UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

L'analyse de l'évolution sanitaire dans la commune Rumonge (De 1896 à nos jours)

Niyangabiye, Jean Marie; Sous la direction du : Dr. Siméon BARUM\trETE

2012
UB, Faculté des lettres et sciences humaines
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1252

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES : DEPARTEMENT D'HISTOIRE



L'ANALYSE DE L'EVOLUTION SANITAIRE DANS LA COMMUNE RUMONGE (De 1896 à nos jours)

Par
Jean Marie NIYANGABIYE

Sous la direction de :
Dr. Siméon BARUMWETE

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de **Licencié en Histoire.**
Option : Enseignement et Recherche

Bujumbura, Février 2012

DEDICACE

A mon père ;

A ma mère ;

A mes petits frères et sœurs ;

A mon regretté petit-frère ;

A mon épouse ;

A ma fille Queen-Linka ;

A ma grand-mère NDIKURIYO Priscille ;

A toute ma famille ;

A tous ceux qui sont fiers de ce pas franchi ;

REMERCIEMENTS

Le sens de gratitude oriente notre conscience vers les personnes qui ont remarquablement contribué à la réalisation de ce travail. Ce travail est certes le fruit de nos efforts, mais, il n'aurait pas vu le jour sans le concours de plusieurs personnes qui ont contribué à son élaboration. Nous leur disons merci.

Nos profonds remerciements s'adressent d'abord au professeur Siméon BARUMWETE qui a accepté de nous guider malgré nos tâtonnements. Sa rigueur scientifique, ses critiques ainsi que ses multiples conseils nous ont été d'une grande utilité.

Nous exprimons notre reconnaissance envers tous nos éducateurs depuis l'école primaire jusqu'à l'université.

Que tous les professeurs du Département d'Histoire de l'Université du Burundi trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Que nos informateurs et informatrices trouvent eux aussi l'expression de notre gratitude. N'eût été leur contribution, ce travail n'aurait pas vu le jour.

Enfin, que les membres de notre famille, nos amis ainsi que d'autres personnes dont le soutien moral et matériel n'a pas fait défaut, voient en ces pages l'expression de notre profonde gratitude.

Jean-Marie NIYANGABIYE

SIGLES ET ABREVIATIONS

O.M.S.	: Organisation Mondiale de la Santé
U.B.	: Université du Burundi
C.D.S	: Centre de Santé
M.S.T	: Maladies Sexuellement Transmissibles
R.A.B.R.U	: Rapport sur l'Administration Belge au Ruanda-Urundi
R.U.	: Ruanda-Urundi
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
F.V.S.	: Famille pour Vaincre le SIDA
A.BU.B.E.F.	: Association Burundaise pour le Bien Etre Familial
I.S.T.	: Infection Sexuellement Transmissible
A.N.	: Archives Nationales
O.N.G.	: Organisation Non Gouvernementale
U.PRO.NA.	: Union pour le Progrès National
MININTER	: Ministère de l'Intérieur
S.D.N	: Société des Nations

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Evolution de l'hôpital de Rumonge en chambres et en lits 30
Tableau n°2 : Le volume d'activités curatives au cours de l'occupation coloniale belge (hôpital Rumonge) 34
Tableau n°3 : Les prévisions en personnel médical avec le plan décennal.....36
Tableau n°4 : Le personnel médical de la commune de Rumonge de 1950 à 1959 36
Tableau n°5 : Les hôpitaux et centres de santé publics privés et confessionnels en commune Rumonge.....42
Tableau n°6 : Evolution du personnel médical en commune Rumonge pendant la période post-coloniale 46
Tableau n°7 : Le volume des activités curatives dans les centres de santé et l'hôpital en commune Rumonge de 1985 à 2010 48
Tableau n°8 : Le volume des activités préventives dans les centres de santé et l'hôpital en commune Rumonge de 1985 à 2010 49

Liste de cartes

Carte n° 1: Découpage administratif de la commune.....6

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
SIGLES ET ABREVIATIONS iii
LISTE DES TABLEAUX iv
LISTE DES CARTES iv
TABLE DES MATIERES v
0. INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. Choix et intérêt du sujet 1
0.2. Délimitation du sujet 3
0.2.1. Cadre temporel 3
0.2.2. Présentation géographique 3
0.2.3. Brève présentation historique 5
0.3. Les sources 7
0.3.1. Les sources orales 7
0.3.2. Les sources écrites 7
0.4. Difficultés rencontrées 8
0.5. Articulation du travail 8

CHAPITRE I : L'ETAT SANITAIRE DE LA COMMUNE DE RUMONGE A L'EPOQUE PRECOLONIALE 10

I.1. Les principales maladies existant dans la commune à la fin du 19ème Siècle 10
I.1.1. Une crise épidémiologique : le choc microbien 10
I.1.2. La vague d'épidémie 10
I.1.2.1. La maladie du sommeil 12
I.1.2.2. La variole (*akaranda*) 13
I.1.2.3. Le pian (*ibinyoro*) 13
I.2. Les réponses traditionnelles à ces maladies 14
I.2.1. Guérisseurs, devins et charlatans 15
I.2.2. Les formes de la médecine traditionnelle 17
I.2.2.1. La forme populaire 17
I.2.2.2. La forme secrète 17
I.2.2.3. La transmission de l'art de guérir 17
I.2.2.4. L'usage des plantes médicinales 18

I.2.2.5. Les modes de préparation 18
I.2.2.5.1. La décoction 18
I.2.2.5.2. La réduction en poudre 18
I.2.3. La macération et l'infusion 18
I.2.3.1. Les modes d'administration 19
I.2.3.1.1. L'administration par la peau 19
I.2.3.1.2. L'administration par voie orale 19
I.2.3.1.3. Les lavements 20
I.2.4. La guérison 20
I.3. Les effets néfastes des maladies 21

CHAPITRE II : L'ŒUVRE MEDICALE DU POUVOIR COLONIAL DANS LA COMMUNE RUMONGE 23

II.1. Intervention du pouvoir colonial allemand. 24
II.2. Evolution sanitaire pendant l'occupation coloniale belge 27
II.2.1. Planification, installation et évolution des établissements médicaux dans la commune de Rumonge 28
II.2.1.1. Etablissements médicaux du gouvernement. 28
II.2.1.2. Etablissements médicaux des missions religieuses 30
II.2.1.3. Le rôle des sociétés minières 32
II.2.2. Le volume des activités curatives et préventives 33
II.2.3. Le personnel médical 36
II.3. La réaction de la population à l'égard de la médecine moderne 37

CHAPITRE III : EVOLUTION SANITAIRE EN COMMUNE RUMONGE DEPUIS L'INDEPENDANCE A NOS JOURS 39

III.1. Le changement de la politique sanitaire 40
III.1.1. Installation et évolution des établissements sanitaires dans la commune Rumonge pendant la période post-coloniale 40
III.1.1.1. L'hôpital 43
III.1.1.2. Les CDS publics 43
III.1.1.3. Les CDS confessionnels 43
III.1.1.4. Les CDS privés 44
III.1.1.5. Les pharmacies 44
III.1.1.5.1. Pharmacies publiques 45
III.1.1.5.2. Pharmacies privées 45
III.1.2. Le personnel médical 45

III.1.3. Lutte contre les maladies : Activités préventives et curatives..... 47
III.2. La décentralisation administrative du système de santé..... 51
III.2.1. La répartition administrative des districts de santé de la province sanitaire de Bururi..... 52
III.2.2. La hiérarchie au sein de la province sanitaire..... 52
III.3. Les participants..... 55
III.3.1. La participation de la population locale.....ion 55
III.3.2. La participation des autres secteurs d'activités..... 56
III.4. Les moyens d'action sanitaire..... 53
III.4.1. La carte d'assurance maladie..... 53
III.4.2. La mutuelle de la fonction publique..... 54
III.5. L'assistance et la coopération internationale..... 56
III.5.1. Concepts d'assistance et de coopération..... 56
III.5.2. Une coopération tous azimuts..... 57
III.5.3. La part des ONG dans l'amélioration des conditions sanitaires en commune Rumonge..... 59
III.5.3.1. Cordaid..... 60
III.5.3.1.1. Système d'achat des performances..... 60
III.5.3.1.2. Octroi des moyens de transport..... 61
III.5.3.1.3. Eclairage des centres sanitaires..... 61
III.5.3.1.4. Les moyens de communication..... 61
III.5.3.1.5. Réhabilitation des infrastructures sanitaires..... 62
III.5.3.2. A.BU.B.E.F. (Association Burundaise pour le Bien Etre Familial)..... 63
III.5.3.3. F.V.S (famille pour Vaincre le Sida)..... 63
III.5.3.4. L'impact démographique et économique de l'amélioration des conditions sanitaires sur la région..... 64
III.5.3.4.1. l'impact démographique..... 64
III.5.3.4.2. L'impact économique..... 66

CONCLUSION GENERALE..... 69
BIBLIOGRAPHIE..... 72

0. Introduction générale

0.1. Choix et intérêt du sujet

D'aucuns pourraient se poser la question de savoir l'intérêt qu'il y a à traiter un sujet du domaine médical dans le cadre de l'histoire.
La définition du mot histoire peut répondre et éclairer certains esprits.

D'après le professeur SALMON, P.

> *« L'histoire est à la fois la recherche de la généalogie, la curiosité de l'autre, mémoire collective, conscience de la durée, permanence dans le temps et besoin profond de l'humanité puisque nécessaire à la compréhension du présent. »*[1]

L'histoire est la reconstruction critique du passé vécu par les hommes en société. Elle nous enseigne la vie dans toute sa diversité complexe. L'histoire signifie chercher à savoir, à s'informer. Elle a donc le sens d'enquête. L'histoire a donc un champ d'action extrêmement vaste. Tout ce qui est en rapport avec l'activité humaine rentre dans son domaine.

Par ailleurs, l'organisation mondiale de la santé O.M.S en sigle définit la santé comme étant : *« état complet bien-être physique, mental et social, un état d'équilibre harmonieux entre l'homme et l'environnement »*[2]

Selon l'OMS, l'objectif social de tous les gouvernements est d'amener tous les peuples au niveau de la santé le plus élevé possible. Cela veut dire qu'au minimum tous les habitants devraient accéder au moins au niveau de santé tels qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie. La voie choisie pour y parvenir passe par la couverture de la population en soins de santé primaires.

---

[1] SALMON, P., cité par NIYONGABO, G., : La maladie du sommeil dans la région de l'Imbo (1900-1965), Mémoire, U.B, BUJUMBURA 1981.
[2] O.M.S, Stratégie de santé pour tous d'ici 2000, Génève, O.M.S, 1981, p.13.

Les soins de santé primaires sont définis comme :

> *« un ensemble d'actions qui doivent être réalisés au niveau périphérique pour obtenir des résultats positifs sur l'état général de la santé d'une collectivité »*[1].

Ces soins sont constitués de services essentiels répondant aux besoins fondamentaux et rendus universellement accessibles à tous, avec la plaine participation de la communauté.

Ils comprennent l'éducation pour la santé, la prévention et la lutte contre les maladies, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement en médicaments, la protection maternelle et infantile, la planification familiale, la vaccination contre les grandes endémies infectieuses et la fourniture de médicaments essentiels.

En voulant traiter ce sujet, nous avons été motivé par cette définition de la santé donnée par l'O.M.S et nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Est-ce que les habitants de la commune Rumonge accèdent à un niveau de santé tels qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie ?
- Combien d'établissements sanitaires existent-ils dans cette localité pendant la période considérée ?
- Quelle est la qualité et la quantité du personnel médical ?

[1] O.M.S, Op.cit., p.13.

Bien plus, malgré de nombreuses études dont la région a déjà fait l'objet, bien des aspects restent encore à découvrir.

Par le présent travail, nous voulons franchir une nouvelle connaissance de cette localité car à ce que nous sachions, il n'y a pas encore eu d'étude sur l'évolution sanitaire de cette localité durant la période considérée.

0.2. Délimitation du sujet

0.2.1. Cadre temporel

D'aucuns se poseraient la question de savoir pourquoi l'année 1896 comme limite inférieure du présent travail. Nous avons choisi cette année parce qu'elle marque la transition entre le Burundi ancien et la colonisation, période durant laquelle il y a eu beaucoup de changements, le domaine sanitaire y compris.

En effet, la situation générale se dégrade à partir du 19ème siècle et les causes sont multiples : agressions extérieures, phase climatique plus sèche jusqu'en 1920, enfin et surtout la mise en contact du Burundi, jusque là protégé par son isolement géo-politique et économique, avec les courants microbiens qui accompagnent l'ouverture de nouveaux axes de circulation commerciale.[1] Il s'agit en fait de l'épidémie de variole, qui gagne le Burundi en 1892.

La limite supérieure de notre travail est justifiée par la simple raison d'ordre pratique. Le contenu du travail nous autorise à déboucher sur le présent d'autant plus que le développement sanitaire est un processus continu.

0.2.2. Présentation Géographique

La commune de Rumonge est située au Sud du pays dans la province administrative de Bururi. Elle s'étend sur deux régions naturelles à savoir l'Imbo et le Mumirwa.

Elle est délimitée au (à l') :

[1] MWOROHA,E. et alii, Histoire du Burundi des origines à la fin du 19ème S, Paris, Hatier, 1987, p.239.

- Nord par les communes Bugarama et Muhuta
- Sud par la commune Nyanza-Lac,
- Est par les communes Burambi, Buyengero, Bururi, Vyanda
- Ouest par le Lac Tanganyika

Au point de vue topographique, la commune Rumonge est situé dans la région de l'Imbo. Au point de vue climatique, elle connaît un climat tropical de 5 à 6 mois de sécheresse. Cette dernière est accentuée par sa basse altitude entraînant des températures élevées et sa position d'abri, d'où la diminution des précipitations.

Considérée sous l'angle économique, la commune de Rumonge abrite un des plus grands centres commerciaux du pays depuis l'époque coloniale. En plus, la commune dispose d'autres centres de commerce plus moins dynamiques. Le secteur commercial occupe une place importante dans la vie de la commune car il constitue la seule ressource financière de la commune par les taxations diverses.

La commune Rumonge entretient des échanges commerciaux avec presque toutes les provinces du pays. Ces échanges concernent essentiellement les produits agricoles notamment l'huile de palme dont elle est la seule commune exportatrice vers d'autres provinces.

Il s'agit aussi des produits de pêche dont les revendeurs achètent aux pêcheurs de cette commune pour les acheminer vers Bujumbura et même vers d'autres provinces.

La commune entretient des échanges commerciaux avec la Tanzanie et l'Est de la République Démocratique du Congo. Il s'agit des produits agricoles, du poisson, des groupes électrogènes et autres produits manufacturés.

Signalons que ces activités économiques ont fait de la région de Rumonge une des zones la plus densément peuplée.

