pas obstacle à la prise en charge des prestations délivrées au Burundi à lui-même ou à ses éventuels ayants-droit lorsqu'ils y séjournent.

Article 30.

Les prestations d'assurance maladie délivrées à l'étranger dans le cadre des dispositions du dernier alinéa de l'article 39 du Statut de la Fonction Publique ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, mais dans des conditions et selon des modalités définies par l'Ordonnance du Ministre de la Fonction Publique visée audit alinéa.

Les frais de transport à destination de l'étranger sont considérés comme prestations au sens de l'alinéa et ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

..//..

Article 31

Les prestations d'assurance maladie délivrées à l'étranger à un bénéficiaire y résidant pour études ou dans l'intérêt du service ou à ses éventuels ayants-droit y résidant avec lui, et qui n'ont pas accès à un système d'assurance maladie ou maternité local, ne sont pas prises en charge par la Mutuelle mais par la personne morale assujettie dont ils relèvent et dans les conditions définies par cette dernière.

Sous-Section 2.

Bases et conditions de la prise en charge des Prestations.

Article 32.

Les prestations définies aux articles 15 et 16 et délivrées par les personnels visés aux articles 23, 24 et 25 sont remboursées aux fournisseurs de prestations par la Mutuelle dans les conditions définies par les articles 33, 34 et 35.

Article 33.

Il pourra être décidé, par Ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé Publique et la Fonction Publique dans leurs attributions, que seule une fraction du coût réel, ou, le cas échéant, forfaitaire au sens des articles 34 et 35, de toutes ou de certaines des prestations susvisées sera prise en charge par l'assurance maladie.

L'Ordonnance visée à l'alinéa précédent fixera, pour chacune des prestations ou chacun des produits, cette fraction en pourcentage du coût réel ou forfaitaire, sans qu'elle puisse être inférieure à 70%.

La fraction du coût réel ainsi laissé à charge du bénéficiaire sera réglée directement par ce dernier au fournisseur de la prestation ou du produit.

Article 34.

Les tarifs des honoraires dus aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux et personnel para-médical sont fixé par Ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé et la Fonction Publique dans leurs attributions.

Les analyses, examens de laboratoires et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments, les prothèses, les appareils d'orthopédie, les accessoires et les pansements, sont remboursés dans les limites d'un tarif de responsabilité dans les mêmes conditions.

.../...

Les frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires du gouvernement ou dans les oeuvres ou associations à caractère philanthropique sont remboursés sur la base d'un tarif fixé dans les mêmes conditions.

Le tarif d'hospitalisation susvisé déterminera pour chaque formation sanitaire et éventuellement pour chaque service un prix de journée forfaitaire.

Article 35.

Une liste des médicaments essentiels est établie par Ordonnance du Ministre ayant la Santé Publique dans ses attributions. Seuls les médicaments figurant sur cette liste sont pris en charge par l'assurance maladie.

Ces médicaments seront remboursés sur la base d'un tarif pharmaceutique national fixé par Ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé et la Fonction Publique dans leurs attributions.

Article 36.

Une nomenclature des actes professionnels sera fixée par Ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé et la Fonction Publique dans leurs attributions.

Section 3.

Pour bénéficier de la prise en charge des prestations de l'assurance maladie par la Mutuelle, le prestataire doit :

- 1° Etre immatriculé à la Mutuelle de la Fonction Publique,
- 2° Remplir, de son Chef ou du Chef de son donnant droit certaines conditions.

Le Ministre de la Fonction Publique fixe par Ordonnance les modalités d'application de la présente Section, notamment la forme de la carte d'immatriculation et de l'attestation visée respectivement aux articles 38 et 44.

..//..

Sous-Section 1.

L'immatriculation à la Mutuelle de la Fonction Publique.

Article 38.

Tout bénéficiaire au sens de l'article 2 du présent Décret-Loi doit être immatriculé à la Mutuelle. Seule, cette Immatriculation, constatée par une carte individuelle, lui confère la qualité de bénéficiaire et lui ouvre l'accès aux prestations du régime d'assurance maladie.

Article 39.

La carte individuelle d'immatriculation est délivrée par la Mutuelle à toute personne appartenant à l'une des catégories définies à la Section 1 du Chapitre I du présent Décret-Loi sur production de tous justificatifs utiles fournis par la personne morale assujettie dont elle relève.

Elle comporte l'identité et la photographie du titulaire ainsi que son donnant droit.

Article 40.

Les ayants-droits âgés de moins de six ans sont inscrits sur la carte individuelle d'immatriculation de leur donnant droit.

Les ayants-droit âgés de six ans ou plus disposent nécessairement d'une carte individuelle d'immatriculation, d'une couleur différente de celles des assurés et des ayants-droit. L'apposition de leur photographie n'est toutefois exigée qu'à partir de leur âge de six ans.

Article 42.

Tout titulaire majeur d'une carte individuelle d'immatriculation, qu'il soit assuré, ayant-droit ou autre bénéficiaire, qui pour une raison quelconque, cesse d'appartenir à l'une des catégories définies à la Section I du Chapitre I du présent Décret-Loi ou fait l'objet d'une mesure de suspension ou d'exclusion visée à l'article 63, doit d'office faire retour de ladite carte à la Mutuelle de la Fonction Publique dans un délai d'un mois compté, selon les cas, à partir de l'expiration du délai de trois mois visé à l'article 52 ou à partir de la notification de la décision d'une exclusion ou de suspension.

Si une demande de restitution écrite lui a été adressée par la Mutuelle, ce délai est de seulement six jours, à compter de la réception de ladite demande. Passé l'un ou l'autre de ces délais, le possesseur de la carte sera considéré comme fraudeur au sens de l'article 62.

Tout donnant droit titulaire d'une carte individuelle d'immatriculation dont un ayant-droit, pour une raison quelconque, perd cette qualité, est tenu de :

- Si l'ayant-droit est un mineur titulaire d'une carte individuelle d'immatriculation, faire retour de ladite carte à la Mutuelle ;
- Si l'ayant-droit est un mineur inscrit sur sa carte individuelle d'immatriculation, faire retour de ladite carte à la Mutuelle qui la lui restitue après modification ;
- Si l'ayant-droit est un majeur, informer la Mutuelle de la perte par son ayant-droit de cette qualité.

Le tout dans les délais fixés et sous peine des sanctions prévues à l'article précédent. Il pourra en outre être fait application à l'égard du donnant droit même s'il n'a été obtenu ou tente d'être obtenu irrégulièrement aucune prestation, des sanctions prévues à l'article 63 du Décret-Loi.

Sous-Section 2.

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations

Article 14.

Pour bénéficier de la prise en charge des prestations de l'assurance-maladie par la Mutuelle de la Fonction Publique, le prestataire doit en outre remplir les conditions définies par la présente sous-section.

Il apporte la preuve de la satisfaction à ces conditions par une attestation annuelle établie par la personne morale assujettie dont il relève, en trois exemplaires dont le premier lui est remis, le second adressé à la Mutuelle et le dernier conservé par ladite personne morale.