0.2.3. Brève présentation historique

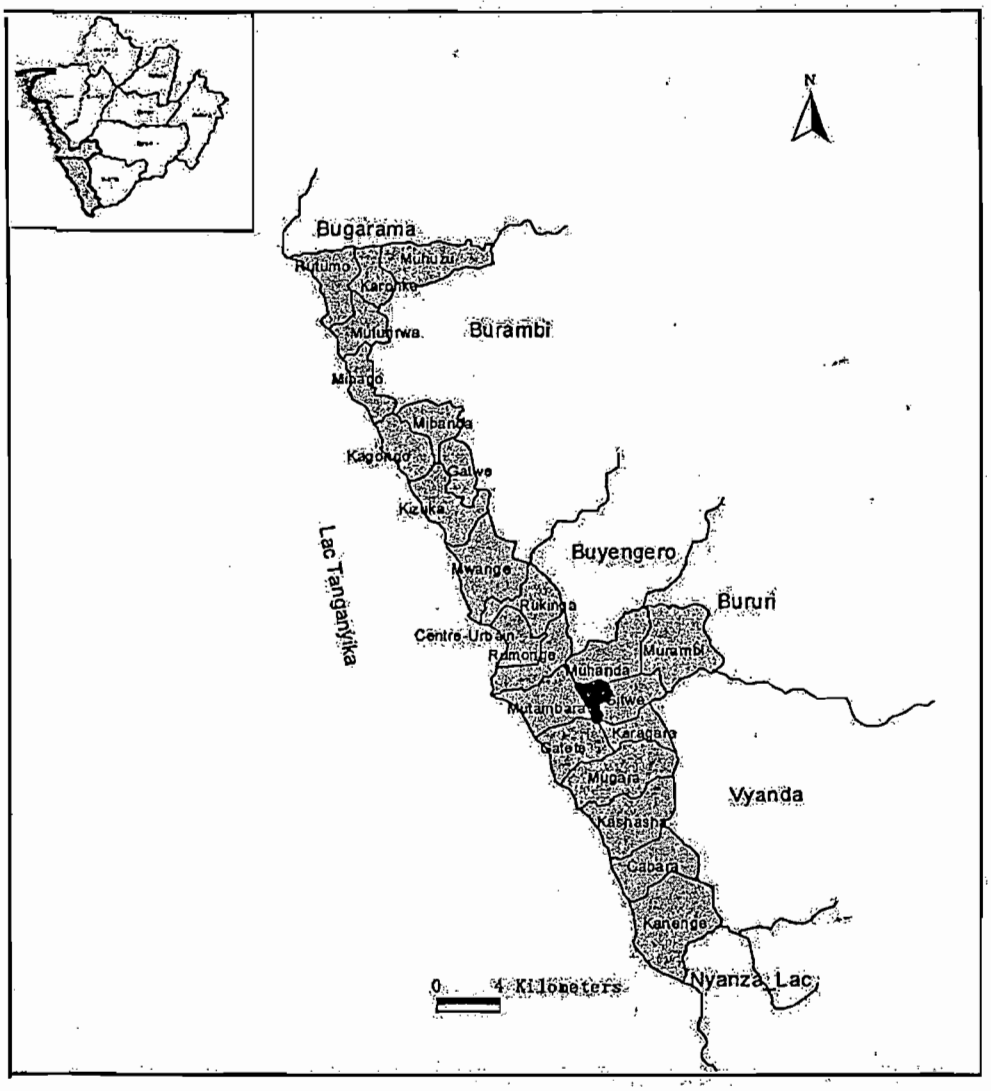
La cité de Rumonge aurait commencé depuis 1854. A cette période, les habitants vivaient à la rive du Lac Tanganyika précisément à Kalevya, Kanyenkoko et au bord de la rivière Murembwe.

Suite aux débordements de cette rivière et du lac, cette population s'est dirigée vers la ville actuelle de Rumonge en 1920. A cette époque, Rumonge était appelé « Chefferie de Rumonge » jusqu'en 1961. Après l'indépendance, cette chefferie est devenue « commune Kigwena » de 1962 à 1963 avec comme chef lieu (Gapfuzo), puis la commune Minago de 1963 à 1964. c'est à partir des années 1965 où le chef lieu est transféré à Rumonge centre[1].

La commune Rumonge est subdivisée en six zones à savoir : Rumonge, Buruhukiro Gatete, Kizuka, Minago, Kigwena. Celles-ci sont quant elles subdivisées en vingt six secteurs, correspondant à vingt huit collines.

[1] Archives de la commune Rumonge

Carte du découpage administratif de la commune Rumonge



Source : *A partir de la carte du MININTER, département des affaires administratives,juridiques et politiques.*

0.3. Les sources

L'élaboration du présent travail a exigé le recours aux documents écrits et aux sources orales.

0.3.1. Les sources orales

Les sources orales ont été largement utilisées surtout pour la confection du premier chapitre. Nous les avons utilisées pour confirmer ou contredire ce que nous avons trouvé dans la documentation écrite ou pour avoir des informations sur tel ou tel aspect qui n'avait pas été touché dans la documentation écrite. Le choix de nos informateurs s'est toujours fondé sur les éléments essentiels notamment le critère d'âge et la répartition zonale.
A ce propos, nous avons sillonné toutes les zones de cette commune. Nous prenions des dispositions nécessaires pour ne pas susciter leur réticence, mais cette dernière s'observe souvent.

0.3.2. Les sources écrites

Certains ouvrages nous ont énormément inspiré. Nous citerons en premier lieu des dictionnaires qui ont apporté leur contribution dans la traduction de certains mots français en kirundi et vice-versa.

Il s'agit du dictionnaire français-kirundi de VAN DER BURGET publié en 1903 et du dictionnaire kirundi-français de RODEGEM paru en 1970.

Les plans quinquennaux de développement social et économique du Burundi, les rapports annuels d'administration belge au Ruanda-Urundi, le plan décennal de développement économique et social du Ruanda-Urundi constituent notre importante source.

Les archives de la commune, de la province sanitaire de Bururi et du secteur sanitaire de Rumonge, actuel district sanitaire ont largement contribué à l'élaboration de ce travail. Il s'agit notamment des rapports annuels sur les

activités administratives, curatives et préventives des centres de santé et hôpitaux.

Nous avons également utilisé des ouvrages généraux, thèses et mémoires de fin d'étude dont 3 nous ont été d'un apport considérable. Il s'agit du mémoire d'Apollinaire YENGAYENGE, *Les maladies au Burundi (fin 19ème S-1950)*, celui de MUSANGWA Sigfried, *La politique sanitaire et sociale belge dans le territoire sous mandat et sous tutelle de 1920 à 1960* et celui de Pierre NDAYIRAGIJE, *Evolution sanitaire de la région de Kayanza (fin 19ème à nos jours)*.

0.4. Difficultés rencontrées

La première difficulté et la plus importante a été de trouver des travaux écrits parlant spécialement de la commune Rumonge. La seconde réside dans le manque de précision des informateurs. La seule référence chronologique reste pour la plupart d'entre eux la période pendant laquelle tel chef ou tel sous-chef a administré une circonscription. Un autre problème c'est le manque des moyens logistiques.

Nous nous sommes aussi heurtés à des informateurs qui voulaient être rémunérés.
Compte tenu de toutes ces difficultés, nous espérons que les imperfections qu'accuse ce travail pourraient être relevées par des études ultérieures.

0.5. Articulation du travail

Notre travail se subdivise en 3 chapitres :

Le premier chapitre est consacré à l'état sanitaire de la commune Rumonge à l'époque précoloniale. Une analyse sera portée sur les principales endémies et épidémies qui ont endeuillé le Burundi en général et notre région d'étude en particulier, les réponses traditionnelles à ces maladies ainsi que leurs conséquences.

Le second chapitre traite de l'action médicale du pouvoir colonial dans la commune Rumonge. On insistera sur l'intervention du pouvoir colonial allemand, des progrès accomplis pendant le mandat et la tutelle belge ainsi que la réaction de la population à l'égard de la médecine moderne.

Le troisième chapitre porte sur l'essor du domaine médical réalisé par le gouvernement post-colonial au Burundi en général et dans notre région d'étude. Une analyse particulière est portée sur les changements intervenus en matière sanitaire, notamment la décentralisation administrative du système de santé, la construction et évolution des établissements sanitaires, l'évolution du personnel médical, les moyens d'actions sanitaires, la participation de la population et autres secteurs d'activités ainsi que l'assistance et la coopération. Enfin, dans ce même chapitre, nous analyserons l'impact de la politique sanitaire sur l'économie et la démographie.

CHAPITRE I : L'ETAT SANITAIRE DE LA COMMUNE DE RUMONGE A L'EPOQUE PRECOLONIALE

I.1. Les principales maladies existant dans la commune à la fin du 19ème Siècle.

I.1.1. Une crise épidémiologique : le choc microbien

La fin du 19ème siècle est caractérisée par une vague d'épidémies. Ainsi, les observateurs du tournant du siècle parlent de la maladie du sommeil, de la variole, la rougeole, la fièvre récurrente, la méningite, etc. C'est de ces maladies dont nous allons principalement parler.

En effet, le concept de choc microbien fait également écho à celui d'un « marché commun des microbes » ou du processus d'unification microbienne. Il s'agit d'une énorme rupture démographique causée par l'assaut de nouvelles maladies.

I.1.2. La vague d'épidémies

Avant d'aborder les mesures prises pour lutter contre les maladies, il convient d'abord de présenter les principales épidémies et endémies qu'a connues le Burundi en général et la région de Rumonge en particulier à la veille de la colonisation.

Dans le cadre de cette étude, il ne nous appartient pas de nous livrer à une analyse en profondeur des origines ainsi que la nature de ces maladies. Nous voudrions tout simplement montrer aux lecteurs que les colonisateurs ont trouvé un Burundi souffrant des maladies endémiques et épidémiques depuis longtemps.

En effet, comme d'autres observateurs du tournant de ce siècle, le géographe allemand Hans MEYER nous donne une liste de maladies dont souffrait le Burundi à la fin du 19ème siècle :

« La syphilis, la fièvre, les abcès aux jambes et aux bras, l'épilepsie, la lèpre, le taenia et autres vers intestinaux, la tuberculose pulmonaire, la toux, la dysenterie, la variole, la maladie du sommeil, la blennorragie ».[1]

Parmi toutes ces maladies, il y en a qui ont fortement secoué la population et qui ont laissé un souvenir amer dans la mémoire de la population vers la fin du XIX^{ème} Siècle. Ces maladies sont : le pian, la variole, la rougeole, la maladie du sommeil et la malaria.

Ainsi, le Burundi ayant été frappé par les maladies endémiques et épidémiques vers la fin du XIX^{ème} siècle, la commune de Rumonge n'a pas été épargnée par ces fléaux. La citation suivante est éloquente à cette affirmation :

« La maladie n'a pas de nationalité, le microbe se rit des frontières. Dans tous les pays du monde, le bacille d'Eberth provoque chez l'homme une fièvre typhoïde. Le processus de contagion, comme toutes les lois qui régissent les phénomènes physiques, chimiques ou biologiques, sont valables pour toute la terre. L'état sanitaire d'un pays retentit sur l'état sanitaire des pays voisins et même des pays éloignés, comme il subit leur influence. La rapidité des moyens de transport modernes et l'interdépendance de plus en plus étroite de toutes les nations tendent à unifier la terre ».[2]

Comment était alors l'état sanitaire de la commune Rumonge ? Et quels sont les maladies qui étaient régulièrement signalées ?

La santé de la population étant tributaire de plusieurs facteurs qui peuvent la modifier profondément, l'état sanitaire de ladite commune était dans l'ensemble médiocre. Non seulement la population était mal nourrie, mais aussi la maladie était sa compagne de tous les jours à cause de la sous alimentation, du manque d'hygiène, des intempéries climatiques etc.

---

[1] MEYER, H., Les Barundi, Paris , Société française d'Histoire d'outre-Mer, 1984, p.16.
[2] SANKALE, M., Médecins et action sanitaire en Afrique Noire, Paris , présence africaine, 1969, p.335.

Ces principales maladies étaient les suivantes :

I.1.2.1. La maladie du sommeil

De toutes les épidémies qui ont endeuillé le Burundi en général et la commune de Rumonge en particulier, celle de la maladie du sommeil était très redoutable. La maladie sévit donc de la côte orientale du Lac Tanganyika depuis Nyanza-lac au Sud jusqu'à Bugarama. Un de nos informateurs affirme :

> *«Iyo ndwara yari ikomeye cane kandi yahitanye benshi aha mukiyaya c'imbo. Abadagi bobo mu kuyigwanya bafashe umugambi wo guhimbagura ibigazi kuko bagira ngo ibiyitera niho vyinyegeje ».*[1]

Traduction :

> *« Cette maladie était très grave et avait décimé beaucoup de gens dans la plaine de l'Imbo. Pour lutter contre cette maladie, les Allemands avaient pris la mesure de couper des hectares de palmiers à huile car ils pensaient que c'était là où se cachaient les glossines vecteurs de ladite maladie ».*

Selon bien de sources, elle a été introduit à partir de l'Est du Congo. Ses principaux vecteurs sont le « Glossina palpalis» mais aussi les porteurs et les mutins de la force publique du Congo de la région de MANIEMA.[2]

---

[1] Entretien avec NZIKORURIHO Pamphile, cultivateur âgé de 72 ans, commune Rumonge, Zone minago le 15/02/2010.

[2] GAHAMA, J., Idéologie et politique de l'administration inderecte : le cas du Burundi (1919-1939), Thèse de 3ème Cycle, Paris , Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, U.E.R. d'histoire, centre de recherches africaines, 1980, p.371.

I.1.2.2. La variole (*Akaranda*)

Les Pères blancs indiquaient la recrudescence de la variole entre 1880 et 1893 à Ujiji. C'est au tour de 1982 que la maladie revient au Burundi puisqu'en réalité, il semble qu'il y eut plusieurs épidémies de variole d'après VANSINA.

Aux dires de nos informateurs, la variole était une maladie infectieuse grave. La population en a gardé un très mauvais souvenir :

> *« Akaranda kacagagura amazuru. Eka abantu benshi barafatwa bagatikira. Hasigara uw'Imana izi ».*[1]

Traduction :

> *« La variole coupait le nez. Les gens étaient affectés et décimés. Il ne restait qu'un élu de Dieu ».*

Cette maladie se manifestait par des boutons qui se transformaient en plaie. D'après YENGAYENGE, la variole serait une affection plus ancienne qui a touché une grande partie du pays.[2]

I.1.2.3. Le pian (*Ibinyoro*)

C'est une maladie très connue dans le Burundi traditionnel. La majorité des personnes interrogés signalent que le pian était une maladie redoutée qui avait un caractère épidémiques et qui a fait beaucoup de victimes.

Un des informateurs nous dit :
« Iyo ndwara yari izwi mu gihugu kuva kera. Umuntu yafashwe n'ibinyoro aho yiyagaje hacika ibisebe »[3]

---

[1] Entretien avec NDIKURIYO Priscille, cultivatrice âgée de 83 ans, commune Rumonge, zone KIZUKA, le 12/3/2010

[2] YENGAYENGE, A., Les maladies au Burundi (Fin 19ème S-1950), Mémoire, U.B, Bujumbura, 1982, p.91.

[3] Entretien avec NTIRWAMBARIRWA Frédéric, cultivateur âgé de 70 ans, commune Rumonge, zone Gatete le 16/3/2010.

Traduction :

« Cette maladie était connue des Barundi depuis longtemps. L'individu atteint du pian, là où il se grattait, donnait lieu à une grosse plaie ».

D'autres maladies étaient courantes et faisaient annuellement un grand nombre de victimes. Tel était le cas de la fièvre récurrente, de la méningite et de la malaria. Cela ne veut nullement dire que ces maladies étaient les seules qui sévissaient dans la région. Il en existait d'autres qui tuaient de gens. Mais elles étaient limitées dans leur ampleur et leur expansion.

Les verminoses notamment sont forts nuisibles aussi bien à l'homme qu'à l'animal. Bien qu'ils ne tuent pas directement, ils provoquent une anémie profonde qui, progressivement conduit à la mort.

La tuberculose fut également très répandue. Elle est une maladie commune aussi bien aux êtres humains qu'aux espèces animales.

Sans prétendre évoquer toutes les épidémies et endémies dont la population souffrait à la fin 19ème Siècle, analysons les réponses traditionnelles à ces maladies.

I.2. Les réponses traditionnelles à ces maladies

Nous ne serons pas long dans ce point puisqu'il a déjà fait l'objet d'une étude approfondie et détaillée par Apollinaire YENGAYENGE[1]. L'avant dernier chapitre de son travail porte sur les possibilités de guérison, les techniques de traitement de la maladie ainsi que les conséquences de certaines maladies sur le physique, les relations interindividuelles, familiales et sociales.

[1] YENGAYENGE, A. , Op. cit., p.64

Toutefois, nous nous proposons d'aborder ce point pour voir ce qu'il en était dans la commune Rumonge car, la maladie n'a ni frontière ni nationalité.

L'état sanitaire de la région retentit sur l'état d'une région voisine et même des régions éloignées, comme elle subit leur influence. Par ailleurs, le processus de traitement, comme toutes les lois qui régissent les phénomènes physiques ou biologiques, est valable pour toute la terre.

Ainsi, depuis les temps les plus reculés, l'homme a toujours cherché chez les végétaux sa nourriture mais aussi ses remèdes et a appris, à ses dépens, à discerner les plantes toxiques.