Les attestations annuelles visées à l'alinéa précédent seront établies sur un modèle uniforme, conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article 37, par le Ministre de la Fonction Publique et seront d'une couleur différente chaque année.

Article 15.

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance maladie, les bénéficiaires visés aux articles 3, 7 et 10 doivent justifier du prélèvement à la source de leur cotisation personnelle.

Article 46.

Le taux de cotisation globale due à la Mutuelle est fixé par ordonnance du Ministre de Tutelle dans les conditions suivantes :

1. En pourcentage, selon le cas, de la rémunération soumise à cotisation au sens de l'article suivant, de la rente ou de la pension.
2. De façon que le total des recettes de la Mutuelle couvre l'ensemble de ses charges et permette la constitution de la réserve de sécurité et fonds de roulement.

La cotisation globale est répartie entre les deux catégories d'assujettis visées à l'article 12 selon des propositions déterminées par la même Ordonnance, la part incombant à l'assujetti personne physique ne pouvant en aucun cas dépasser quarante pour cent (40%) du montant de la cotisation globale.

Le taux de la cotisation globale et sa répartition entre les deux catégories d'assujettis peuvent être révisés dans les mêmes conditions.

Article 47.

Une majoration est appliquée aux cotisations qui n'ont pas été acquittées dans le délai prescrit.

Cette majoration est un pourcentage des cotisations dues par mois ou fraction de mois de retard écoulé depuis la date d'exigibilité à savoir :

- 1,5% pour les cotisations dues personnellement par les personnes morales.
- 5% pour les cotisations précomptées des personnes physiques.

La majoration de retard se calcule chaque mois par application des taux visés à l'alinéa précédent au total des cotisations exigibles et non versées.

Après un délai de six mois les majorations de retard non versées sont considérées comme des cotisations aux sens du premier alinéa du présent article et celles-mêmes sont soumises à majoration dans les conditions définies par les alinéas deux et trois.

Article 48.

Pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations de l'assurance maladie, les assurés visés aux articles 3 et 7 doivent en outre justifier d'un minimum d'heures ou de jours d'activité, ou en position assimilée à l'activité au sens de l'article 4, au cours d'une période de référence.

Article 49.

Les assurés bénéficiaires d'une pension d'inaptitude physique servie par l'Etat et ceux bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité servie par l'Institut National de Sécurité Sociale qui ne peuvent remplir les conditions prévues à l'article précédent ont et ouvrent néanmoins droit aux prestations si la rente ou pension correspond à une incapacité de travail au moins égale à 66,66%.

.../....

Article 50.

Si un arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà de six mois, l'assuré n'a droit et n'ouvre droit aux prestations à compter du septième mois que s'il justifie :

- 1° D'une durée minimum d'immatriculation au sens de l'article 38 du présent Décret-loi
- 2° D'un nombre minimum d'heures ou de jours d'activité, ou assimilés, au cours d'une période de référence.

Article 51.

Les bénéficiaires visés à l'article 7 ont droit et ouvrent droit, et ceux visés à l'article 10 ont droit, aux prestations sans limitation de durée pour tout état de maladie aussi longtemps qu'ils conservent leur qualité de bénéficiaire.

Article 52.

Le droit aux prestations de l'assurance maladie est conservé pendant un délai de trois mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire a perdu cette qualité.

Article 53.

La date prise en considération pour apprécier si le bénéficiaire remplit les conditions prévues à la présente sous-section est la date des soins ou de la prescription.

Article 54.

En cas d'interruption de travail, de soins continus ou d'affectation de longue durée supérieur à six mois la Mutuelle fait procéder périodiquement à un examen médical spécial du bénéficiaire.

Cet examen est effectué conjointement par le médecin traitant du bénéficiaire et par le médecin conseil de la Mutuelle en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption.

La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

- 1° De soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin expert conseil ou, en cas de défaut, par le Directeur Général de la Santé Publique. L'avis technique du médecin expert ainsi désigné n'est susceptible d'aucun recours;
- 2° De se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la Mutuelle;
- 3° De s'abstenir de toute activité, absence ou déplacement non autorisé par le médecin conseil de la Mutuelle ;
- 4° D'accomplir les exercices ou travaux prescrits comme il est fait au 1° du présent alinéa en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

.../...

SECTION IV - Les relations du fournisseur de prestation avec le prestataire et avec la Mutuelle de la Fonction Publique

Article 55.

Avant la délivrance de chaque prestation, le prestataire présente au fournisseur de prestation la carte d'immatriculation visée, selon le cas, à l'article 39 et 40 et l'attestation visée à l'article 44.

Article 56.

A l'occasion de chaque fourniture de prestation, le fournisseur de prestation établit une "feuille de prestation" sur laquelle sont indiqués :

- d'une part les nom et adresse du fournisseur de prestation et son numéro d'identification codé, attribué par la Mutuelle ;
- d'autre part les nom et adresse du prestataire et son numéro d'immatriculation à la Mutuelle ;
- enfin la date ainsi que le prix et la nature des actes effectués, tels qu'ils figurent dans le tarif et la nomenclature visés, selon le cas, aux articles 34, 35 ou 36 et, le cas échéant, le prix réel de l'acte et la somme déboursée par le prestataire.

Article 57.

Le médecin, ou à défaut le personnel para-médical visé à l'article 25, précise en outre si une ordonnance médicale a été délivrée.

Les prescriptions médicales au sens de l'alinéa précédent ne peuvent être délivrées, outre les obligations de l'article 55, qu'au vu d'une ordonnance sur laquelle figure le numéro d'identification codé du médecin et qui est reporté sur la feuille de prestation établie par l'auxiliaire médical ou le pharmacien exécutant l'ordonnance.

Sont considérés comme pharmaciens au sens de l'alinéa précédent, outre les pharmaciens privés conventionnés, les responsables des dépôts pharmaceutiques publics ou des oeuvres ou associations à caractère philanthropique ou religieux agréés qui délivrent des médicaments à des bénéficiaires non hospitalisés.

Article 58.

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, l'établissement hospitalier doit adresser dans les quarante huit heures suivant l'admission un "avis d'admission" à la Mutuelle. A la fin de l'hospitalisation il est tenu de lui adresser dans le même délai un "avis de sortie" accompagné du décompte des frais d'hospitalisation faisant ressortir la date, le prix et la nature des actes effectués et des médicaments délivrés selon les tarifs et la nomenclature visés respectivement aux articles 34, 35 et 36, le prix de journée visé au dernier alinéa de l'article 34, la durée de l'hospitalisation et, le cas échéant, les prix réels et la somme déboursée par le prestataire.

.../...

Article 59.

Les feuilles de prestation sont signées par le bénéficiaire ou son représentant après vérification du montant de la somme qu'il a déboursée et par le fournisseur de prestation qui l'adresse à la Mutuelle de la Fonction Publique.

Article 60.

Les modalités d'application de la présente Section sont fixées par l'Ordonnance visée à l'article 70.