L'utilisation de la plante médicinale traditionnelle fait partie d'un art de guérir reposant sur les combinaisons complexes de composantes divinatoires et magiques. Dans le Burundi traditionnel, comme partout en Afrique, la médecine traditionnelle, une de nos potentialités culturelles, avait sa place affirmée dans notre civilisation.

Cependant, elle a perdu sa valeur première à cause des bouleversements historiques telle la colonisation. Il est important et indiscutable que le savoir faire des guérisseurs constitue notre patrimoine national.

Bien que qualifiée de primitive, de sauvage et de sorcière et malgré l'introduction de la médecine moderne, la médecine traditionnelle burundaise a pu survivre dans sa clandestinité. Les guérisseurs sont aujourd'hui encore actifs et gardent parfois le monopole des soins médicaux dans certaines régions et même dans les milieux urbains où la médecine moderne est censée être installée et développée.

I.2.1. Guérisseurs, devins et charlatans

La situation est réellement compliquée. La littérature n'attribue pas de rôle précis à chacun d'eux. Schématiquement, le devin est l'homme qui soigne par des moyens magiques, il doit s'entourer d'un rituel ésotérique pour

persuader ses clients qu'il voit « l'invisible ». Il soigne les malades, prédit l'avenir et explique ce qui dépasse l'intelligence humaine comme le souligne Abdoulaye SADJI :

« Certaines personnes ont des dispositions surnaturelles cachées en elles et qui les distinguent de l'homme ordinaire. Leur œil démesurément long voit à travers notre corps, comme toi à travers une eau claire et limpide. La forme et la grosseur de notre corps, de notre foie, le moindre repli de nos entrailles, elles voient tout, rien ne leur échappe ».[1]

Le devin associe volontiers les pratiques magiques et religieuses. Il est redouté car on ignore les frontières de son savoir et de son pouvoir. Il est d'ailleurs le premier à profiter de cette méconnaissance auprès des personnes qui font recours à ses services. Le devin peut soigner comme il peut provoquer une maladie. Il faut se méfier de lui. A ce propos, l'attitude d'Etiene YANOU est la suivante : *« Ce n'est pas par contagion que j'ai eu la lèpre : mes parents n'étaient pas lépreux. C'est par le sort qu'on m'a jeté. Oui, c'est par le sort ».*[2]

Les guérisseurs quant à eux connaissent les techniques médicales héritées des anciens et enrichies de leur expérience. Leur thérapie repose aussi bien sur l'usage des plantes que sur les prières incantatoires. Ils s'entourent du même mystère que le devin et leurs cabinets médicaux peuvent surprendre :

> *« La case aux murs noircis par la fumée était encombrée d'objets hétéroclites : par terre, une natte de roseaux tressés et de jarrés d'infusion ; accrochés aux murs, au dessus de nos têtes, une corne de bubale et une bouteille noire au col cerclé de cauris avec une plume rouge de perroquet fichée dans le goulet ».*[3]

4[1] ABDOULAYE, S., Cité par MERAND, P., La Vie quotidienne en Afrique Noire, Paris, présence Africaine, 1975, p.22.
[2] ETIENNE, Y., Cité par MERAND, P., Idem, p.30.
[3] JEAN, P., Cité par MERAND, P., Op.cit., p.74.

En ce qui est du charlatan, il est un guérisseur qui profite de la crédulité publique, car, l'insuffisance des guérisseurs compétents, la méfiance envers la médecine occidentale qui va parfois à l'encontre de la tradition et la crainte des pouvoirs publics empêchent de distinguer un guérisseur d'un charlatan.

I.2.2. Les formes de la médecine traditionnelle

I.2.2.1. La forme populaire

Cette forme s'intéressait aux maladies les plus courantes. Chaque personne pouvait obtenir facilement des informations sur les plantes médicinales utilisées pour les guérir. Ainsi, chaque famille possédait une série de remèdes, une sorte de pharmacopée contre les maladies courantes et bien connues.

I.2.2.2. La forme secrète

Celle-ci s'observait quand il s'agissait des maladies graves dont les médicaments n'étaient connus que par des guérisseurs dits « professionnels ». Ils évitaient de propager leurs connaissances dans leur entourage afin de sauvegarder leur clientèle et leur réputation. De plus, ils prétendaient que la violation du secret faisait perdre au médicament son pouvoir thérapeutique.

I.2.2.3. La transmission de l'art de guérir

Les secrets médicaux étaient considérés comme des secrets militaires. Or, une science ne peut pas progresser en circuit fermé.

En effet, les guérisseurs traditionnels livraient difficilement leurs connaissances. S'il leur arrivait de le faire, cela ne profitait généralement qu'à leurs enfants mais là encore, il ne s'agissait pas de n'importe qui. C'était un secret qui devait être confié aux enfants les plus préférés c'est-à-dire d'une probité irréprochable. C'est pourquoi une bonne partie de ces connaissances ne cessait de disparaître avec leurs détenteurs faute d'héritiers ou de candidats valables.

Hormis cette transmission de père en fils et de mère en fille, il arrivait aussi qu'un ami d'une région voisine ou éloignée hérite de cet art moyennant cependant divers cadeaux ; la vache, les houes, les cruches de bière et plus récemment l'argent.

I.2.2.4. L'usage des plantes médicinales

La personne malade utilisait généralement des plantes qu'il trouvait dans la nature. Nous allons voir comment elles étaient préparées et administrées.

I.2.2.5. Les modes de préparation

I.2.2.5.1. La décoction

C'est l'action de faire bouillir les plantes dans un liquide. Les parties décoctés étaient essentiellement les écorces, les racines et les feuilles. On laissait le mélange reposer pendant toute la nuit. Le lendemain, on prenait le liquide refroidi, on le filtrait et on le donnait à la personne malade.

I.2.2.5.2. La réduction en poudre

Les parties à réduire étaient essentiellement les écorces, les feuilles et les fruits. Il faut remarquer qu'elles étaient dans un premier temps séchées au soleil et dans un deuxième temps pilées dans un mortier. La tradition orale nous confirme que ce genre de remèdes était surtout utilisé au titre préventif, surtout pour prévenir la personne contre les empoisonnements par des gens mal intentionnés.[1]

I.2.3. La macération et l'infusion

Ces deux termes se regroupaient sous le vocable « imivugutano » (de « kuvuguta »= presser). L'obtention du jus se faisait de deux manières :

[1] Entretien avec RYONKOYE Pierre, cultivateur âgé de 73 ans, commune Rumonge, zone rumonge le 25/3/2010.

- Soit les parties végétales intéressées (feuilles, racines, écorces) étaient préparées généralement dans l'eau bouillante puis broyées et pressées, obtenant ce qu'on appelait « inkambi » ;
- Soit certaines feuilles étaient d'abord passées sous le feu, d'autres encore enfouies sous la cendre. On les enveloppait dans les feuilles de colocases, de bananiers etc. Après quelques temps, on les retirait du feu et on enlevait la partie enveloppante. On les pressait enfin dans les mains pour en recueillir le jus[1].

I.2.3.1. Les modes d'administration

L'administration des médicaments chez la personne malade se faisait généralement par la peau, par la voie orale ou rectale.

I.2.3.1.1. L'administration par la peau

Il s'agissait essentiellement de faire de frictions c'est-à-dire un frottement vigoureux sur une partie malade par l'application des compresses. On procédait également par des bains, par des fumigations cutanées (« Kwuka »), par scarification (indasago), par bandage etc. Cette méthode était généralement utilisée en cas de blessures, de plaies et de fractures.[2]

I.2.3.1.2. L'administration par voie orale

Le tube digestif était la voie normale des solides et des liquides. Les remèdes administrés par voie orale étaient nombreux et traitaient des maladies variées.

Le plus souvent, beaucoup de médicaments (les poudres surtout) étaient acceptés spontanément si on les mélangeait avec notamment des boissons.

---

[1] Entretien avec BUYONDI Mathieu, cultivateur âgé de 80 ans, commune Rumonge, zone Rumonge, colline Rukinga, le 04/04/2010.
[2] Entretien avec NYANTOKI Paul, culitivateur âgé de 71 ans, commune Rumonge, Zone Minago, colline Kabogozi le 5/4/2010.

I.2.3.1.3. Les lavements

Cette méthode est d'usage courant même actuellement surtout dans les milieux paysans. Elle est commune aux êtres humains et aux bovins essentiellement en bas âge. Sauf bien sûr en cas de maladie, les adultes sont dispensés des lavements.

Cette méthode était surtout utilisée à titre préventif : selon la tradition orale, les enfants qui recevaient régulièrement des lavements souffraient rarement de verminoses. Mais, elle était aussi utilisée à titre curatif : faciliter l'évacuation des excréments pour un enfant ou une personne adulte constipée.

I.2.4. La guérison

Le dictionnaire encyclopédique *Le petit Larousse* définit la guérison comme étant « *la suppression, la disparition d'un mal physique* ».[1]

Pour Apollinaire YENGAYENGE, *« La guérison est l'ensemble des techniques utilisées pour le traitement des maladies mais aussi les possibilités de guérir »*[2]

YENGAYENGE fait un classement des maladies suivant leurs possibilités de guérison. Il s'agit premièrement des maladies courantes mais qui ne sont pas très graves et qui guérissent parfois sans intervention médicinale.

Deuxièmement, il s'agit des maladies qui, après avoir subi un traitement, disparaissent presque aussitôt. Ce sont des maladies guérissables (gales, brûlures, ...).
Troisièmement, ce sont des maladies difficilement traitables donc des maladies incurables.

---

[1] Dictionnaire encyclopédique, Le Petit Larousse, Paris, Librairie Larousse, 1995, p.19
[2] YENGAYENGE, A., Op.cit., p.65.

En fait, il s'agit des cas pour lesquels le traitement traditionnel est inefficace et ne produit aucun effet positif pour le soulagement du patient. Voyons maintenant les conséquences de ces maladies.

I.3. Les effets néfastes des maladies

Sans une population saine, rien ne peut être entrepris. Toutes les maladies n'ont pas les mêmes effets. Les unes touchent physiquement et moralement l'individu lui-même, les autres entraînent les conséquences démographiques, sociales et économiques.

Au point de vue moral et social, les maladies entraînent comme conséquences l'isolement de l'individu ou de la famille entière. Le malade est isolé momentanément du reste de la communauté et ne réintègre le groupe social auquel il appartient qu'après la guérison. C'est le cas de celui qui est atteint des maladies contagieuses mais traitables. D'après YENGAYENGE le mot famille dont on parle ici est pris non seulement au sens restreint mais aussi au sens large comprenant le foyer, les grands parents, les oncles, les tantes, les cousins et les neveux.[1]

Pour les maladies contagieuses et supposées héréditaires non seulement l'isolement frappait l'individu contaminé, mais également toute la famille. Les relations sociales étaient coupées au point que personne ne pouvait épouser une fille ou un garçon de cette famille. Ces maladies sont par exemple le pian, la lèpre etc.

En ce qui est des conséquences physiques, ce sont des perturbations physiques allant de la plus simple aux plus compliquées. Il s'agit notamment de l'amaigrissement et de l'infirmité.

Au point de vue démographique, les maladies qu'a connues la région de Rumonge ont certainement eu des effets néfastes sur la démographie.

---

[1] YENGAYENGE, A., Op.cit., p.77.

Cela se remarque par des individus qui quittaient cette région pour s'installer dans les régions des hautes terres là où le climat ne favorisait pas le développement des glossines, vecteurs de la maladie du sommeil. Pourtant ces effets sont difficiles à évaluer. Ils sont très peu connus pour beaucoup de raisons. La période précoloniale nous échappe complètement quant à la connaissance des données démographiques. Néanmoins, même s'il n' y a pas de chiffres fiables, nous savons que notre région a été régulièrement frappée par des épidémies et d'autres maladies infectieuses qui ont, certainement provoqué une forte mortalité.

Au point de vue économique, les épidémies ont été à la base de l'interruption des échanges. La fermeture des voies de communication, la coupure de certains champs de palmerais et de bananerais s'avéraient nécessaire pour arrêter la propagation de ces maladies contagieuses puisque les colporteurs des marchandises étaient en même temps des vecteurs de ces épidémies. Par ailleurs, ces maladies maintenaient les gens dans le marasme complet, les empêchaient de travailler et donc de se développer économiquement.

En définitive, si quelques maladies pouvaient être traités par les méthodes traditionnelles, les guérisseurs avaient toujours échoué à traiter certaines épidémies. Dès lors, on comprend les ravages que devaient causer ces maladies dans un pays qui ignorait complètement la médecine moderne. L'intervention coloniale a été donc un événement heureux contre surtout les épidémies, les endémies et les autres maladies infectieuses ou contagieuses.

Analysons maintenant le fruit de l'action médicale du pouvoir colonial dans la commune de RUMONGE.

CHAPITRE II : L'ŒUVRE MEDICALE DU POUVOIR COLONIAL DANS LA COMMUNE RUMONGE

Au sortir du 19ème siècle, l'un des faits qui ont profondément marqué l'histoire mondiale est le mouvement de colonisation qui va s'étendre sur plusieurs pays africains pour les placer sous la domination européenne.

Au Burundi, c'est sous le règne du roi MWEZI GISABO que les européens pénètrent dans le pays. Le Burundi allait être dès cette époque sujet des grandes transformations dont les principaux artisans sont les Allemands d'abord, ensuite les Belges. La période de l'occupation allemande fut de 20 ans, soit de 1896 à 1916 alors que celle de la Belgique dura plus de 40 ans, soit de 1916 à 1962

Parmi les forces étrangères connues au BURUNDI sous la colonisation, il convient d'établir une distinction entre les agents coloniaux et les missionnaires. Pour les premiers, le principal souci fut la conquête coloniale, la recherche de nouvelles possibilités économiques et la sauvegarde de la grandeur de la métropole. Pour la seconde, il fallait répandre la religion dans les régions où elle n'avait pas encore pénétré. Cependant, il semble que, dans la pratique, la politique coloniale et celle de l'évangélisation ont été menées en commun accord. Et le colonisateur, et le missionnaire, chacun se référait à la fameuse mission civilisatrice.

En effet, les européens convaincus que l'histoire n'avait commencé qu'avec l'écriture, ils taxaient les peuples africains comme des peuples sans histoire. Dans la formulation de la loi du gouvernement du Congo-Belge, le roi Léopold II, déclarait : *« La mission de la Belgique au Congo est essentiellement une œuvre de civilisation ».*[1]

[1] TOYI, J., Le portrait du fonctionnaire colonial belge (1916-1962), Bujumbura, U.B.,F.L.S.H. 1986, p.11.

Diverses questions se posent sur cette mission civilisatrice. Pourquoi Léopold II s'acharne-t-il à dire que la mission essentielle de la Belgique est celle de civiliser ? Ici faut-il le rappeler, les mobiles économiques ont été relégués au second plan. Il s'agissait d'une stratégie visant tout à masquer les objectifs primordiaux par des textes philanthropiques.

Parmi les moyens mis en œuvre pour civiliser, le domaine sanitaire retient notre attention. Rappelons que la commune Rumonge constitue notre zone d'étude.

Dans ce chapitre donc, nous analyserons l'intervention du pouvoir colonial sous les deux aspects : l'aspect préventif et l'aspect curatif pour montrer que cette intervention coloniale en matière sanitaire a été un événement heureux pour la commune Rumonge, contre surtout les épidémies, les endémies et les autres maladies contagieuses ou infectieuses.

La médecine traditionnelle était insuffisante, et cette action médicale coloniale

> *« S'inspire des mobiles humanitaires : faire reculer la souffrance, la maladie et la mort. Et des mobiles pragmatiques : assurer au pays des hommes plus sains et plus forts, mieux aptes à réaliser leur bien individuel et la prospérité collective ».*[1]

II.1. Intervention du pouvoir colonial allemand.

Il existe des travaux sur l'action sanitaire touchant tout le pays. Tous ces essais de recherche sur les réalisations du colonisateur en matière sanitaire montrent que la présence de ce dernier est une réalité qui a marqué l'histoire du Burundi.

---

[1] République du Burundi, Ministère du Plan ; Plan Décennal pour le développemnt économique et social du Ruanda-urundi, 1951, p.95

Dans son ouvrage, le niveau de vie des populations rurales du Ruanda-urundi, LEURQUIN nous dit : *« Les deux agents de l'évolution économiques et social de nos pays est sans conteste l'action des missions et celle de la puissance administrante ».*[1]

Dès leur arrivée au Burundi, les Allemands n'ont pas fermé les yeux devant les terribles maladies dont souffrait le Burundi comme nous le précise COIFFARD :

> *« L'amélioration sanitaire des colonies fut considérée par l'Allemagne comme une responsabilité principales. La colonisation allemande prit à cœur la lutte contre les maladies tropicales ».*[2]

Les Allemands furent confrontés à un problème épineux de santé. Plusieurs épidémies et endémies se déclaraient partout mais ils n'avaient pas sur eux une organisation humaine matérielle et technique pour maitriser cette situation.

De toutes les maladies dont souffrait le BURUNDI, celle de la maladie du sommeil a fortement secoué la commune de Rumonge. Rappelons que cette maladie sévissait sur la côte orientale du lac Tanganyika depuis NYANZA-LAC au Sud jusqu'à Bugarama au Nord en passant par la plaine de la Rusizi.

Dans la région qui fait l'objet de notre étude, l'administration allemande bien qu'elle n'eût pas le temps de remplir ses obligations en matière sanitaire, avait déjà entrepris des mesures sérieuses contre la maladie du sommeil.

Joseph GAHAMA précise à ce sujet que la lettre de la résidence de l'Urundi n°7/2 : 285/11 du 31 mai 1911 qui invitait tous les supérieurs des

---

[1] LEURQUIN, P., Les niveaux de vie des populations rurales du Ruanda-urundi, institut de recherche économiques et sociales, Publication de l'Université Lovanium de Léopoldville , Paris, 1960, p.59.

[2] COIFFARD, J.L., Soixante ans de colonisation au Royaume du Burundi 1902-1962 (S.L.S.é), 1965, p.56.

postes des missions à se réunir en conférence pour trouver des solutions contre la maladie du sommeil, avait abouti à la fermeture de la frontière Ouest du pays afin d'endiguer l'expansion de l'épidémie.[1]

Les mesures draconiennes furent prises contre tous ceux qui passaient outre la décision et se rendaient d'une zone à une autre. Ils étaient frappés d'amendes assez lourdes à l'époque. On alla même jusqu'à réglementer la circulation sur le lac Tanganyika et sur les rivières.

A ces mesures de fermeture des frontières et de réglementation des relations régionales et inter-régionales, furent ajoutées celles relatives au débroussaillement de la région. Ce débroussaillement consistait essentiellement à la destruction des immenses champs de palmerais et de bananerais. Ceci fut mal accueilli par les populations de la commune Rumonge, qui considérait cette destruction comme un acte inhumain.

Les Allemands créèrent aussi deux postes de lutte l'un en zone Rumonge, l'autre en zone Kigwena pour la prospection de la maladie. La prospection systématique de toute la population de cette localité était faite deux fois par an par des équipes itinérantes, au nombre de sept, spécialement formées à cet effet. Les malades étaient soignés dans les deux postes ci-haut cités. Plus tard fut décrété le déplacement de la population depuis les zones infestées vers les hauteurs où le glossina était incapable de se développer à cause des conditions climatiques non favorables.

A partir de ce moment, la population de la commune Rumonge vide progressivement les lieux pour s'installer dans les communes frontalières de Burambi et Buyengero se trouvant dans la région de Mirwa. Rappelons que les mesures prises pour lutter contre la maladie du sommeil furent utilisées également pour le paludisme.

---

[1] GAHAMA, J., Op.cit., p.371.

En 1916, date de départ des Allemands après leur défaite, il n'existait ni hôpital, ni centre de santé dans la commune Rumonge sauf deux postes où on regroupait la population pour les faire soigner de la maladie du sommeil l'un en zone Rumonge, l'autre en zone Kigwena fondés en 1911. Mais nous pouvons avouer que les Allemands ont posé les premiers jalons pour lutter contre les épidémies, dans notre commune, parmi lesquelles, la maladie du sommeil notamment.

II.2. Evolution sanitaire pendant l'occupation coloniale belge

Au moment où la Belgique reçoit le Burundi comme le territoire sous mandat de la S.D.N en 1919, sa tâche n'est pas facile dans le domaine sanitaire. A cause de leur bref séjour peut être, les Allemands n'ont pas pu asseoir une organisation solide pouvant servir de fondation à l'œuvre de leur successeurs les Belges. Rappelons qu'à l'arrivée des Belges la commune Rumonge était dépourvu d'infrastructure sanitaires à part les centres de traitement des tripanosés en zone Rumonge et en zone Kigwena.

Dès les premières années de son mandat, la Belgique fera des efforts pour mettre en place une organisation d'assistance médicale. Cette organisation devait en fait suivre des étapes.

1° La première étape était le dépistage aussi général que possible des maladies, pratiqué par des équipes de prospections itinérantes. Quelques dispensaires et hôpitaux devaient recevoir des malades graves.

2° Dans la seconde étape, les recensements et les prospections commencés devaient se poursuivre et s'achever, tandis que les formations fixes et plus particulièrement dispensaires et hôpitaux ruraux devaient être multipliés.

3° Enfin, la troisième étape devait être marquée par l'occupation complète et permanente de tout le pays au moyen d'installations fixes et définitives

comprenant dans chaque territoire un hôpital entouré d'un réseau de dispensaires.[1]

Voilà des objectifs que la Belgique s'était fixé sous son mandat et sa tutelle sur le Burundi.

Le service médical du Gouvernement se faisait épauler par les missions religieuses généralement pourvues en médicaments. C'est ainsi qu'il y aurait des établissements médicaux appartenant à des missions catholiques, d'autres à des missions protestantes.

II.2.1. Planification, installation et évolution des établissements médicaux dans la commune de Rumonge

II.2.1.1. Etablissements médicaux du gouvernement.

Jusqu'en 1921, le service médical belge gère pour tout le Burundi deux hôpitaux, l'un à Bujumbura, l'autre à GITEGA, soit dans les deux centres les plus importants du BURUNDI. C'est à partir des années 30 que les belges inaugurent une action de grande envergure dans le domaine de la santé.

Avant de passer à l'inventaire des centres de santé du gouvernement colonial belge, il serait utile de présenter certaines conditions qui étaient indispensables avant l'installation d'un quelconque centre de santé. Ces conditions étaient surtout d'ordre administratif.

Pour construire un centre de santé, certaines démarches administratives étaient indispensables. Il fallait avant tout une demande d'installation officielle. Cette demande était d'abord adressée à l'administrateur territorial par un médecin du territoire, un curé de la paroisse ou quelques fois par un chef. Ensuite, l'administrateur territorial transmettait la demande au gouverneur. Cette demande devait contenir un exposé de motif pour prouver l'utilité de l'installation.

---

[1] Royaume de Belgique, Ministère des colonies ; Rapport sur l'administration belge au Ruanda-Urundi 1944, p.48.

En effet pour juger de l'utilité d'un centre de santé, il fallait réunir les conditions suivantes :

- Que la région dans laquelle il fallait construire un centre de santé ait un noyau important de la population ;
- Qu'il n'y ait pas d'autres centres sanitaires dans un rayon de 10 km ;
- Il fallait également tenir compte des régions très exposées de part leurs situations (région infestée de maladie du sommeil...)

Après l'accord du gouverneur, le centre de santé devait être érigé dans un lieu choisi en accord entre l'administrateur territorial et le médecin du territoire. Les endroits proposés devaient bien entendu répondre à une série des conditions dont les principales sont :

- Une route menant au dispensaire ;
- Une source d'eau très proche et intarissable ;
- Un terrain régulier ne présentant pas d'importante dénivellation pour éviter le coup du terrassement.[1]

En effet, le Résident WILMIN invite le délégué du territoire de Bururi à établir, en collaboration avec les chefs de secteurs, une liste d'endroits situés sur le territoire de sa formation médicale où se justifierait la construction d'un centre sanitaire.

C'est dans ce cadre que la chefferie de Rumonge fut choisie d'abord puisqu'elle remplissait les conditions administratives, ensuite parce que c'était une région très exposée à la maladie du sommeil.

En 1931 fut alors créé l'hôpital de Rumonge pour les tripanosés et les autres maladies.[2]

---

[1] Archives Nationales, fond de KITEGA, 155, 1930-1949, liasse 1s/lc.
[2] AERTS, L., Inventaires des établissements Publics au Rwanda et au Burundi 1938-1961, Usumbura, 1962, p.28.

Signalons que jusqu'en 1950, à la veille du plan décennal de développement économiques et social du Ruanda-Urundi, on avait dans la commune de Rumonge un seul hôpital à savoir l'hôpital de Rumonge.

Au départ, cet hôpital avait de petites dimensions et se révélait très exigu à cause de nombreux malades qui ne cessaient d'affluer. Cependant, les autorités coloniales ont progressivement étendu la capacité d'accueil de l'hôpital en construisant de nouveaux pavillons d'hospitalisation et en augmentant les lits pour les malades. Si nous suivons l'évolution de l'hôpital de Rumoge, nous aurons la situation suivante :

Tableau n°1 : Evolution de l'hôpital de Rumonge en chambres et en lits.

Hôpital	Année	Nombre de chambre	Nombre de lits
RUMONGE	1931	Pas de chambre	60
	1944	Pas de chambre	72
	1950	4	84

[1]

Commentaire : Le tableau ci-dessus montre que l'évolution se fait dans le sens de l'augmentation des chambres et celle des lits.

II.2.1.2. Etablissements médicaux des missions religieuses.

Le service médical du gouvernement se faisait épauler par les missions religieuses généralement pourvues en médicaments. Nous l'avons déjà signalé.

En effet, le souci de soulager les souffrances humaines figurait parmi les œuvres de l'église. Sur ce plan, la puissance colonisatrice et les missions religieuses ont fournis un effort. Pour s'en convaincre, il suffit d'évoquer le dévouement inlassable des religieuses, voire des prêtres eux-mêmes au service des malades. Un prêtre de la mission de KIBUMBU s'exprime en ces termes :

« Dans le courant de ces cinq années, nous avons pu construire et aménager un hôpital d'assistance Médicale aux Missions (A.M.M.). Cela n'a pas été

[1] Royaume de Belgique, Ministère des colonies, Rapports annuels sur l'administration belge au Ruanda-Urundi de 1925 à 1950

fait sans grandes dépenses, mais grâce à la générosité des deux bienfaiteurs et du Docteur, nous avons pu mener assez vite à bien ces gros travaux. Actuellement, notre hôpital est doté de 7 pavillons de 30 à 40 lits.... A l'heure actuelle, les maladies affluent et n'était (sic) le dévouement inlassable du Docteur, il serait submergé... ».[1]

Le même prêtre continue :

« L'équipement technique qui aurait dû être fourni par le gouvernement à laisser un certain temps à désirer, mais, actuellement, grâce à des instruments commandés en Amérique, nous sommes outillés aux mieux, et avec un appareil radiographie qui vient d'être fourni. Nous avons 19 dispensaires établies dans nos missions, mais seuls les dispensaires tenus par les sœurs sont reconnus par le gouvernement, les autres nous imposent de lourdes charges... ».[2]

Ces affirmations montrent clairement autant d'actes de volonté des missionnaires et pour les bénéficiaires, un soulagement à leurs maux.

Outre ce souci de soulager les souffrances humaines, l'effort fourni par les missionnaires dans le domaine sanitaire émanaient toujours du souci d'évangéliser beaucoup des populations de la région comme le précise cette citation :

> *« Dans les postes de missions si jeunes soient-ils c'est par un modeste dispensaire qu'on commence pour attirer les gens. L'expérience a montré que l'action médicale, les soins donnés aux enfants, les maternités... exercent une influence bienfaisante sur la mentaliité de la population et ont une importance sociale qu'il serait difficile d'exagérer. Dans beaucoup de cas, elle est plus efficace dans la lutte contre les conceptions fétichistes et païennes que l'instruction religieuse proprement dite ».*[3]

---

[1] JEAN, P., Naissance d'une église, Histoire du Burundi Chrétien, Presses Lavigerie, Usumbura, 1963, p.132
[2] Ibidem
[3] NTAMBABAZI, I., Idéologie et politique des missions catholiques au Congo-Belge (1919-1960), Bujumbura, U.B., F.L.S.H., 1986 p.38

Ces affirmations nous montrent bel et bien les efforts consentis par les missions religieuses pour l'installation et le fonctionnement des établissements médicaux au Burundi. Malheureusement force' est de constater que dans la région qui constitue notre zone d'étude il n'y a pas eu jusqu'en 1960 d'établissement médicaux des missions religieuses. Cela était dû à l'assassinat des premiers missionnaires de la mission de Rumonge survenu le 4/5/1881[1]

II.2.1.3. Le rôle des sociétés minières

De même que le gouvernement colonial et les missions religieuses, les sociétés minières ont fait également un effort dans le domaine médical. L'administration coloniale avait obligé les patrons d'entreprises de construire de centres de santé pour leurs travailleurs.

En effet, les établissements médicaux des sociétés furent construits dans le cadre d'une législation qui obligea les entreprises à prendre un minimum de mesures en matière médicales, et de quelques améliorations des conditions matérielles et sociales de leurs employés. La législation du travail faisait l'objet de plusieurs décrets et ordonnances. Citons l'ordonnance 476 du 08/12/1940 : elle exigeait de l'employeur :

- la construction d'une boîte de secours et de pharmacie
- dans tout camp comportant 100 travailleurs, l'employeur devait entretenir un dispensaire ;
- lorsque le nombre de travailleurs réunis dans une même localité ou disséminés dans un rayon de 15 km atteignait 100 hommes, un infirmier ou un aide infirmier devait être engagé ;
- pour plus de 500 hommes, il fallait un agent sanitaire ;
- pour plus de 1000 hommes, un médecin était exigé,
- pour plus de 5000 hommes, 2 médecins devaient être au service.[2]

---

[1] MWOROHA, E. et alii, op cit. , p. 245

[2]Royaume de Belgique, Ministère des colonies ; Rapport sur l'administration belge en Ruanda-urundi 1949, p.119

Contrairement aux formations sanitaires du gouvernement et des missions religieuses, celles de sociétés n'étaient pas stables. En effet, beaucoup d'entre elles disparaissent dès que les sociétés faisaient faillite. En chefferie de Rumonge, on pouvait relever le centre sanitaire de société qui s'était maintenu jusqu'en 1951. Il s'agit de Kigwena situé en zone de Kigwena.[1]

II.2.2. Le volume des activités curatives et préventives

Les activités curatives ont pour but la guérison d'une maladie déclarée, tandis que celles préventives visent à empêcher ou à prévenir la maladie. En effet, même si nous n'avons pas pu trouver les données montrant clairement le volume d'activités curatives au cours de toute la période de l'occupation coloniale, le travail accompli dans l'hôpital de Rumonge est significatif comme le montre le tableau suivant :

[1] Idem, p.353

Tableau n°2 : Le volume d'activités curatives au cours de l'occupation coloniale belge (hôpital Rumonge)

Installation sanitaire	Années	Nombre de personnes consultées	Nombre de personnes hospitalisées
Hôpital Rumonge	1933	2.532	796
	1934	2.583	431
	1935	3.832	176
	1936	4.501	950
	1949	4.583	315
	1950	3.512	161
	1955	3.511	509
	1956	4.831	752
	1958	4.945	324
	1959	4.499	619
	1960	7.945	533

[1]

Commentaire :

Ces données sur la moyenne des présences annuelles pour les soins curatifs nous montrent qu'il existe des années où le nombre des patients est élevé et d'autres bas. Il est vrai que ces données sur les activités curatives telles que présentées ci-dessus ne nous permettent pas de tirer une conclusion sûre à propos des activités curatives ni pour tous les centres de santé de la région ni pour toutes les années qu'a duré la colonisation, mais elles nous donnent une idée plus ou moins nette sur l'ampleur du travail accompli. Ajoutons aussi que la population consultée n'était pas toute de la commune de Rumonge mais aussi celle des communes Burambi et Buyengero puisque dans ces endroits il n'y avait aucun autre établissement médical.

[1] Archives de la province sanitaire de Bururi, secteur de santé de Rumonge, Registres Standards des prestations sanitaires de 1933 à 1960.