Elles devront permettre d'éviter la fraude, d'assurer un remboursement rapide aux fournisseurs de prestations et de vérifier si ces derniers respectent les engagements pris dans le cadre des conventions passées avec la Mutuelle, notamment en ce qui concerne le prix réel des prestations.

CHAPITRE IV - SANCTIONS DE LA FRAUDE.

Article 61.

Les personnes morales et les personnes physiques assujetties au sens de l'article 12, sont tenues chacune en ce qui la concerne, d'informer la Mutuelle de toute modification intervenue dans la situation familiale, matrimoniale ou professionnelle du bénéficiaire ayant ou pouvant avoir une incidence sur l'assiette des cotisations dues à la Mutuelle, sur l'étendue des obligations de cette dernière envers les fournisseurs de prestations ou sur la reconnaissance de la qualité de bénéficiaire.

Une ordonnance du Ministre de la Fonction Publique précisera les informations devant être données à la Mutuelle, les documents devant être utilisés et les informations à y porter, ainsi que les justificatifs à produire.

Cette ordonnance fixera également les délais dans lesquels ces informations, documents et justificatifs devront être communiqués à la Mutuelle et elle pourra prévoir, pour tout ou partie de ces informations, que le dépassement de ces délais permettra de considérer l'assujetti comme fraudeur au sens de l'article suivant et de lui faire application, même si aucune prestation n'a été obtenue irrégulièrement, des sanctions prévues, selon les cas, aux articles 61 et 62.

Article 62.

Quiconque aura, de mauvaise foi, obtenu, tenté d'obtenir, aidé à obtenir ou délivré irrégulièrement une prestation prise en charge par la Mutuelle, devra lui verser le triple des sommes déboursées à tort par cette dernière, le tout sans préjudice d'éventuelles poursuites disciplinaires, engagées sur la base du Statut particulier du fraudeur, ou pénales, engagées sur la base des articles 124 à 127 du Code Pénal ou, selon le cas, sur la base du présent Décret-Loi et du Décret du 6 Août 1922 prévoyant les sanctions à appliquer aux infractions à l'égard desquelles la loi ne détermine pas de peine particulière.

La décision invitant la personne à verser à la Mutuelle le triple des sommes déboursées à tort par elle sera prise par le Directeur Général de cette dernière. Appel pourra être fait dans délai d'un mois à compter de sa notification devant la Commission de Recours Gracieux visée à l'article 68.

.../...

Article 63.

Le bénéficiaire auteur des faits visés au premier alinéa de l'article précédent pourra en outre être privé temporairement du bénéfice des prestations de l'assurance maladie par le Directeur Général de la Mutuelle pendant une période d'un mois au minimum et de six mois au maximum.

En cas de récidive, le Directeur Général de la Mutuelle pourra prendre soit une nouvelle mesure de suspension pouvant aller jusqu'à douze mois, soit une mesure d'exclusion pour une durée indéterminée.

Appel pourra être fait des décisions visées aux deux alinéa précédents auprès de la Commission de Recours Gracieux dans un délai d'un mois à compter de leur notification.

Article 64.

Si la fraude a été rendue possible par la négligence de la personne morale assujettie, cette dernière pourra être tenue, par décision du Directeur Général de la Mutuelle, de verser à cette dernière le montant intégral de la cotisation globale visée à l'article 46 qui aurait été due à la Mutuelle pendant la durée de la suspension ou pendant douze mois en cas d'exclusion.

Appel pourra être fait de la décision visée à l'alinéa précédent auprès de la Commission de Recours Gracieux dans un délai d'un mois à compter de sa notification.

Article 65.

Toute suspension ou exclusion d'un bénéficiaire entraîne la perte du droit aux prestations de l'assurance maladie aussi bien pour lui-même que pour ses éventuels ayants-droit.

En aucun cas elles ne donnent droit au remboursement des cotisations déjà versées par l'assujetti.

Article 66.

Les décisions du Directeur Général de la Mutuelle ou, le cas échéant, celles de la Commission de Recours Gracieux, visées aux articles 62, 63 et 64, seront exécutoires comme une décision de justice définitive après leur homologation par le Président de la juridiction visée au premier alinéa de l'article 67 qui statue contradictoirement par une décision non susceptible de voie de recours.

TITRE II - DISPOSITIONS DIVERSES, TRANSITOIRES EN FINALES.

Article 67.

Les difficultés pouvant surgir de l'application du présent Décret-Loi et de ses textes d'application sont de la compétence exclusive du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent à raison du lieu du siège de la Mutuelle.

.../...

Les cas relevant de cette juridiction sont, notamment les litiges relatifs à l'assujettissement, à l'assiette de la cotisation, et aux modalités d'attribution, montants et rejets des prestations.

Les dispositions du premier alinéa du présent article ne s'appliquent pas au contentieux pénal ou disciplinaire.

Article 68.

Avant d'être soumises au Tribunal de Grande Instance, les réclamations formées contre les décisions de la Mutuelle sont obligatoirement portées devant une Commission de Recours Gracieux constituée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en son sein et composée des quatre membres suivants :

- Un représentant des personnes morales assujetties,
- Un représentant des personnes physiques assujetties,
- Un représentant de l'Etat,
- Un représentant de l'Union des Travailleurs du Burundi.

Un représentant du Ministre y siège également à titre purement consultatif.

Une ordonnance du Ministre précise les règles de fonctionnement de la Commission de Recours Gracieux.

Article 69.

Le contentieux du contrôle technique concernant les Médecins, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, pour les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires de la Mutuelle et à leurs ayants-droit est assuré par les contrôleurs médicaux visés à l'article 73.

Article 70.

Une Ordonnance du Ministre de Tutelle fixe les modalités d'immatriculation des assujettis et le recensement des ayants-droit, la perception de la subvention de l'Etat et des cotisations des assujettis, les obligations qui incombent aux bénéficiaires ainsi qu'aux personnels des formations sanitaires du Gouvernement et des oeuvres ou associations à caractère philanthropique ou religieux, dans le fonctionnement du régime.

Cette Ordonnance précise les documents à utiliser et les informations devant y être portées par le personnel médical ou para-médical et par les pharmaciens lors de la prescription, du traitement et de la délivrance des prestations. Elle détermine les modalités de remboursement de la Mutuelle aux fournisseurs de prestations.

Article 71.

Le délai de prescription du droit aux prestations est de douze mois sauf en cas de grossesse à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent les dites prestations. Ce délai est de deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

Article 72.

Lorsque l'événement ouvrant droit aux prestations est dû à la faute d'un tiers, la Mutuelle doit ouvrir les frais médicaux du prestataire compte tenu des dispositions du présent Décret-Loi mais elle dispose d'un droit de recours contre le tiers responsable.

Le prestataire a, conformément au droit commun, la possibilité de réclamer au tiers responsable la réparation du préjudice subi, la Mutuelle étant alors subrogée de plein droit au demandeur pour le montant des prestations octroyées.

Article 73.

Le contrôle de l'application des dispositions du présent Décret-Loi est assuré par des contrôleurs médicaux placés sous l'autorité du Médecin-Conseil de la Mutuelle. Les contrôleurs médicaux sont tenus au secret professionnel.

Article 74.

En l'attente des mesures d'application prévues aux articles 34, 35 et 36 du présent Décret-Loi des évaluations forfaitaires et provisoires des différentes prestations pourront être effectuées afin de permettre le remboursement de fournisseurs de prestations par la Mutuelle, sous réserve de régularisation ultérieure.

Article 75.

Les prestations délivrées antérieurement à chacune des dates de mise en application prévues à l'article 76 restent à la charge des personnes morales désignées par la législation et la réglementation auxquelles se subsistent les dispositions du présent Décret-Loi.

Article 76.

Des dates particulières d'application du régime d'assurance maladie institué par le présent Décret-Loi seront fixées par le Ministre de la Fonction Publique pour chacune des catégories d'assujettis et pour chaque type de prestations.

Article 77.

Le présent Décret-Loi abroge toutes dispositions antérieures contraires et notamment l'article 49 du Décret-Loi 100/71 du 22 Août 1978 portant modification du Statut des Officiers des Forces Armées et le premier alinéa de l'article 39 du Décret 100/64 du 30 Juin 1977 portant Statut de la Fonction Publique qui sont chacun remplacés par la disposition suivante :

" Les personnels soumis au présent statut bénéficient des prestations de l'assurance maladie selon les modalités et conditions prévues par le Décret-Loi n° 1/28 du 27 Juin 1980 portant institution d'un régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés".

.../...

Article 78.

Les Ministres de la Santé et de la Fonction Publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent Décret-Loi qui entre en vigueur, sous réserve de ce qui est dit aux articles 75 et 76, le jour de sa signature.

Par le Président de la République

Le Ministre de la Fonction Publique

Damien BARAKAMFITIYE

Le Ministre de la Santé Publique

Fidèle BIZIMANA

Fait à Bujumbura, le 27 Juin 1980

Jean Baptiste BAGAZA

Colonel

Vu et scellé du Sceau de la République

Le Ministre de la Justice.

DECRET N° 100/107 DU 27 JUIN 1980 PORTANT CREATION
ET ORGANISATION D'UNE MUTUELLE DE LA FONCTION
PUBLIQUE.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu le décret-loi n° 1/186 du 26 Novembre 1976 portant organisation des pouvoirs législatifs et réglementaires tel que modifié par le décret-loi n° 1/32 du 16 Octobre 1978 ;

Vu le décret-loi n° 1/28 du 27 Juin 1980 portant institution d'un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés ;

Vu le décret-loi n° 1/30 du 10 Octobre 1978 portant cadre organique des établissements publics burundais ;

Sur rapport du Ministre de la Fonction Publique,

DECRETE :

CHAPITRE I. DENOMINATION, OBJET ET SIEGE.

Article 1.

Il est créé, sous la dénomination de MUTUELLE de la Fonction Publique, un Etablissement Public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie organique et financière, ci-après appelé "MUTUELLE".

Article 2.

La Mutuelle est chargée de la gestion du régime d'assurance maladie.

A cette fin, elle perçoit les cotisations, assure aux assujettis et à leurs ayants-droit les prestations; signe toute convention utile, notamment, celles prévues par les articles 41 à 45 ci-dessous et procède à toute opération nécessaire à l'accomplissement de l'objet visé à l'alinéa précédent.

Article 3.

La Mutuelle est placée sous la tutelle du Ministre ayant la Fonction Publique dans ses attributions, ci-après dénommé "Le Ministre de Tutelle".

Cette tutelle pourra s'exercer soit directement, soit par l'intermédiaire d'un Commissaire du Gouvernement choisi par le Ministre parmi les fonctionnaires de la catégorie de direction relevant de son autorité et ne faisant pas partie du Conseil d'Administration.

Article 4.

Le siège de la Mutuelle est fixé à Bujumbura. Il peut être transféré en toute autre lieu du territoire par décision du Conseil d'Administration soumise à l'approbation du Ministre de Tutelle.

.../...

Le Conseil d'Administration peut décider de l'ouverture de Centres, Bureaux, Agences ou Annexes en tout lieu du territoire.

CHAPITRE II - ORGANISATION ADMINISTRATIVE.

Article 5.

La Mutuelle est administrée dans le cadre des instructions du Gouvernement et sous réserve de l'exercice du pouvoir de tutelle, par un Conseil d'Administration.

L'exécution des décisions du Conseil d'Administration et la gestion quotidienne de la Mutuelle sont confiées à un Directeur Général.

Section 1.

Le Conseil d'Administration.

Article 6.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle est composé de douze membres, à savoir :

a) Quatre représentants de l'Etat :

1. Le Directeur Général de la Fonction Publique ; Président
2. Le Directeur Général de la Santé Publique ; Vice-Président
3. Un représentant du Ministère du Plan
4. Un représentant du Ministère des Finances.

b) Quatre représentants des assujettis, comprenant au moins une femme et au moins un représentant des personnels des personnes morales assujetties autres que l'Etat, et au maximum un agent occupant un emploi de la catégorie de direction.

c) Trois représentants des fournisseurs des prestations :

1. Un représentant des pharmacies privées ;
2. Un représentant des oeuvres ou associations à caractère philanthropique ou religieux;
3. Un représentant des médecins du Gouvernement.

d) Un représentant de l'union des Travailleurs du Burundi.

Article 7.

Les Directeurs Généraux de la Fonction Publique et de la Santé, étant membres de droit du Conseil, y siègent aussi longtemps qu'ils restent chargés de ces fonctions.

Les autres membres du Conseil sont nommés par décret pour une durée de trois ans renouvelable, sur proposition du Ministre de Tutelle et après concertation avec les Ministres, les responsables des organismes ou les personnes intéressées.

Article 8.

Le Ministre de Tutelle peut, à tout moment, proposer de mettre fin au mandat des membres du Conseil visés au second alinéa de l'article précédent à la requête ou avec l'accord de l'autorité ou de l'organisme dont relèvent les membres. Il en est ainsi notamment en cas de faute grave commise dans l'exercice dudit mandat.

.../...

Le membre qui perd la qualité à raison de laquelle il a été nommé membre du Conseil est considéré d'office comme ne faisant plus partie dudit Conseil.

Tout membre du Conseil condamné à une peine de servitude pénale ou pour des faits de violence ou de malhonnêteté, est déchu d'office de son mandat de membre dudit Conseil.

Est suspendu le mandat de tout membre fonctionnaire du Conseil faisant l'objet d'une suspension par mesure d'ordre, sauf à faire application, le cas échéant, des dispositions de l'alinéa précédent.

Il est, dans les cas prévus aux alinéas précédents, immédiatement procédé à son remplacement, éventuellement provisoire, dans les conditions définies à l'article précédent.

Article 9.

Dans le cadre de la politique définie par le Gouvernement, le Conseil détermine les orientations de l'action de la Mutuelle et prend toute décision nécessaire à la réalisation de son objet et à sa bonne administration.