II.2.3. Le personnel médical

Notre but est de montrer l'évolution quantitative du personnel médical dans la région qui constitue notre zone d'étude. Néanmoins, faute des données, nous ne pouvons pas tirer une conclusion sûre en ce qui concerne la progression continue du personnel médical. On pouvait imaginer que la situation du personnel médical reflétait le principe d'insuffisance.

Pour tout le Ruanda-urundi, le service médical comprend au 31.12.1932, 17médecins, 10 agents sanitaires et 6 infirmiers tous européens.[1]

Depuis 1933, le gouvernement a constitué un service de recensement médical. Ce service contribue à répandre les bienfaits des soins médicaux. Il dépistait le cas des maladies, les enregistrait et permettait de commencer leur traitement. Ce travail s'accomplissait simultanément dans tous les territoires.

Ainsi, 6 ans après la création du service de recensement médical, le personnel noir du service médical comptait 491 éléments.[2]

Au 31.12.1949, le territoire du RUANDA-URUNDI comptait 54 médecins pour une population estimée à 3.882.391 en 1949[3], soit 1médecin pour 71.915 personnes.

Avec le plan décennal, le tableau suivant nous donne une idée sur les prévisions en personnel.

---

[1] Royaume de Belgique, Ministère des colonies ; Rapport annuel sur l'administration belge au ruanda-urundi, 1932, p.66.

[2] R.A.B.R.U. 1939, cité Sigfried MUSANGWA, La politique sociale et sanitaire dans le territoire sans mandat et sous tutelle (Ruanda-urundi) 1920-1960, Bujumbura, F.L.S.H, 1977, p.29.

[3] République du Burundi, Ministère du plan ; Plan décennal de développement économùique et sociale du Ruanda-urundi, 1951, p.6.

Tableau n°3 : Les prévisions en personnel médical avec le plan décennal[1]

	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	Total
Médecins	4	7	5	4	10	3	2	4	-	4	43
Pharmaciens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Auxiliaires	-	-	-	1	-	3	2	2	4	-	12
Infirmiers	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	3
Dentistes	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	4	8	7	6	10	6	4	6	4	5	60

Ainsi, dans le secteur médical, l'administration coloniale peut-elle se féliciter d'avoir atteint ses objectifs en ce qui concerne le personnel médical dans la commune de Rumonge ? La réponse est négative si nous prenons les effectifs des années 1950 à 1959 comme données de base. Le tableau suivant nous montre clairement que le personnel médical constituait un maillon faible :

Tableau n°4 : Le personnel médical de la commune de Rumonge de 1950 à 1959[2]

Formation médical	Années	Médecins	Agents sanitaires	Total
HOPITAL RUMONGE	1950	1	1	2
	1952	1	1	2
	1953	1	1	2
	1954	1	1	2
	1955	1	1	2
	1956	1	1	2
	1957	1	1	2
	1958	1	1	2
	1959	1	1	2

Comme nous l'avons déjà signalé, ces effectifs ne concernent que les années 1950 à 1959. Il ne nous renseigne pas sur l'évolution quantitative du personnel médical pendant toute l'occupation coloniale. C'est pourquoi nous ne

[1] MUSANGWA, S., Op. cit., p.34.
[2] A.N., BURURI, AI, 14.4.1959

pouvons pas estimer à partir de ce tableau des efforts fournis en ce qui concerne le personnel médical dans la commune Rumonge.

II.3. La réaction de la population à l'égard de la médecine moderne

Avant l'intervention du pouvoir colonial, la médecine traditionnelle avait une place de choix. Malgré l'existence de quelques remèdes pouvant guérir certaines maladies, la mortalité restait très élevée.

Avec l'installation des centres de santé, la mortalité a baissé. Les agents qui s'occupaient des centres de santé ont bien compris qu'il fallait d'abord prévenir les maladies.

En effet, ils ont vite compris qu'il faut insister sur l'explication des principales causes des maladies et ont appris à la population comment elle pourrait s'y prendre. Ils recommandaient surtout l'hygiène alimentaire, corporelle' et vestimentaire. Grâce notamment aux progrès de la médecine moderne, les populations comprirent son importance et commencèrent à se rendre régulièrement au centre de santé.

Néanmoins, nous ne pouvons pas dire que la médecine traditionnelle avait déjà disparu. D'après les informations obtenues lors de nos enquêtes, il semble que les populations autochtones n'accueillirent pas bien l'utilisation des médicaments modernes. Plusieurs informateurs ont mis en évidence la suspension forcée de la médecine moderne.[1]

Les mêmes informateurs nous ont signalé que parmi la population de la commune Rumonge, on trouvait un groupe qui avait déjà accepté la valeur et la supériorité de la médecine moderne. Chaque fois qu'ils tombaient malades, ces gens allaient directement se faire consulter à l'hôpital. Un autre groupe de la population continuait par contre à croire en l'efficacité et en la supériorité de la médecine traditionnelle. Ces gens préféraient toujours se rendre chez un guérisseur chaque fois qu'ils avaient un problème quelconque. Contrairement à ce qu'on pouvait imaginer, les traditionalistes dans le domaine médical se

[1] SURWAVUBA Hussein, cultivateur âgé de 84 ans, commune Rumonge, zone Rumonge, colline Nkayamba, le14/04/2010.

trouvaient aussi bien dans les régions éloignées que dans les régions plus proches des centres de santé.

Nous trouvons enfin, un troisième groupe qui se plaçait entre les deux premiers. Il s'agissait de ceux qui, tout en étant convaincus de la valeur de la médecine moderne, croyaient également en l'efficacité de la médecine traditionnelle.

Signalons aussi que l'éloignement des centres de santé ne favorisait pas la consultation des malades. Certains préféraient se faire soigner chez un médecin traditionnel se trouvant tout près de lui. A cela, il faut ajouter que les individus parcouraient beaucoup des kilomètres à pied avec un malade grave sur les hamacs « inderuzo ».

En définitive, nous pouvons avouer que la colonisation a certainement réalisé beaucoup de choses. Dans le domaine social de la santé publique, il y a lieu d'être satisfait sauf en ce qui concerne l'enseignement médical. Le bilan n'est que négatif, il y a lieu de signaler beaucoup de choses à mettre à l'actif du colonisateur. Les épidémies, les endémies et les autres maladies contagieuses ont fortement baissé.

Néanmoins, les établissements médicaux restent le maillon faible dans notre commune, malgré le souhait du gouvernement colonial d'établir un centre de santé dans un rayon de 10km. Les missions catholiques et protestantes qui ont contribué dans une large mesure à la mise en place de l'infrastructure sanitaire n'ont rien fait dans notre commune, nous l'avons déjà dit. Elles installaient les centres de santé aux endroits qui répondaient à leur goût. Notre région était très peu privilégié par ces dernières car les premiers missionnaires ont été assassinés à la mission de Rumonge.

Analysons maintenant si le gouvernement du BURUNDI, depuis son accession à l'indépendance jusqu'à nos jours à pu combler les lacunes observées dans le domaine médical au BURUNDI en général et dans notre région d'étude en particulier. Cette analyse fait l'objet d'un chapitre suivant.

CHAPITRE III : EVOLUTION SANITAIRE EN COMMUNE RUMONGE DEPUIS L'INDEPENDANCE A NOS JOURS

Au chapitre précédent, nous avons vu que la médecine occidentale fut un événement bienveillant contre les maladies que le traitement traditionnel ne pouvait pas soigner. Pourtant, cette dernière n'avait pas une organisation cohérente.

L'intervention allemande dans le domaine de la santé n'a pas mis en place un service médical organisé. Jusqu'à leur départ en 1916, ils n'avaient pas eu la chance de mettre en place une organisation du service de santé solide. A leur arrivée, les Belges n'ont pas tardé à adopter les mesures semblables à celles de leurs prédécesseurs ; la lutte contre les épidémies et endémies par des équipes itinérantes sans organisation cohérente visible. Analysons maintenant les changements intervenus dès l'indépendance.

Avec l'indépendance, les autorités nationales prennent en mains la responsabilité de la politique de la santé. Elles durent se heurter à plusieurs problèmes dans ce domaine, notamment le problème d'orientation et d'organisation de la politique de santé. Autrement dit, les autorités furent amenées à adhérer à un modèle de l'Etat colonial qui privilégiait un système de santé prioritairement curatif au dépens des activités préventives.

De l'administration coloniale à 1979, le système de santé burundais relevant du secteur public avait une structure largement centralisée avec une capacité administrative et technique faible au niveau local. Le processus de décentralisation a débuté avec l'adoption de la politique sociale et préventive en 1979.[1]

[1] République du Burundi, III[è] plan quinquennal de développement économique et social (1978-1982), p.28.

III.1. Le changement de la politique sanitaire

Le premier congrès du parti UPRONA, alors instance nationale suprême, proposa en décembre 1979 une nouvelle politique au gouvernement du BURUNDI et plus particulièrement au Ministère de la santé publique. Depuis les années 1980, une politique sanitaire que poursuit le Ministère de la santé publique s'énonce comme suit :

> *« La politique du gouvernement en matière de santé publique est axée sur le principe de la médecine sociale et préventive visant la plus grande couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité de la vie de tous les citoyens pour permettre à chacun de mener une vie économique et socialement productive ».*[1]

C'est pourquoi des nouvelles stratégies sont mises en œuvre au cours du III^{ème} et IV^{ème} plans quinquennaux pour atteindre cet objectif. Une médecine sociale intégrée fut orientée vers l'éducation, la prévention et les soins curatifs. Le gouvernement devait en en effet s'assigner comme priorité d'offrir les soins de santé d'un niveau acceptable à la périphérie, aux couches sociales les plus pauvres de la société.

III.1.1. Installation et évolution des établissements sanitaires dans la commune Rumonge pendant la période post-coloniale

Comme nous venons de le voir, les colonisateurs n'ont pas inauguré une action de grande envergure en matière de santé en commune Rumonge.

Rappelons qu'à leur départ, il existait dans notre zone d'étude le seul hôpital de Rumonge, deux centres pour les tripanosés, l'un en zone Rumonge, l'autre en zone Kigwena ainsi qu'un centre de santé d'une société situé à Kigwena.[2]

---

[1] République du Burundi, V^{ème} plan quinquennal de développement économique et social 1988-1992, p.27.
[2] R.A.B.R.U., 1960, p.61

C'est avec les différents plans quinquennaux de développement socio-économique de 1968 à 1992 adoptés par le gouvernement post colonial que les choses ont changé. Pour notre région, un accent particulier est mis sur le quatrième et le cinquième.

Le cinquième plan quinquennal de développement économique et social de 1988-1992 avait des objectifs de secteur de santé visant à faire accéder toutes les couches de la population aux soins de santé d'ici l'an 2000.

Les stratégies qui seront mis en œuvre au cours de ce plan quinquennal pour atteindre cet objectif s'appuient sur une approche multisectorielle, communautaire et intégrant la prévention, les soins curatifs et la promotion pour offrir à la population des soins géographiquement et économiquement accessibles.

Pour cela, il serait nécessaire d'arriver à un meilleur équilibre entre les soins primaires et tertiaires et d'obtenir une meilleure répartition géographique de ces soins (milieu rural et urbain).

Pour atteindre les objectifs assignés au secteur de la santé, il sera nécessaire de :

- décentraliser les équipements afin de rapprocher le plus possible les services de santé de la population (essentiellement à travers la construction, la réhabilitation et l'équipement des centres de santé existants et futures) ;
- former le personnel paramédical à travers les instituts médicaux ;
- améliorer l'approvisionnement et la gestion des stocks des produits pharmaceutiques ;
- intensifier la lutte contre les maladies transmissibles ;
- intensifier la campagne de sensibilisation au programme de planification familiale ;

- arriver progressivement à une gestion autonome des établissements hospitaliers.[1]

A partir de cette date, les établissements médicaux ont connu dans notre région un volume très important comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°5 : Les hôpitaux et centres de santé publics privés et confessionnels en commune Rumonge.

Années	Hôpitaux	CDS publics	CDS confessionnels	CDS privés
1985	1	1	2	0
1986	1	1	2	0
1987	1	1	2	0
1988	1	1	3	0
1989	1	1	3	0
1990	1	1	3	0
1991	1	1	3	0
1992	1	2	3	0
1993	1	3	3	0
1994	1	4	3	1
1995	1	4	3	1
1996	1	4	3	2
1997	1	4	3	4
1998	1	5	3	5
1999	1	5	3	8
2000	1	5	3	9
2001	1	6	3	10
2002	1	6	3	15
2003	1	7	3	18
2004	1	7	3	19
2005	1	7	3	21
2006	1	7	3	22
2007	1	7	3	23
2008	1	7	3	24
2010	1	7	3	24

[2]

[1] République du Burundi, V^ème plan quinquennal de développement économique et social 1988-1992, p.257.
[2] Secteur de santé de Rumonge, Rapports mensuels des centres de santé et l'hôpital de 1985 à 2010.

III.1.1.1. L'hôpital

La commune Rumonge compte un seul hôpital de référence. C'est-à-dire que depuis 1931, date de sa création, aucun effort n'est consenti par le gouvernement post-colonial dans le but de construire un autre.

L'évolution de cet hôpital s'est fait dans le cadre de l'augmentation des chambres et des lits pour l'hospitalisation des malades. Jusqu'en 1962, date de départ des colonisateurs, l'hôpital de Rumonge avait quatre chambres seulement avec 84 lits. Actuellement, il existe à l'hôpital de Rumonge 50 chambres avec 180 lits. Ajoutons aussi qu'au sein de ce même hôpital se trouve une maternité ainsi qu'un centre de santé. Le centre de santé annexé sur l'hôpital s'occupe seulement des activités préventives telles que la vaccination, les consultations pré et post-natales.[1]

III.1.1.2. Les CDS publics

La commune de Rumonge possède à l'heure où nous sommes 8 centres de santé publiques. Ces CDS sont : Karonda, Kizuka, Buruhukiro, Gatete, Muhuzu, Minago, Rumonge et Cabara.

Dans ce cadre, l'effort consenti par le gouvernement post-colonial est très louable. Rappelons qu'au départ du colonisateur, la chefférie ou la commune actuelle de Rumonge n'avait qu'un seul centre de santé de la société minière basé à Kigwena. Nous l'avons déjà dit.

III.1.1.3. Les CDS confessionnels

Depuis l'indépendance, les confessions religieuses catholiques et protestantes ont consenti un effort considérable dans le domaine sanitaire au Burundi en général et dans notre zone d'étude en particulier.

[1] District sanitaire de Rumonge, rapports mensuels des centres de santé et l'hôpital de l'an 2010.

La première en œuvre est la confession catholique avec la construction du centre de santé de kigwena en zone Kigwena, suivie par la confession protestante pentecôtiste avec les CDS de Karonda I et Mugara en zone Gatete.

Ici, force est de rappeler que pendant la période pré-coloniale et coloniale, aucune formation sanitaire confessionnelle n'existait en commune de Rumonge.

III.1.1.4. Les CDS privés

Ces CDS ont vu le jour dans notre commune à partir des années 1990 et deviennent actuellement de plus en plus nombreux. Ils sont parfois implantés par des commerçants qui considèrent ce domaine comme le plus bénéfique d'où ils y investissent régulièrement leur argent.
Ces CDS privés sont :
Gakiza, Shika , Kaze, Neema, Kwizera , Shima, SS^{+}B, Medis, CSS^{+}; Suhuke, Remeshanya, Izere, Karonda II, Ruhuka, Kigwena II, Remeshanya II, Ami des malades, Amahoro, Musave, Shima, Izere urakira, Rukinga, Kanyenkoko^{+}, etc...

D'après la supervision du district de santé de Rumonge (ancien secteur), la plupart de ces CDS privés ne remplissent pas les conditions exigées par le ministère de la santé publique. Il y en a même d'autres qui travaillent dans la clandestinité. Ces derniers ne donnent même pas des rapports mensuels d'où leur supervision échappe quasiment le district de santé.[1]

III.1.1.5. Les pharmacies

Rappelons que pendant la période coloniale il n'existe aucune pharmacie dans notre région d'étude. Actuellement la commune compte plusieurs officines de ventes pharmaceutiques. Le nombre le plus élevé de ces derniers sont des pharmacies privées.