C'est ainsi que, notamment il :

- a) établit son règlement interne et approuve le règlement intérieur de la Mutuelle,
- b) détermine l'organisation et les structures administratives de la Mutuelle,
- c) vote le budget prévisionnel de l'exercice à venir et examine les comptes de l'exercice écoulé, décidant de l'affectation des résultats,
- d) fixe le programme de prévention de la Mutuelle,
- e) détermine le programme de placement des fonds de la Mutuelle,
- f) arrête les conditions d'engagement de rémunération, de classification et de service des différentes catégories de personnel dans le respect de la législation du travail et des conventions collectives applicables,
- g) réserve, éventuellement, à sa compétence ou à son approbation tout acte de gestion quotidienne,
- h) donne son avis sur le montant des cotisations,
- i) autorise la signature par le Directeur Général des conventions visées aux articles 41 à 45,
- j) autorise le Directeur Général à conclure des baux, acquérir ou aliéner tout bien immeuble, accepter des dons et legs et contracter tout emprunt.

Article 10.

Le Directeur Général de la Mutuelle assiste, avec voix purement consultative, aux réunions du Conseil et en assure le Secrétariat.

Il fait connaître son avis sur chaque point de l'ordre du jour, mais n'assiste pas, sauf décision contraire du Conseil, aux délibérations le concernant, le Secrétariat du Conseil étant alors assuré par un membre du Conseil désigné par son Président.

...../...

Article 11.

Le Conseil peut inviter à ses réunions toute personne compétente dont l'avis lui paraît utile sur un point de l'ordre du jour.

Ces invités ne participent pas aux votes, ni n'assistent aux délibérations sur les autres points de l'ordre du jour.

Article 12.

Les membres du Conseil et leurs conjoints ne peuvent occuper un emploi rémunéré à la Mutuelle, ni prendre ou conserver un intérêt direct ou indirect dans une convention passée par ou pour la Mutuelle, ainsi que dans toute entreprise dans laquelle elle aurait une participation financière.

Article 13.

Les fonctions de membres du Conseil sont rémunérées suivant le droit commun en la matière. Le Conseil peut ordonner le remboursement des frais assumés par l'un de ses membres dans le cadre d'une mission particulière.

Il peut également ordonner d'accorder une indemnité compensatoire aux membres dont l'exercice de leur mandat a pour effet de réduire leur rémunération.

Les membres visés à l'alinéa précédent du présent article ne participent pas aux délibérations ainsi qu'aux votes les concernant.

Article 14.

Le Conseil se réunit au moins une fois par trimestre. Il peut également tenir des réunions extraordinaires à la diligence de son Président ou à la demande d'au moins cinq de ses membres.

Les convocations doivent préciser l'ordre du jour.

Elles sont envoyées par le Secrétaire du Conseil au moins deux semaines à l'avance, sauf urgence justifiée.

Article 15.

Le Président arrête l'ordre du jour, éventuellement sur proposition du Directeur Général.

Tout point dont l'inscription est demandée par quatre au moins de ses membres du Conseil doit figurer à l'ordre du jour de sa plus prochaine réunion.

Le Président communique au moins deux semaines à l'avance l'ordre du jour au Ministre de Tutelle. Le Ministre peut demander l'inscription à l'ordre du jour du Conseil des points qui doivent alors être examinés en priorité lors de sa plus prochaine réunion nonobstant les prescriptions du second alinéa de l'article précédent et celle, de l'alinéa suivant.

Sauf acceptation du Conseil, il ne peut être mis en délibération d'autres sujets que ceux portés à l'ordre du jour.

Article 16.

Au cours de sa première réunion ordinaire, le Conseil adopte son règlement interne, qui prévoit notamment les conditions dans lesquelles le Directeur Général assure le Secrétariat, la forme des procès-verbaux de délibération, les mesures de classement des archives.

.../...

Au cours de sa réunion ordinaire du dernier trimestre le Conseil examine les propositions de programmes et les prévisions budgétaires de l'exercice suivant.

Au cours de sa réunion ordinaire du premier trimestre, et en tous cas avant le 31 mars, le Conseil approuve, après examen, les comptes de l'exercice écoulé.

Au cours de chaque réunion trimestrielle, le Conseil examine le rapport d'activité du Directeur Général visé à l'article 31 et 64.

Article 17.

Les décisions du Conseil sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les membres visés au littéra c) de l'article 6 ne prennent pas part aux votes concernant les opérations visées aux littéra c), i), j de l'article 9.

Article 18.

Les résolutions du Conseil doivent être rédigées en séance et être soumises à la signature des membres présents avant la fin de la réunion.

Chaque réunion du Conseil fait l'objet d'un procès-verbal rédigé par le Secrétaire du Conseil et approuvé par le Conseil au début de sa réunion suivante. Un exemplaire de ce procès-verbal est adressé à chaque membre du Conseil, ainsi qu'au Ministre, dans la quinzaine qui suit la réunion.

Article 19.

Les membres de droit du Conseil peuvent se faire représenter en cas d'empêchement par un délégué relevant de leur autorité.

Toute autre membre empêché ne peut se faire représenter que par un autre membre du Conseil en vertu d'un pouvoir écrit qui peut résulter d'une simple mention signée au bas de la convocation du défaillant.

Le vice-président remplace de droit le Président empêché.

Article 20.

Le Conseil ne siège valablement que si six de ses membres au moins sont présents ou représentés. A défaut, tous les membres du Conseil sont reconvoqués sur le même ordre du jour dans la quinzaine suivante.

Le Conseil siège alors valablement quel que soit nombre des présents.

Section 2.

La Direction.

Article 21.

L'exécution des décisions du Conseil et la gestion journalière de la Mutuelle sont confiées à un Directeur Général assisté d'autant de Directeurs que de besoin, tous nommés par décret pris sur propositions du Ministre de Tutelle.

.../...

La durée de leur mandat est de 4 ans renouvelable.

Article 22.

Les pouvoirs de Direction peuvent être délégués, sous la responsabilité du déléguant et dans les limites fixées par le Conseil, à des chefs de services ou cadre de la Mutuelle.

Article 23.

Le Directeur Général :

- représente la Mutuelle dans tous les actes publics auprès des tiers ou en justice ;
- engage et licencie le personnel autre que du cadre de direction ou de l'assistance étrangère ;
- signe les correspondances et les documents ;
- engage les dépenses après vérification des existants et conformément au budget prévisionnel approuvé par le Conseil et aux dispositions de l'ordonnance visée au second alinéa de l'article 34, ;
- émet et acquitte les mandats et chèques ou tout autre titre de paiement dans les mêmes conditions ;
- assure la gestion des comptes bancaires ou postaux de la Mutuelle dans les conditions arrêtées par le conseil ;
- prépare la négociation des conventions visées aux article 48 à 52 et fournit aux membres du Conseil tous renseignements et documents utiles à ce sujet ;
- prend toutes décisions utiles à l'exécution des infractions du Conseil, à la gestion de la Mutuelle et à l'accomplissement de sa mission;

Les décisions du Directeur Général sont exécutoires. Toutefois, sont soumises à l'approbation ou à l'autorisation du Conseil :

- toute acquisition ou aliénation d'immeuble ;
- tout emprunt hypothécaire ;
- tout achat ou aliénation de produit ou d'équipement d'une valeur totale supérieure à un montant fixé par ordonnance visée au second alinéa de l'article 34.