[1] Entretien avec NAHIMANA Gloriose, infirmière âgée de 47 ans, superviseur en chef du district et ancien chef du secteur de Rumonge. Le 15/04/2010

III.1.1.5.1. Pharmacies publiques

A part la seule pharmacie de la mutuelle, d'autres sont des pharmacies qui ont un caractère de gestion communautaire. Elles se trouvent à l'intérieur de chaque CDS public ou hôpital.

III.1.1.5.2. Pharmacies privées

Elles sont plus nombreuses. Certaines d'entre elles ne remplissent pas les conditions nécessaires. Ces dernières sont : Izere uzokira, Dusenge , Patience, rema, Vyizigiro I, Ihangane, Dushime, Igiraneza, Gakiza, Dieu merci, Kira, Planète, Vyizigiro II, Mantain, Agakura, Remeshanya, etc...

III.1.2. Le personnel médical

Au chapitre précédent, nous avons vu que dans la région qui constitue notre zone d'étude, le personnel médical était insuffisant.

Analysons maintenant si l'administration post-coloniale se félicite d'avoir atteint ses objectifs en ce qui concerne le personnel médical dans la commune de Rumonge.

Tableau n°6 : Evolution du personnel médical en commune Rumonge pendant la période post-coloniale

Années	Infirmiers			Aides infirmiers		Docteurs Généraliste et spécialiste		T.P.S
	A1	A2	A3	Formés	Non formés	Généra	spécialiste	
1985	0	0	4	0	5	1	0	0
1987	0	0	10	0	5	1	0	0
1989	0	0	12	0	10	1	0	0
1991	0	4	30	0	21	1	0	1
1993	0	8	35	0	23	1	0	1
1995	0	8	41	0	35	1	0	2
1997	0	8	44	0	35	1	0	3
1999	0	9	46	0	38	1	0	3
2001	0	10	46	0	39	1	0	4
2003	0	10	47	0	39	1	0	4
2005	0	12	49	0	40	3	0	4
2007	1	12	50	0	40	3	1	5
2009	1	12	52	0	48	3	1	5
2010	1	13	56	0	49	4	1	5

[1]

Commentaire.

Le personnel dont on parle ici est celui de l'hôpital, des CDS publics et confessionnels. Comme nous l'avons souligné, les CDS privés ne donnent pas des rapports, d'où leur personnel échappe la supervision.

Même si nous n'avons pas trouvé les données sur toutes les années de la période post-coloniale, nous voyons que l'effort consenti par ce gouvernement est louable, même si les objectifs du quatrième et cinquième plans quinquennaux de développement économique et social de voir jusqu'en l'an 2000, un médecin pour 10.000 habitants, un pharmacien pour 10.000 habitants, 1 dentiste pour 10.000 habitants ne sont pas atteints.

[1] Province sanitaire de Bururi, secteur sanitaire de Rumonge, rapports mensuels des centre de santé et hôpitaux de 1985 à 2010.

A ce que nous sachions et selon les données du district, nous avons actuellement quatre médecins pour l'ensemble de la population évalué à 156.219 habitants, c'est-à-dire un médecin sur 39.054 habitants, aucun dentiste et aucun pharmacien.[1]

III.1.3. Lutte contre les maladies : Activités préventives et curatives.

Rappelons que les activités curatives ont pour but la guérison d'une maladie, tandis que celles préventives visent à empêcher ou à prévenir la maladie. Par exemple, concernant la surveillance de la croissance des nourrissons, l'activité préventive vise essentiellement à suivre chaque enfant par son poids et sa taille afin de détecter à temps la maladie et apporter des soins curatifs à tout phénomène morbide susceptible de gêner le développement normal de l'enfant.

L'objectif des consultations prénatales quant à lui est de suivre les femmes au cours de leurs grossesses afin de détecter à temps les facteurs de risque en vue d'un traitement et ainsi maximiser les chances de voir évoluer les grossesses à terme dans de très bonnes conditions[2].

En effet, même si nous n'avons pas pu trouver les données montrant clairement le volume d'activités curatives et préventives au cours de la période considérée, le travail accompli dans certaines installations sanitaires est significatif comme le montre les tableaux suivants.

Pour montrer l'évolution du volume de ces activités nous avons pu trouver des données sur la période allant de 1985 à 2010.

---

[1] District sanitaire de rumonge, Rapports mensuels des centres de santé et hôpital de l'an 2010.
[22] Entretien avec NAHAYO Anaclet, Médecin Généraliste âgé de 40 ans, commune Rumonge, zone Rumonge, le 16/05/2010.

Tableau n°7 : Le volume des activités curatives dans les centres de santé et l'hôpital en commune Rumonge de 1985 à 2010

Années	Nombre de personnes consultées
1985	89.461
1987	89.704
1989	90.425
1991	91.430
1993	85.000
1995	96.200
1997	112.101
1999	141.220
2001	166.644
2003	170.462
2005	177.242
2007	186.233
2009	188.627
2010	189.102

[1]

[1] Direction sanitaire de la santé de Bururi, District sanitaire de Rumonge, Rapports des centres de santé et hôpitaux, de 1985 à 2010.

Tableau n°8 : Le volume des activités préventives dans les centres de santé et l'hôpital en commune Rumonge de 1985 à 2010

Années	Nombre de femmes consultées	Nombre d'enfants vaccinés
1985	43.320	111.302
1987	53.403	147.204
1989	54.120	192.820
1991	54.230	210.427
1993	40.202	203.431
1995	41.403	247.800
1997	53.304	254.200
1999	84.102	419.310
2001	84.204	421.406
2003	90.803	440.321
2005	94.870	442.685
2007	94.904	459.420
2009	98.402	460.302
2010	98.803	461.494

Commentaire :

Comme les tableaux ci-dessus l'indiquent, nous voyons bien qu'il y a des années où l'effectif de la population augmentait et d'autres où cet même effectif diminuait notamment de 1993 à 1998. Que dire de ce constat ?

L'évolution de l'effectif de la population consultée est liée d'une part à l'implantation des centres de santé dans les endroits où ils ne se trouvaient pas et de l'autre part à la compréhension d'années en années des bienfaits de la médecine moderne.

Comme l'affirme le titulaire du centre de santé Muhuzu, la diminution de la distance à parcourir entraîne bel et bien la fréquentation massive des centres de santé.[1]

[1] Direction provincial de la santé de Bururi, Rapports annuels des centres de santé et hôpitaux de 1985 à 2010.

Pour les années 1993-1998, les activités en matière de santé curative et préventive se sont déroulées dans un environnement de crise d'où nous voyons que le volume est bas. Certains centres de santés avaient fermés leurs portes et un nombre non négligeable de la population avait pris fuite vers la Tanzanie.

Pour les années 2000-2005, force est de constater que le volume d'activité a augmenté. Pendant cette période, la crise qui avait endeuillé le Burundi en général et notre région d'étude en particulier commençait à diminuer progressivement et certains centres de santés qui avaient fermés leurs portent ont réouvert ces dernières.

En analysant les données sur les activités curatives et préventives au cours des années 2006-2010, nous remarquons que les centres de santé ont été fortement fréquentés.

La forte fréquentation de la majorité de ces centres de santé est due au climat de paix favorisant l'approvisionnement régulier des médicaments d'une part et l'initiative de son excellence le président de la République du Burundi Pierre NKURUNZIZA d'offrir les soins gratuits aux enfants ayant moins de cinq ans et aux femmes pendant l'accouchement de l'autre part.

S'agissant des activités préventives c'est-à-dire la vaccination des enfants et la consultation des femmes, nous voyons que l'effectif annuel est plus élevé. Cela s'explique par le fait qu'une femme ou un enfant pourrait se présenter plus d'une fois au centre de santé.

En définitive, même si nous ne disposons pas de toutes les données, les activités menées au cours des années 1985-2010 sont significatives. En tout cas, les résultats sont satisfaisants.

---

[1] MINANI Augustin, Infirmier âgé de 40 ans, Titulaire de centre de santé Muhuzu, commune Rumonge, zone Minago, colline Muhuzu, le 7/4/2010

D'après les rapports consultés, le paludisme, les infections respiratoires aigus, les maladies diarrhéiques, la dysenterie bacillaire, les maladies nutritionnelles, la fièvre typhoïde, la rougeole, le choléra, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le VIH/SIDA occupent une place prépondérante. Pour ce qui est des troubles liés à la grossesse, l'accouchement et le post-partum, les séances d'éducation pour la santé lors des consultations prénatales contribuent à la diminution de l'ampleur de ce problème de santé ; notamment en insistant sur l'importance de la consultation prénatale au premier trimestre, de la grossesse ; l'accouchement en milieu assisté et la consultation post-natale.[1]

L'œuvre grandiose réalisée dans notre région est sans doute le résultat d'une restructuration de la politique sanitaire entreprise lors de la deuxième session du comité central du parti UPRONA qui a eu lieu à BUJUMBURA du 15 au 16 juin 1982. Cette restructuration orientait les services de santé vers la forme sociale de la médecine qui s'appuie notamment sur la décentralisation. Parlons maintenant de la décentralisation du système de santé.

III.2. La décentralisation administrative du système de santé

Dans le souci d'assurer un encadrement technique suffisant des hôpitaux, centres de santé et de faciliter à toute la population du Burundi l'accès aux soins de santé et à l'éducation sanitaire, la décentralisation consiste à faire correspondre la structure sanitaire à la structure administrative.

Conçue en trois phases, la décentralisation a d'abord consisté en la création de quatre régions médicales à savoir :

- la région médicale de BUJUMBURA
- la région médicale de NGOZI
- La région médicale de GITEGA
- La région médicale de BURURI

[1] District sanitaire de Rumonge, Rapports mensuels des centres de santé et l'hôpital.

La deuxième phase s'est amorcée en 1985. Cette nouvelle structure aboutit à la création des provinces sanitaires et des secteurs de santé. Ainsi, la province sanitaire de Bururi voit le jour avec cinq secteurs de santé à savoir : Bururi, Matana, Rutovu, Mugamba, Rumonge.[1]

Quant à la troisième phase, elle a eu lieu en 2008. Cette structure maintient en place les provinces sanitaires et les anciens secteurs de santé sont remplacés par des districts de santé. C'est à partir de ce moment que la province sanitaire de Bururi se subdivisait en trois districts à savoir Rumonge, Bururi et Matana.

III.2.1. La répartition administrative des districts de santé de la province sanitaire de Bururi

Le district sanitaire de Rumonge couvre trois communes à savoir Burambi, Buyengero et Rumonge. Celui de Bururi avec Vyanda, Bururi et Rutovu ; celui de Matana avec Songa, Mugamba et Matana.[2]

III.2.2. La hiérarchie administrative au sein de la province sanitaire

Par ordre croissant, la hiérarchie au sein de la province sanitaire se présente comme suit :

- Le médecin provincial
- Les chefs des secteurs (districts) de santé
- Les titulaires des centres de santé[3]

La politique sanitaire nationale vise à intégrer complétement les activités préventives, curatives et éducatives. Aussi, le centre de santé doit-il être un lieu privilégié pour l'application de cette politique d'intégration.

Le centre de santé dépend hiérarchiquement du district de santé. Son responsable adresse au chef de district un rapport épidémiologique mensuel et un rapport trimestriel et annuel des activités de son centre de santé.

---

[1] République du Burundi, V^{ème} plan quinquennal de développement social et économique, 1988-1992, p.30
[2] Ministère de la santé publique, Province sanitaire de Bururi
[3] Ibidem.

En outre, le titulaire du centre de santé est chargé de :

- surveiller la régularité de personnel au service ;
- surveiller l'état et l'entretien des locaux ;
- trier les maladies à soigner au centre de santé et ceux à évacuer vers l'hôpital ;
- diagnostiquer et traiter les maladies bénignes ;
- administrer les soins aux malades graves avant d'être évacués vers l'hôpital.

En fait, comme on le constate, la décentralisation des services sanitaires enlève au Ministère de la santé publique toute responsabilité directe dans la gestion des services de santé publique au niveau local. Ces fonctions incombent désormais aux responsables sanitaires et politiques locales.

Selon NAHIMANA Gloriose, superviseur en chef du district de Rumonge, la décentralisation a apporté un avantage considérable au niveau de la santé. Au lieu d'attendre les prévisions émanant du Ministère de la santé publique, chaque chef du centre de santé prend des décisions nécessaires pour le bon fonctionnement de son centre de santé. La supervision devient aussi facile parce que la distance à parcourir diminue.

Dans la mesure du possible, et dans la perspective de l'autonomie administrative basée sur le développement autocentrée et autogéré, on assiste à la participation de la population et autres secteurs d'activités.

III.3. Les participants.

III.3.1. La participation de la population locale

Dans cette perspective de décentralisation, on y voit souvent un moyen permettant à la population locale de participer aux décisions sur les services de santé, de façon plus directe et immédiate. La population devient comme principal acteur dans la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes de santé. En effet, les réunions sont un cadre institutionnel au sein duquel les populations expriment leurs problèmes, leurs besoins, décident des actions à

mener. Dans la commune de Rumonge, les résultats sont encourageant dans le cadre du développement communal autocentré et autogéré. Certains centres de santé sont construits par la population : c'est le cas du centre de santé Mbuga en zone Kizuka en cours de construction.

III.4.2. La participation des autres secteurs d'activités.

La conception des soins de santé primaires est pluridisciplinaire. Il est singulièrement important de voir les effets de la décentralisation sur les activités multisectorielles. Le secteur d'information notamment participe à la formation de la population.

Les canaux d'information communément utilisés sont la radio, la télévision, la presse écrite, les affiches et le cinéma. Ainsi, les messages de santé sont véhiculés afin de conscientiser la collectivité sur les problèmes de santé.

L'information par les journaux et les affiches ne produit pas de grands effets car une partie non négligeable de la population de la commune Rumonge est illettrée. Les messages à la radio et à la télévision ne suffisent pas non plus.

Le secteur de l'éducation est également une composante importante de la santé. Par ailleurs, l'alphabétisation dans le milieu rural favorise la réussite des programmes de santé. En outre, l'adduction en eau potable, l'électrification, l'amélioration de l'habitat sont des activités relevant du secteur de développement rural qui intéressent directement le secteur de santé. Tous ces éléments méritent d'être regroupés sous le vocable de déterminants de la santé dans la mesure où, à eux seuls, on pourrait élever le niveau de la santé sans intervention directe de service de santé.
Toutefois, la décentralisation n'est pas une fin en soi. Voyons maintenant les moyens d'actions sanitaires.

III.4. Les moyens d'action sanitaire.

Ces moyens d'action sanitaire sont notamment les ressources humaines constituées du personnel médical et paramédical, les ressources matérielles et le régime d'assurance maladie constitué principalement de la carte d'assurance maladie et la mutuelle de la fonction publique.

Voyons alors l'utilité de la carte d'assurance maladie et celle de la mutuelle de la fonction publique.

III.4.1. La carte d'assurance maladie

Les risques découlant de la maladie sont assurés par divers régimes d'assurance. Créée en vertu de l'ordonnance ministérielle n° 620-56 du 20 mars 1984, la carte d'assurance maladie dessert toutes les familles et les personnes qui ne sont pas couvertes par le régime de la mutuelle de la fonction publique. La contribution est volontaire pour toute personne âgée de 21 ans.

La couverture concerne le détenteur de la carte ainsi que les membres de sa famille. Les services assurés grâce à la carte d'assurance maladie sont : les consultations médicales, les soins maternels et infantiles, les soins dentaires[1],...

La carte peut être acquise pour une durée d'une année. Le problème que pose la carte est que les bénéficiaires ont tendance à l'acheter au moment où ils tombent malades. Les utilisateurs potentiels ne sont pas incités à s'en procurer à l'avance. La carte s'achète auprès des comptables communaux, des provinces et des hôpitaux.

En plus, dans notre région d'étude, la carte d'assurance maladie n'est pas acceptée par les CDS publics et privés. Elle est utilisée seulement à l'hôpital de Rumonge. Les centres de santé possède une autonomie de gestion, raison pour laquelle ils n'acceptent pas la carte d'assurance maladie.

[1] District sanitaire de Rumonge, rapports mensuels des centres de santé et l'hôpital.

III.4.2. La mutuelle de la fonction publique.