Article 24.

Les attributions du Directeur Général dans le déroulement des opérations financières sont définies par ordonnance visée au second alinéa de l'article 34.

Le Directeur Général peut, sous sa responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

Article 25.

Avant chaque réunion trimestrielle du Conseil, le Directeur Général adresse à ses membres un rapport qui rend compte de l'exécution des décisions adoptées lors de la précédente réunion, des initiatives prises et de la situation générale de la Mutuelle.

.../...

Article 26.

En fin d'année, il présente au Conseil de propositions de budget prévisionnel de l'exercice à venir faisant ressortir d'une part la gestion administrative, d'autre part l'action sanitaire et sociale; le budget prévisionnel comprend un tableau évaluatif des recettes et des dépenses prévisibles et afférentes aux différents risques ou charges gérés par la Mutuelle.

Après la clôture de chaque **exercice**, il présente au Conseil un rapport général sur le fonctionnement administratif et financier de la Mutuelle, faisant ressortir les comptes et le bilan de l'exercice écoulé.

Section 3.

Exercice de la Tutelle.

Article 27.

Le Ministre ou, le cas échéant, le Commissaire du Gouvernement, est destinataire de tout document soumis à l'approbation du Conseil ainsi que de la copie de toute décision prise par le Conseil.

Article 28.

Le Ministre annule toute décision du Conseil contraire au présent décret ou à la réglementation d'ordre public.

Article 29.

Il peut encore annuler ou suspendre toute décision qu'il estime contraire à l'intérêt général ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la Mutuelle.

Article 30.

La décision suspendue est renvoyée au Conseil, avec un avis motivé, pour un nouvel examen sous trois semaines. Le Ministre peut annuler la décision suspendue qui aurait été maintenue par le Conseil et faire éventuellement usage du pouvoir de substitution prévue au littéra c) de l'article 18 du décret-loi n° 1/30 du 10 Octobre 1978 portant cadre organique des établissements publics burundais.

Article 31.

Les annulations et suspensions visées à la présente section doivent intervenir dans la quinzaine où la décision en cause a été portée à la connaissance du Ministre par l'envoi d'une copie.

Article 32.

Conformément aux dispositions du second alinéa de l'article 3, le Ministre peut déléguer l'exercice de la tutelle à un Commissaire du Gouvernement. Les annulations ou suspensions prononcées par ce dernier en application des dispositions de la présente Section peuvent alors être déférées en dernier recours, dans la huitaine de leur notification, au Ministre qui statue dans les deux jours.

.../...

CHAPITRE III. ORGANISATION ET OPERATIONS FINANCIERES.

Article 33.

L'Etat affecte à la Mutuelle les parcelles, immeubles, installations, équipements et véhicules nécessaires à son établissement. Cette affectation emporte au profit de la Mutuelle transfert de propriété de ces biens, dont la désignation et l'estimation sont portées à un inventaire visé conjointement par le Ministre de Tutelle et par le Ministre ayant les Finances dans ses attributions.

A défaut d'affectation de tout ou partie de ces biens, le patrimoine d'affectation de la Mutuelle est constitué ou complété par une dotation budgétaire suffisante pour lui permettre d'acquérir les biens nécessaires à son établissement.

Article 34.

Les opérations financières et comptables de la Mutuelle sont effectuées, sous le contrôle du Conseil, par le Directeur Général et par l'Agent comptable.

Les règles relatives aux opérations financières et à l'organisation comptable sont fixées, dans le cadre des dispositions du présent chapitre, par une Ordonnance du Ministre de tutelle prise après avis du Conseil.

Section 1.

Article 35.

Les ressources de la Mutuelle sont :

- a) les cotisations mensuelles des personnes physiques et celles des personnes morales assujetties visées respectivement à l'article 12-1° et 2° du décret-loi instituant le régime d'assurance-maladie.
- b) les subventions de l'Etat relatives aux dépenses de fonctionnement ou d'investissement,
- c) les majorations de retard
- d) les produits des placements des fonds
- e) les dons et legs
- f) toutes autres ressources attribuées à la Mutuelle par un texte législatif et réglementaire ou par l'aide internationale.

Article 36.

Les cotisations dues à la Mutuelle sont assises sur le traitement brut des personnes assujetties.

Article 37.

Il est constitué une réserve de sécurité au moins égale à la moyenne arithmétique du montant total des dépenses au cours des deux exercices précédents.

.../...

Article 38.

Il est institué un fond de roulement dont le montant ne peut être inférieur au double de la moyenne arithmétique mensuelle des dépenses enregistrées au cours de l'exercice précédent.

Article 39.

Les sommes visées aux 2 articles précédents, leur placement et le produit de ce placement sont comptabilisés dans des comptes spéciaux.

Article 40.

Les dépenses de la Mutuelle sont constituées par :

- le service des prestations
- les frais de fonctionnement, notamment en personnel et en matériel
- les dépenses d'investissement (travaux neufs, renouvellement du matériel;..)
- les intérêts et annuités d'amortissement des dettes
- les taxes, contributions, impôts et charges sociales légalement dues.

Article 41.

La Mutuelle passera un contrat avec l'Etat représenté par le Ministère de la Santé Publique afin de définir les modalités de fourniture aux assujettis et à leurs ayants-droit des prestations sanitaires par les formations sanitaires du Gouvernement.

Ce contrat précisera les procédures selon lesquelles la Mutuelle participera à l'élaboration et à l'application d'une politique visant à instaurer des soins médicaux préventifs.

Il indiquera les modalités de remboursement par la Mutuelle des différents services et prestations fournies par le Ministère de la Santé Publique.

Article 42.

Des conventions particulières, soumises à l'approbation du Ministre de la Santé Publique, pourront être passées directement, avec des formations sanitaires du Gouvernement aux fins visées à l'article précédent.

Article 43.

Des conventions pourront être passées entre la Mutuelle et les établissements pharmaceutiques privés afin de déterminer les conditions et les tarifs selon lesquels seront délivrées et remboursées les fournitures pharmaceutiques en cas d'absence des produits prescrits dans les dépôts pharmaceutiques de l'Etat.

Article 44.

Des conventions pourront être conclues entre la Mutuelle et les formations sanitaires des associations ou oeuvres à caractère philanthropique ou religieux afin de déterminer les conditions et les tarifs selon lesquels seront délivrées et remboursées les prestations sanitaires ou pharmaceutiques prestées ou prescrites par leur personnel médical ou para-médical agréé par le Ministre de la Santé Publique.

.../...

Article 45.