Depuis 1980, la mutuelle de la fonction publique couvre le risque maladie. La couverture concerne les fonctionnaires de l'Etat, les agents des sociétés et des établissements publics, les membres des forces armées etc. la couverture porte sur des actes médicaux et sur les médicaments.

Il existe en commune Rumonge une seule pharmacie de la mutuelle. Tous les centres de santé publics et confessionnels collaborent avec la mutuelle. Dans le but de faciliter les individus qui utilisent la mutuelle, une pharmacie privée connue sous le nom de la Providence, se trouvant au centre urbain de Rumonge, collabore elle aussi avec la mutuelle de la fonction publique lors de vente des médicaments. Néanmoins, le nombre le plus élevé des patients aux CDS, le manque de feuilles de maladie au sein de ces derniers, le nombre le plus limité des pharmacies de la mutuelle entraînent aux usagers de la mutuelle à se tourner vers le domaine privé, là où, les soins sont jugés un peu rapide même si, ils coûtent chers.

Voyons maintenant si la commune de Rumonge bénéficie de l'assistance et de la coopération internationale en matière sanitaire.

III.5. L'assistance et la coopération internationale.

III.5.1. Concepts d'assistance et de coopération.

L'assistance est de façon générale, l'aide que la collectivité publique accorde aux individus se trouvant dans le besoin. Elle implique un état de besoin chez le bénéficiaire de l'aide, étant entendu que l'on peut généralement la définir comme l'impossibilité de se procurer avec ses propres ressources, ce qui est essentiel à l'existence.[1]

La coopération quant à elle, est la méthode d'action par laquelle des individus ou des familles ayant des intérêts communs constituent une entreprise

[1] Encyclopaedia universalis, corpus 6, France S.A, 1990, p.212.

où les droits de tous sont égaux et où le profit réalisé est répartie entre les seuls associés au prorata de leur participation à l'activité sociétaire. Elle est également la politique d'entente et d'échanges entre les deux Etats. Elle est la politique d'aide économique, technique et financière des pays développés en faveur des pays en voie de développement.[1]

III.5.2. Une coopération tous azimuts

Durant toute la période coloniale, l'ouverture du BURUNDI à l'extérieur se limite presque exclusivement au monde occidental c'est-à-dire aux puissances colonisatrices et aux Etats-Unis. Le monde socialiste n'était pas représenté. Raymond nous le dit clairement :

> *« Le BURUNDI, n'a eu pendant longtemps, que la politique étrangère des pays qui l'occupaient. Comment aurait-il pu en avoir une autre ? Les alliés du BURUNDI furent donc ceux de l'Allemagne puis de la Belgique... Le BURUNDI qu'il le voulut ou non était dans l'axe belge... »*[2]

Devenu indépendant, le BURUNDI entreprit immédiatement de coopérer avec tous les pays et toutes les organisations quelle que fût leur option politique. Il se déclare l'artisan du non alignement. Il refusa de s'intégrer de quelque façon aux alliances conclues dans le cadre du conflit Est-Ouest.

Des déclarations successives souvent traduites dans les faits nous montrent combien le BURUNDI est resté fidèle à ce programme. Un programme grâce auquel nous pouvons parler de coopération tous azimut.
En juillet 1963, MWAMBUTSA IV déclare :

> *« Le Burundi accepte et se félicite de toute aide ou toute assistance qui ne soit pas grevée de conditions politiques et militaires de la nature de celles qui sont à la base de l'alignement idéologique derrière un des deux blocs. Il acceptera d'autant plus*

---

[1] Grand Dictionnaire encyclopédique, Tome 4, Librairie Larousse, Paris, 1982, p.259.
[2] Rosier, R., Le Burundi, pays de la vache et du tambour, Paris, Les Presses du Palais royal, 1973, p.414

facilement une aide extérieure qu'elle sera grevée de moins de condition.... »[1]

Evidemment, il serait erroné de croire que le Burundi a pu refuser toutes les aides liées et grevées de conditions politiques.

Dans son discours à la conférence des pays non alignés tenue au Caire du 5 au 10 octobre 1964, le premier ministre NYAMOYA, A. abonda dans le même sens : *« ... le non alignement n'est pas seulement possible, il est inéluctable... c'est en même temps l'unique instrument à notre disposition, indispensable à notre développement économique, social et culturel dans la course que nous engageons pour rattraper le retard ou l'écart que nous accusons par rapports aux dits développés... »*[2]

L'auteur réaffirme le programme national de garder intacte la coopération tous azimuts, disposée à recevoir n'importe quel partenaire en vertu du principe de non alignement. Autrement dit, le premier ministre relève que pour le Burundi, le dit principe est une réalité socio-économique, même culturelle et non seulement une affaire politique.

En juillet 1966, les mêmes points de vue sont rappelés et surtout appuyés par le premier ministre MICOMBERO, Michel.

« ...Il n'est donc pas besoin de choisir entre le capitalisme et le communisme. Nous ne nous sentons pas en situation de dilemme. Nous resterons semblables à nous-mêmes, dans nos principes, dans nos applications, dans nos expériences. Tels nous sommes à l'intérieur, tels nous sommes à l'extérieur... »[3]

---

[1] NTIBINONOYE, L., La coopération internationnale et son impact sur le développement économique du Burundi 1963-1976, Bujumbura, U.B., 1986, p.16.

[2] NYAMOYA, A., Discours à la conférence des pays non-alignés au Caire en octobre 1964, in infor-Burundi, annexe au n°129 du 21 novembre 1964, p.1.

[3] Infor-Burundi, n°184, juillet 1996, p.11.

Cette citation précise implicitement, qu'en matière de coopération internationale, le Burundi n'a pas besoin de choisir l'une ou l'autre puissance. Cela voudrait dire que les deux lui vont autant bien, surtout lorsqu'il parvient à arracher de toutes les puissances, ce dont il a besoin.

Enfin, à la page 33 le plan quinquennal de développement social et économique 1973-1977 acceptera et sans discrimination les différents genres d'aides étrangères[1]....
Dans ce contexte, nous entendons par « genre » d'aides à la fois origine, nature et forme.

Que faut-il donc dire de la politique de coopération tous azimuts adoptés par le BURUNDI grâce à son non alignement ? A cet effet Raymond Rosier propose : *« A prendre nettement position, à aller dans un sens plutôt que dans un autre, on se rend compte que le Burundi avait plus à perdre qu'à gagner »*[2]

Dans le cadre de notre étude, nous tenons à souligner que nous allons parler plus d'assistance que de coopération. Cette assistance s'est essentiellement manifesté à partir de la crise de 1993 qui a endeuillé le Burundi en général et la commune de Rumonge en particulier.

Ainsi, avant l'éclatement de la crise d'octobre 1993, le Burundi bénéficiait essentiellement de ressources financières du programme régulier de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) ainsi que des autres apports dans le cadre de la coopération. Citons à titre d'exemple le PNUD, l'UNICEF et FNUAP.

III.5.3. La part des ONG dans l'amélioration des conditions sanitaires en commune Rumonge

Comme déjà dit, le gouvernement post-colonial a déployé des efforts considérables dans le cadre de l'amélioration des conditions sanitaires dans notre région d'étude. Rappelons qu'avant l'éclatement de la crise d'octobre

[1] République du Burundi, II[ème] plan quinquennal de développement économique et social (1973-1977), p.33
[2] Rosier, R., op. cit., p.140.

1993, le Burundi en général et notre région d'étude en particulier bénéficiaient essentiellement de ressources financières du programme régulier de l'organisation mondiale de la santé ainsi que des autres apports dans le cadre de la coopération.

Avec la crise de 1993, d'autres organisations non gouvernementales apportent une aide financière, un soutien matériel, une assistance technique pour soulager la souffrance des victimes de la crise. Comme le précise le superviseur du district et ancien chef de secteur de santé de Rumonge, plusieurs associations et ONG ont largement contribué dans le domaine de la santé. Il s'agit notamment de Cordaid, A.BU.B.E.F. et F.V.S.[1]
Analysons alors les œuvres de Cordaid, A.BU.B.E.F. et F.V.S.

III.5.3.1. Cordaid

Cordaid est une organisation non gouvernementale à but non lucratif. Elle a ouvert ses portes au Burundi après la crise de 1993.

Dans notre région d'étude, les domaines d'intervention de Cordaid concernent essentiellement le système d'achat des performances, octroit des moyens de transport pour la supervision, l'éclairage au sein des centres sanitaires, l'installation des moyens de communication ainsi que la réhabilitation des infrastructures sanitaires.[2]

III.5.3.1.1. Système d'achat des performances.

Dans ce cadre, Cordaid comptabilise toutes les activités curatives et préventives effectuées dans les installations sanitaires publics et agrées confessionnels de notre région d'étude. Ces activités sont entre autres la consultation curative , la consultation pré et post natale, l'accouchement ainsi

[1] Entretien avec NAHIMANA Gloriose, Infirmière âgée de 47 ans, suprviseur du district et ancien chef du secteur de santé de Rumonge, Rumonge le 18/4/2010
[2] Entretien avec NDORICIMPA Alain, âgée de 37 ans, coordinateur de cordaid, Antenne Rumonge, le 18/04/2010

que la vaccination des enfants. Cordaid donne alors un montant d'argent pour chaque acte posé. Donc elle octroit de l'argent comme prime d'encouragement aux prestataires.

L'impact de ces primes est significatif car le personnel médical travaille sans ménager aucun effort. La rémunération augmente en tenant compte des actes posés. Si les activités augmentent, la prime elle aussi augmente et vice-versa.

III.5.3.1.**2. Octroi des moyens de transport**

Dans le cadre de faciliter la supervision ou le contrôle des prestations au sein des centres sanitaires de notre région d'étude, Cordaid facilite le déplacement des superviseurs. Un véhicule est mis à la disposition du district. Celui-ci va favoriser et garantir la supervision.

III.5.3.1.**3. Eclairage des centres sanitaires**

Dans le but de faciliter le travail nocturne, Cordaid a installé dans tous les centres sanitaires publics et agrées confessionnels des plaques solaires. Cela aussi même dans les centres sanitaires en possession du courant électrique pour parier aux coupures répétitives de l'électricité.

L'éclairage concerne les salles jugées utiles. A titre d'exemple la salle de consultation et la maternité. Soulignons aussi que le rôle majeur de cette électrification est de faciliter le fonctionnement des appareils téléphoniques des centres sanitaires.

III.5.3.1.**4. Les moyens de communication**

L'effort consenti par cordaid dans ce domaine est d'une grande importance. A l'aide de l'énergie solaire, cordaid a installé dans tous les centres

sanitaires publics et agréés confessionnels des téléphones fixes qui facilitent la communication entre les centres de santé et l'hôpital de référence.

Cela est nécessaire lors d'un transfert d'un cas grave de maladie du centre de santé vers l'hôpital. Sachant qu'une grande zone de notre région d'étude est une campagne où la communication est difficile, l'un des infirmiers interrogé affirme :

« Iryo hamagarana riradufasha cane iyo turonse umugwayi aremvye, duca duhamagara ningoga mw'ivuriro rikuru nabo bagaca baturungikira imodokari ruseha abaniha ».[1]

« Ce système de communication a une grande importance. Lors d'un cas grave de maladie, nous appelons automatiquement à l'hôpital et ces derniers nous envoient l'ambulance pour faciliter ce transfert ».

Signalons que cette communication est utilisée essentiellement lors du transfert des cas grave de maladies ou des femmes enceintes vers l'hôpital.

III.5.3.1.5. Réhabilitation des infrastructures sanitaires.

Comme nous savons que notre région d'étude a été touché par la crise, Cordaid a contribué dans la réhabilitation des infrastructures détruits.
Dans certains centres de santé qui étaient couverts par des tuiles, elle a remplacé ces tuiles par des tôles. C'est notamment le cas du centre de santé MUHUZU en zone Minago.

Cordaid a aussi construit des clôtures des périmètres sanitaires soit à l'aide des briques cuites ou par des fils barbérés. C'est notamment le cas d'une clôture construite en briques cuites pour l'hôpital de Rumonge.[2]

[1] Entretien avec MBONWANAYO Siméon, Infirmier âgé de 48 ans, commune Rumonge, zone Gatete, colline Mugara, le 20/04/2010.
[2] Province sanitaire de Bururi, secteur sanitaire de Rumonge, documents d'archives.

III.5.3.2. A.BU.B.E.F. (Association Burundaise pour le Bien Etre Familial)

A.BU.B.E.F. est une association burundaise privée qui œuvre dans la neutralité. Depuis 2002, L'A.BU.B.E.F, antenne Bururi sis à Rumonge apporte son secours aux populations sans aucune discrimination de race, de religion, de philosophie ou politique.

Les services offerts par A.BU.B.E.F. sont nombreux et la plupart d'entre eux sont gratuits. Il s'agit notamment de :

- offrir les services de la santé de la reproduction à la population ;
- la planification familiale ;
- la consultation pré et post-natale ;
- le conseil pré et post-test pour le dépistage volontaire du VIH/SIDA ;
- le dépistage et prise en charge des IST (Infection Sexuellement Transmissible) ;
- la vaccination des nourrissons ;
- le service de laboratoire.

Signalons que parmi tous les services disponibles au sein de L'A.BU.B.E.F, seul le service de laboratoire est payant. Tous les autres sont gratuits.

Dans le cadre d'être toujours au service de la population vulnérable, A.BU.B.E.F. a créé une clinique mobile. Celle-ci va rencontrer la population sur terrain. Cette équipe parcourt tous les endroits de notre région d'étude avec des appareils médicaux sur elle. Elle sensibilise essentiellement les gens au dépistage volontaire et les systèmes de planification familiale.

Si la population accepte par exemple de se faire dépister volontairement, ladite clinique retournera elle-même dans ces endroits avec des résultats et conseils.[1]

III.5.3.3. F.V.S (Famille pour Vaincre le Sida)

[1] Entretien avec GAHUNGU Sylvestre, âgé de 50 ans, responsable de l'ABUBEF, antenne BURURI, Rumonge, le 21/4/2010.

L'association F.V.S a joué elle aussi un rôle non négligeable dans le cadre de la sensibilisation des individus à se faire dépister volontairement. La catégorie la plus touchée est celle des femmes enceintes. Lorsque ces dernières se rendent aux centres sanitaires pour la consultation prénatale, elles y rencontrent des agents de la F.V.S. Elles vont donc avoir en même temps la consultation et des conseils en rapport avec le VIH/SIDA.

Dans le souci d'être toujours au service de la population, F.V.S a mis à la disposition des centres de santé des instruments servant au dépistage de VIH/SIDA. Dans ce contexte, elle se charge aussi de l'éducation des enfants orphelins du SIDA.

En analysant les actions de ces ONG et associations, nous voyons que ces dernières ont accompli un progrès non moins négligeable dans l'amélioration des conditions sanitaires de la population de notre région d'étude. Même si nous n'avons pas pu trouver des données sur toutes les activités de ces organisations, les données trouvées nous donnent une idée plus ou moins nette sur l'ampleur du travail accompli.

Voyons maintenant l'impact de l'amélioration des conditions sanitaires sur la vie socio-économique.

III.5.3.4. L'impact démographique et économique de l'amélioration des conditions sanitaires sur la région.

III.5.3.4.1. l'impact démographique.

Depuis les temps les plus reculés, la mortalité des enfants a été une composante essentielle de la mortalité générale, et, cela, suite notamment à l'hygiène et aux soins réellement insuffisants apportés aux nouveaux-nés, à la

quantité insuffisante des eaux potables ainsi qu'aux conditions d'existence surtout de la mère et de son nourrisson, à l'absence de la formation solide des sages-femmes dont le savoir-faire n'était que le fruit de l'expérience.

Au juste, le nouveau-né, une fois franchi l'épreuve de l'accouchement et ses suites, restait guetté par de multiples dangers : les troubles digestifs, diarrhée et autres maladies.

Il est important de noter combien les Barundi tenaient à mettre au monde beaucoup d'enfants pour parer à la forte mortalité, surtout infantile que connaissait le pays. En effet, la forte fécondité biologique naturelle va apparaître comme un régulateur impératif dont dépend la survie des gens.