Des conventions pourront être conclues avec les personnes privées visées à l'article 24 du décret-loi sur le régime d'assurance-maladie.

Article 46.

Les soins médicaux préventifs sont financés par un fonds d'action sanitaire et sociale alimenté par les majorations de retard visées à l'article 47 du décret-loi ci-dessus cité et un prélèvement à effectuer sur les recettes de la Mutuelle.

Le Ministre de Tutelle, sur proposition du Conseil d'Administration de la Mutuelle, détermine, par Ordonnance, le prélèvement à effectuer sur les recettes de la Mutuelle sous la condition que la réserve visée à l'article 34 ne soit pas inférieure, après prélèvement, au montant minimum défini audit article.

Les ressources du fonds d'action sanitaire et sociale peuvent être utilisées par la Mutuelle pour :

- la création de centres d'action sanitaire et sociale, en vue notamment, de la protection maternelle et infantile, de la lutte contre les endémies, de la diffusion de l'hygiène et du service des soins médicaux ;
- l'aide financière ou la participation à des institutions publiques ou privées agissant dans les domaines sanitaire et social et dont l'activité présente un intérêt pour les assujettis et leurs ayants-droit.

Section 2.

Comptabilité et contrôles financiers

Article 47.

L'exercice comptable correspond à l'année civile; il débute au 1er Janvier et se termine au 31 décembre de chaque année.

Article 48.

La comptabilité de la Mutuelle est tenue selon les instructions du Conseil, conformément aux prescriptions de l'Ordonnance visée au second alinéa de l'article 34 et aux normes du plan comptable national.

Des comptes séparés peuvent être tenus pour chaque type d'activités de la Mutuelle.

Ils doivent être intégrés dans le bilan général.

Sous-Section 2

L'Agent Comptable.

Article 49.

L'Agent Comptable de la Mutuelle est nommé par Ordonnance du Ministre de Tutelle.

Article 50.

Placé sous l'autorité administrative du Directeur Général, il est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du Conseil de l'ensemble des opérations comptables et de l'exécution de l'ensemble des opérations financières de la Mutuelle.

Article 51.
Ses attributions et les conditions dans lesquelles sa responsabilité notamment pécuniaire, peut être mise en jeu sont définies par l'Ordonnance visée au second alinéa de l'article 34 du présent décret.

Les ordres et instructions du Directeur Général ne peuvent, sauf lorsqu'il a été fait application du second alinéa de l'article 24, exonérer l'Agent Comptable de sa responsabilité. Toutefois cette dernière ne peut être retenue s'il justifie avoir agi en conformité avec les dispositions de l'Ordonnance visée au 1er alinéa du présent article.

Article 52.

L'Agent comptable doit tenir sa comptabilité à la disposition du Directeur Général, et des Commissaires aux comptes et leur fournir toutes informations ou leur produire tous documents utiles à l'accomplissement de leur mission.

Article 53.

Seul l'Agent comptable ou son délégué est habilité à payer une dépense. Aucun paiement ne peut être opéré sans le visa préalable du Directeur Général ou de son délégué qui ne peut être le Chef Comptable ou un des subordonnés de ce dernier.

Tout chèque ou virement d'un montant supérieur à un montant fixé par Ordonnance visée au second alinéa de l'article 34 doit être signé conjointement par l'Agent Comptable et par le Directeur Général.

Article 54.

Toute encaisse supérieure à un montant fixé par l'Ordonnance visée au second alinéa de l'article 34 doit être déposée à un compte spécial ouvert au nom de la Mutuelle à la Banque de la République.

Le Conseil peut autoriser le Directeur Général à ouvrir des comptes dans d'autres institutions financières si cela est utile à la réalisation de l'objet de la Mutuelle.

Article 55.

A la fin de chaque mois, l'Agent Comptable établit une situation comptable précisant les dépenses engagées et le solde disponible pour chaque ligne budgétaire, ainsi que la comparaison des recettes réelles avec les recettes prévues.

Cette situation est adressée par le Directeur Général au Ministre de tutelle ou, le cas échéant, au Commissaire du Gouvernement, aux membres du Conseil et au Commissaires aux comptes, en y joignant si besoin est, toutes observations utiles.

Sous-Section 4.

Les Commissaires aux Comptes

Article 56.

La régularité des comptes de la Mutuelle est placée sous le contrôle de deux Commissaires aux comptes désignés par le Ministère des Finances pour une durée de trois ans renouvelables.

.../...

Leur rémunération éventuelle est fixée par le Conseil et porté en frais généraux. Les Commissaires aux comptes sont nécessairement choisis en dehors du personnel de la Mutuelle et du Conseil.

Article 57.

Ils bénéficient des mêmes pouvoirs d'investigation et de contrôle les plus étendus.

Article 58.

Après la clôture de chaque exercice, ils établissent un rapport circonstancié sur la régularité des comptes de l'exercice écoulé et donnent éventuellement leur avis sur la qualité de la gestion et les perspectives de l'exercice suivant.

Ce rapport est transmis avant le 15 Février aux membres du Conseil, au Directeur Général, à l'Agent Comptable, au Ministre de Tutelle, ou, le cas échéant, au commissaire du Gouvernement et au Ministre des Finances.

Article 59.

Si, au cours de leurs opérations, les Commissaires aux comptes découvrent des irrégularités susceptibles de recevoir une qualification pénale, ils doivent adresser sans délai un rapport spécial au Ministre de Tutelle, au Ministre des Finances et au Procureur Général de la République qui apprécient, chacun en ce qui le concerne, la suite à lui donner.

Section 3.

L'Examen des Comptes, des Rapports et du Budget Prévisionnel.

Article 60.

Les comptes arrêtés en fin d'exercice, l'inventaire, le bilan, le tableau des amortissements et le tableau des soldes caractéristiques de gestion doivent être établis avant le 15 Février suivant la fin de l'exercice.

Article 61.

Les documents comptables visés à l'article précédent, le rapport du Directeur Général visé à l'alinéa 2 de l'article 26, et le rapport des Commissaires aux Comptes visé à l'article 58, sont examinés et éventuellement approuvés par le Conseil au plus tard le 31 mars suivant l'exercice écoulé.

Article 62.

Le solde bénéficiaire ou déficitaire de l'exercice est reporté sur l'exercice suivant.

Le Conseil sur proposition du Comité décide, le cas échéant, de l'affectation du solde bénéficiaire.

Article 63.

Après examen et approbation par le Conseil, le bilan et le tableau des soldes caractéristiques de gestion sont publiés au Bulletin Officiel du Burundi à la diligence du Directeur Général.

.../...

Si l'approbation de ces documents a été refusée par le Conseil, la décision de refus de ce dernier fait seule l'objet de cette publication.

Article 64.

Le Directeur Général élabore les prévisions budgétaires pour chaque exercice à venir et les soumet à l'approbation du Conseil au plus tard avant la fin du mois de novembre de l'exercice en cours.

Le Conseil se prononce sur ce budget prévisionnel avant le 15 décembre.

Section 4.

Opérations financières incombant aux personnes assujetties.

Article 65.

Le montant des cotisations dues par les personnes physiques assujetties est retenu à la source lors de l'établissement des traitements, salaires, pension ou rentes.

Le montant des cotisations dues par les personnes morales assujetties est prévu, pour chaque exercice au budget des dépenses ordinaires de l'Etat et au budget des dépenses administratives des autres personnes morales.

Il est régularisé, dans les conditions prévues par l'Ordonnance visée à l'article 34, lorsque sont connus les résultats de l'exercice.

Article 66.

Les cotisations visées à l'article précédent sont versées sur un compte spécial ouvert au nom de la Mutuelle à la Banque de la République du Burundi.

Article 67.

Les personnes morales susvisées sont débitrices envers la Mutuelle du montant total des deux cotisations et responsables de son versement, y compris de la part mise à la charge des personnes physiques qui est précomptée sur leur traitement, salaire, pension ou rente au moment de leur versement.

Article 68.

La cotisation précomptée des personnes physiques est versée par les personnes morales à la Mutuelle au plus tard le premier jour du mois suivant celui pour lequel la rémunération a été versée.

La cotisation due personnellement par les personnes morales est versée selon des modalités définies par l'Ordonnance visée au second alinéa 34.

Article 69.

L'Ordonnance visée au second alinéa de l'article 34 précisera les modalités de contrôle de la Mutuelle sur les sommes qui lui sont dues par les personnes morales, notamment la forme et la périodicité d'envoi des états faisant ressortir le personnel employé et sa rémunération.

Elle précisera également dans quelles conditions la Mutuelle pourra, en cas de non respect des prescriptions visées à l'alinéa précédent, arrêter d'office le montant des cotisations dues.

.../...

Sous-Section 2.

Opérations financières incombant à la Mutuelle.

Article 70.

Le Conseil établit un plan financier, soumis à l'approbation du Ministre, déterminant les modalités de placement de ses fonds à court, moyen et long terme.

Ce plan assure avant tout la sécurité de ces fonds et la conservation de leur valeur constante. Il vise en outre à obtenir un rendement optimal des dits fonds et, dans la mesure du possible, à concourir au progrès social et au développement économique de la nation.

Article 71.

Si, à la fin d'un exercice, le montant des réserves visées aux articles 37 et 38 devient inférieur au minimum fixé par ces articles, le Ministre propose ou impose à la Mutuelle toute mesure susceptible de rétablir l'équilibre financier de la Mutuelle et propose, selon la procédure définie à l'article 46 du décret-loi sur le régime d'assurance-maladie, le relèvement du taux des cotisations.

Les mesures susvisées doivent nécessairement permettre de relever le montant des réserves au niveau prévu dans un délai maximum de trois ans à compter de l'exercice considéré au premier alinéa du présent article.

Article 72.

La Mutuelle effectue au moins tous les cinq ans et chaque fois que sa situation financière l'exige une analyse actuarielle.

Si cette analyse révèle un danger de déséquilibre, il est fait application des dispositions de l'article précédent.

Article 73.

La Mutuelle rembourse à l'Etat représenté par le Ministère de la Santé Publique, et, le cas échéant, aux formations sanitaires du Gouvernement, aux établissements pharmaceutiques privés, aux associations ou œuvres à caractère philanthropique ou religieux, aux personnes privées, les prestations sanitaires et pharmaceutiques dans les conditions fixées par les conventions visées respectivement aux articles 41 à 43.

CHAPITRE IV : STATUT DU PERSONNEL.

Article 74.

Le personnel de la Mutuelle peut comprendre :

- 1° Des fonctionnaires détachés et rémunérés dans les conditions fixées par l'article 58 du décret-loi n° 100/64 du 30 Juin 1977 portant Statut de la Fonction Publique.
- 2° Des fonctionnaires ou des agents sous-contrat de l'administration centrale du Ministère de Tutelle et rémunérés par cette dernière.
- 3° Des agents permanents engagés pour une durée indéterminée dans les conditions de droit commun de la législation du travail visée et des documents visés à l'article 79.

.../...

4° Des agents temporaires, engagés pour une durée déterminée en vertu d'un contrat individualisé, dans les conditions visées au 3° du Présent article.

Article 75.

La Mutuelle ne peut engager des agents étrangers que dans les conditions prévues à l'article 7 du statut de la Fonction Publique susvisé et aux documents visés à l'article 79, sans préjudice de l'autorisation du Directeur de la Main-d'oeuvre et de l'Emploi conformément à la législation en vigueur.

Article 76.

Les personnels visés aux 1° et 2° de l'article 74 conservent les avantages de toute nature auxquels leur donne droit le statut de la Fonction Publique. Leur rémunération ne peut être inférieure à celle qui résulterait de l'application dudit statut. Ils restent également soumis aux obligations prévues par ledit statut.

Article 77.

Les personnels nos visés à l'article précédent bénéficient des prestations sociales du droit privé, la Mutuelle ayant à leur égard toutes les obligations d'un employeur privé.

Leur rémunération est fixée, dans les conditions prévues au règlement visé à l'article 79 par référence aux emplois comparables de la Fonction Publique.

Article 78.

Tous les membres du personnel de la Mutuelle sont soumis à la déontologie et aux obligations définies par les articles 8 à 11 du statut de la Fonction Publique susvisé.

Article 79.

Le statut du personnel et le règlement intérieur de la Mutuelle sont adoptée par le Conseil, mais ne sont exécutoires qu'après l'approbation du Ministre de Tutelle.

Les documents déterminent la nature, le nombre, le niveau de rémunération de chacun des emplois permanents ou temporaires de la Mutuelle en tenant compte de ses besoins et de ses ressources. Il fixe les conditions d'engagement et de licenciement.

En ce qui concerne la rémunération, le Conseil peut distinguer, pour l'ensemble ou pour certaines catégories du personnel, un salaire de base et des primes de rendement attribuées en fonction des résultats financiers de la Mutuelle et de la qualité des services prestés par l'agent bénéficiaire.

Article 80.

Les litiges opposant la direction aux agents publics affectés ou détachés à la Mutuelle tranchés selon les règles de fond et de procédure posées par le statut de la Fonction Publique, le Ministre jouant le rôle d'autorité hiérarchique au dernier degré.

.../...

Article 81.

Les différends du travail concernant les personnels ~~non~~ visés à l'article précédent sont réglés selon les règles de fond et la procédure de droit commun du travail, sans préjudice des dispositions plus favorables qui pourraient être contenues dans les documents visés à l'article 79.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS FINALES

Article 82.

Toutes dispositions antérieures et contraires au présent décret sont abrogées.

Article 83.

Les Ministres de la Fonction Publique et de la Santé Publique sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui entre en vigueur le jour de sa signature.

Fait à Bujumbura, le 27 Juin 1980.

Jean-Baptiste BAGAZA

Colonel.

PAR LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Le Ministre de la Fonction Publique,

Damien BARAKAMFITIYE.

Le Ministre de la Santé Publique

Dr. Fidèle BIZIMANA.