Nous avons vu les efforts consentis par l'administration post-coloniale pour juguler les maladies responsables du dépeuplement par la surmortalité. Les autorités se trouvent donc devant un sérieux problème : celui de concilier une région riche en pontentialités agricoles et une population dangereusement menacée par les facteurs négatifs dont les maladies endemiques et épidémiques. Ces mesures prises en matière sanitaire ont permis l'augmentation du capital humain pour travailler et fructifier les moyens financiers.

Le rapprochement des centres sanitaires au près de la population a entraîné dans une certaine mesure l'abandon des actions des devins et charlatans par la population. Un des individus interrogés affirme :

« Amavuriro yafashije vyinshi. Kare akiri kure cane, abantu bahitamwo kwigira ku bapfumu bo bashobora kuronka hafi »[1]

« Les centres sanitaires ont une grande importance. Auparavant, lorsque ces centres étaient éloignés, les individus préféreraient se rendre chez les devins guérisseurs plutôt que d'aller très loin »

[1] Entretien avec NDIMUNZIGO Balthazar, zone Kigwena, le 22/04/2010

Rappelons que ces devins effectuaient un travail inefficace. Ils soignaient par tâtonnement ou par combinaison de plusieurs plantes. Faute des instruments adéquats et formation suffisante beaucoup de gens pourraient mourir sans toutefois savoir même la cause de cette mort.

L'amélioration des conditions sanitaires est aussi facteur de la planification familiale. Cette fois-ci les parents se rassurent certainement de la croissance des enfants mis au monde surtout à cause de la vaccination mis à leur disposition. L'une des femmes interrogées affirme :

« Twategerezwa kuvyara benshi kugira rutware bamwe rusige abandi. Abubu ni bavyare bake kuko amajambere yaraje abana ntibagipfa cane. »[1]

« Nous devrions mettre au monde beaucoup d'enfants pour parer à la forte mortalité. La mort devait emporter les uns pour laisser les autres. Actuellement à cause du progrès de la médecine, on est sûr de la croissance des enfants. Rien n'empêche de mettre au monde peu d'enfants ».

Cela montre combien de fois, les Barundi avaient peur de la mortalité et surtout infantile.

III.5.3.4.2. L'impact économique.

Sans que l'on puisse parler de lien de causalité pur et simple entre l'infrastructure médicale et développement économique ou qu'il y a un effet automatique de la situation sociale dans un pays, il demeure que l'infrastructure médicale constitue le plus souvent un facteur important et indispensable pour le développement économique.

[1] Entretien ave BARASOKOROZA Judith, zone Rumonge, le 23/4/2010

Bien qu'elle soit immatérielle, elle correspond à la satisfaction d'un besoin personnel, comme bien de production, elle augmente la productivité du travail humain.[1] Dès lors, devant le risque de la maladie, l'individu voudra être en bonne santé parce qu' :

> *« ...il est agréable d'être en bonne santé que malade et parce que s'il est en bonne santé, il peut travailler et obtenir un revenu. De même au niveau collectif, à la fois pour des raisons morales et économiques, la société attache une valeur à la santé de ses membres »*[2].

Ainsi donc, on peut affirmer que l'homme est à la base du progrès et de tout développement économique. Tous les pays doivent protéger autant que possible la santé de ses habitants. De plus, l'hygiène et la santé d'une nation sont fidèles reflets du degré de développement d'un pays.

Dans un monde rural dominé par une économie agricole, une population nombreuse et saine se présente non comme un danger pouvant déséquilibrer le ratio croissance démographique-développement agricole et économique en général mais plutôt comme un facteur très bénéfique.

Dans la mesure où deux bras peuvent produire plus que nécessaire pour un seul homme, beaucoup d'enfants, dont le travail est d'ailleurs précoce (dans notre région d'étude, déjà vers 4 à 5 ans, l'enfant commence des petits travaux : puisage d'eau, recherche de bois de chauffage) constituent une main d'œuvre très importante.

En fait, le fils d'un paysan reste étroitement lié à sa famille. Il emploiera son temps aussi longtemps qu'il n'aura pas à entretenir son propre ménage à travailler dans l'entreprise familiale. Comme la région est très commerciale dans la diversité des tâches, les enfants aident beaucoup dans la commercialisation

---

[1] NYS, J. F., La santé : consommation et investissements, Paris, Economica, 1980, p.11.
[2] *Idem*, p.10.

des produits surtout, ce qui facilite l'acquisition des profits additionnels à une famille nombreuse.

Du moins nous pouvons affirmer que sans une population saine rien ne peut être entrepris. A part celui qui est malade, son entourage va s'occuper de lui au lieu de se rendre au travail.

Le rapprochement des centres sanitaires a joué un rôle important au sein de la population. Selon toujours l'un des hommes interrogés, le long trajet que devaient effectuer les hommes lors d'un transport d'un malade grave entraînait des pertes tant dans la famille du malade que dans celles de l'entourage. Par exemple les gens de Muhuzu devraient nécessairement se rendre à Rumonge pour des soins. Hors MUHUZU se trouve à 25 km du centre urbain de Rumonge. Lors d'un cas grave de maladie, plusieurs individus accompagnaient le malade à l'hôpital et ça devient une perte pour lui et pour l'entourage.

Sans prétendre évoquer toutes les conséquences de l'amélioration des conditions sanitaires dans une région, nous pouvons dire que dans la mesure du possible la santé est la base de tout.

CONCLUSION GENERALE

En présentant ce travail, nous avions l'ambition de tenter une analyse de l'évolution sanitaire de la commune Rumonge depuis 1896 à nos jours. Cette analyse nous a permis de dégager un certain nombre de constatations.

Dans un premier temps, l'analyse s'est d'abord intéressée aux principales maladies qui ont frappé la commune, les réponses traditionnelles à ces maladies ainsi que leurs conséquences. En donnant un tableau présentant la vague d'épidémies à la fin du 19ème siècle, nous voulions montrer que les colonisateurs ont trouvé un BURUNDI qui soufflait des maladies épidémiques et endémiques depuis longtemps.

Le point sur les réponses traditionnelles aux maladies est intéressant sur le plan historique. Il souligne que depuis les temps les plus reculés, l'homme a toujours cherché chez les végétaux sa nourriture mais aussi ses remèdes et a appris à discerner des plantes médecinales.

Le travail nous a permis de dégager les différentes formes de la médecine traditionnelle. On distingue la forme populaire qui s'intéresse aux maladies les plus courantes et la forme secrète qui s'observe quand il s'agit des maladies graves dont les médicaments ne sont connues que par des guérisseurs dits « professionnels ».

En effet, les guérisseurs traditionnels livraient difficilement leurs connaissances. S'il leur arrivait de le faire, cela ne profitait généralement qu'à leurs enfants mais là encore, il ne s'agissait pas de n'importe qui. C'était un secret qui devrait être confié aux enfants les plus préférés.
Nous avons par ailleurs relevé les limites de la médecine traditionnelle. En effet, si quelques maladies pouvaient être traitées par des méthodes traditionnelles, les guérisseurs avaient toujours échoué à traiter certaines épidémies. On comprend, dès lors les ravages que devaient causer ces maladies dans un pays qui ignorait complètement la médecine moderne.

En deuxième lieu, l'analyse porte sur l'œuvre du pouvoir colonial dans la commune de Rumonge. L'intervention du pouvoir colonial allemand, les progrès accomplit pendant la période du Mandat et de la tutelle belge ainsi que la réaction de la population à l'égard de la médecine européenne.

L'intervention du pouvoir colonial allemand montre que dès leur arrivée, les allemands n'ont pas fermé les yeux devant les terribles maladies. Cependant, ils n'avaient pas sur eux une organisation humaine, matérielle et technique pour maîtriser la situation. D'ailleurs, ils sont partis sans avoir construit ni dispensaire, ni centre de santé ni hôpital.

Le point sur les progrès accomplis pendant le Mandat et la tutelle belge souligne qu'avec l'installation des établissements médicaux, les agents qui s'en occupaient ont vite compris qu'il fallait d'abord prévenir la maladie, ensuite la guérir.

En effet, ils insistaient sur l'explication des principales causes des maladies et apprenaient à la population comment s'y prendre.

Pourrait-on dire qu'une page est tournée pour la médecine traditionnelle au profit de la médecine européenne ? Nous pouvons affirmer sans craindre de nous tromper qu'il n'en est rien. La médecine traditionnelle n'a pas complètement disparu, sa pratique reste en vigueur. Certains cas dont le traitement par la médecine moderne a échoué sont souvent reconduits à la médecine traditionnelle et les résultats sont souvent satisfaisants pour les uns et non pour les autres. Les guérisseurs spécialistes, les devins, existent toujours et sont fréquentés et leurs domiciles tiennent souvent lieu d'hôpitaux grâce à leurs succès. Nous croyons donc en la valeur de la médecine traditionnelle même si certains gestes qui l'entourent peuvent sembler relever de la croyance irrationnelle et superstitieuse pour les non initiés.

En dernier temps, nous avons essayé d'analyser les changements intervenus en matière sanitaire depuis l'indépendance à nos jours. La décentralisation du système administrative de santé ainsi que l'impact de l'amélioration des conditions sanitaires sur la démographie et l'économie sont des points qui font l'objet d'analyse.

Le point sur le changement de la politique sanitaire souligne la mise en place de nouvelles stratégies. En effet, une médecine sociale integrée est orientée vers l'éduction, la prévention et les soins curatifs. Le réseau d'établissements sanitaires assure des fonctions d'hospitalisation et de maternité.

Il importe aussi de souligner l'importance de l'assistance et la coopération en cette matière. Nous avons notamment rappelé l'importance de l'assistance qui se manifeste à partir de 1993. En effet, avec la crise de 1993, des organisations non gouvernementales apportent une aide financière, un soutient matériel et une assistance technique pour soulager la souffrance des victimes de la guerre. Enfin, un accent particulier a été mis sur les efforts consentis pendant la période post-coloniale pour juguler les endémies et les épidémies.

En définitive, au terme de notre travail, nous ne prétendons pas avoir épuisé complètement des recherches sur ce sujet. Nous espérons que les imperfections qu'accuse ce travail pourront être relevées par des études ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

I. LES SOURCES ORALES

Liste des informateurs

Noms	Age	Commune	Zone	Date d'enquête	Fonction
1. NZIKORURIHO Pamphile	72 ans	Rumonge	Minago	Le 15/2/010	Cultivateur
2. NDIKURIYO Priscille	83ans	Rumonge	Kizuka	Le 12/3/010	Cultivateur
3.NTIRWAMBARIRWA Frédéric	70 ans	Rumonge	Gatete	Le 16/3/010	Cultivateur
4. RYONKOYE Pierre	73ans	Rumonge	Rumonge	Le 25/3/010	Cultivateur
5. HASSANI Juma	75 ans	Rumonge	Rumonge	Le 25/3/010	commerçant
6. BUYONDI Mathieu	80 ans	Rumonge	Rumonge	Le 25/3/010	Cultivateur
7. NYANTOKI Paul	71 ans	Rumonge	Minago	Le 5/04/010	Cultivateur
8.SURWAVUBA Hussein	84 ans	Rumonge	Kigwena	Le 14/4/010	Cultivateur
9. NDIKUMANA Henri	69 ans	Rumonge	Gatete	Le 14/4/010	Cultivateur
10.NAHIMANA Gloriose	47 ans	Rumonge	Rumonge	Le 15/4/010	Infirmière A2
11. MINANI Augustin	40 ans	Rumonge	Minago	Le 17/4/010	Infirmière A3
12. NDORICIMPA Alain	37 ans	Rumonge	Rumonge	Le 18/4/010	Cordinateur de cordaid
13.MBONWANAYO Siméon	48ans	Rumonge	Gatete	Le 20/4/010	Infirmiers A_3
14.GAHUNGU Sylvestre	50 ans	Rumonge	Rumonge	Le 21/4/010	Responsable de l'A.BU.B.E.F., Antenne Rumonge
15. NDIMUNZIGO Balthasar	68ans	Rumonge	Kigwena	Le 22/4/010	Cultivateur
16. BARASOKOZA Judith	67ans	Rumonge	Rumonge	Le 23/4/010	Cultivatrice.
17. NAHAYO Anaclet	40 ans	Rumonge	Rumonge	Le 16/5/010	Médecin Généraliste

II. Les sources écrites.

A) Les ouvrages généraux

1. AERTS, L., Inventaire des investissements publics du Ruanda-Urundi (1938-1961), Usumbura, 1962, 64 p
2. COIFFARD, L., Soixante ans de colonisation au Royaume du Burundi 1902-1962, 1965, p.56
3. HILGERS,W., Eglise et développement, inventaire commenté de la contribution de l'église au développement économique et social au Rwanda et au Burundi, Bujumbura, centre de recherche et d'animation sociale (CERES), 1967, 100 p
4. MEYER, H., Les Barundi, Paris, société française d'Histoire d'outre-Mer, 1984, p.16
5. NYS, J.F., La santé : consommation et investissement, economica, 1980, 261p
6. PELICIER, G., le citoyen et la santé, Paris, Economica, 1980, 140 p
7. Rosier, R., Le Burundi, pays de la vache et du tambour, Paris, les presses du palais royal, 1973, p.414
8. SANKALE, M., Médecin et action sanitaire en Afrique noire, Paris, Présence Africaine, 1969, 437 p

Rapports et autres documents

9. Archives de certains centres de santé, Rapports annuels et mensuels des centres de santé
10. Archives de la province sanitaire de Bururi, Rapports annuels et mensuels des centres de santé et hôpitaux.
11. Archives du secteur sanitaire de Rumonge, Rapports annuels et mensuels des centres de santé et l'hôpital.
12. Grand Dictionnaire Encyclopédique, Larousse, Tome 8, Paris, Librairie Larousse, 1983, 734 p
13. Plan Décennal pour le développement social et économique au Ruanda-urundi 1924-1960, Bruxelles, édition Vischer, 1951, 598p.

14. Plans quinquennaux de développement social et économique du Burundi 1968-1992
15. Rapports annuels d'activités curatives et préventives des centres de santé et hôpitaux
16. Rapports sur l'administration belge au Ruanda-urundi 1924-1960, Bruxelles, Ministère des colonies.
17. RODEGEM, F.M., Dictionnaire RUNDI-FRANÇAIS, Tervuren, M.R.A.C., 1970, 644 p
18. VENDER BURGT, Dictionnaire Français-Kirundi avec l'indication de la langue swahili et allemande, Bois-le-Duc, illustration catholique, 1903, 945 p

Les mémoires et thèses

19. GAHAMA, J., Idéologie et politique de l'administration indirecte : le cas du BURUNDI (1919-1939), Thèse de 3ème cycle, Paris, Université de ParisI-Panthéon-sarbonne, U.E.R. d'Histoire, centre de recherche africaines, 1980, 2V, 690p.
20. NDAYIRAGIJE P., Evolution sanitaire de la région de Kayanza (fin 19ème S à nos jours), mémoire, U.B., Bujumbura, 2002, 160 p
21. NDAYIZEYE, A., Evolution du commerce dans la région de Rumonge (1920-1962), mémoire, U.B., 1985, 120 p
22. NIYONGABO, G., La maladie du sommeil dans la région de l'Imbo (1900-1965), mémoire, U.B., 1981, 63p.
23. NTIGWIHISHA S., Création et évolution des établissement sanitaires au Burundi (1896-1951), mémoire, U.B., Bujumbura, 1987, 82p.

24. NTISUMBWA, D., Evolution qualitative et quantitative du travail de l'enseignement et de la santé au Burundi pendant la tutelle belge (1946-1960), mémoire, U.B., Bujumbura, 1985, 93p.

25. SAMOYA-KIRURA, C., Les principales calamités qui frappèrent le BURUNDI entre 1850 et 1950, mémoire, U.B., Bujumbura, 1982, 142p.

26. YENGAYENGE, A., Les maladies au Burundi (fin 19ème S-1950), U.B., Bujumbura, 1986, 78 p

Les articles de revues

- CHRETIEN, J. P., « Le passage de l'expédition d'Oscar BAUMAN », septembre-octobre 1892, in cahiers d'Etudes Africaines, vol. II n°29, 1970, pp. 48-95
- CHRETIEN, J.P., « Une révolte au BURUNDI 1934 », in Les Annales Economie-société-civilisation, n°6, Novembre-décembre 1980, Paris II, Armand colin, 1980, pp. 1678-1717
- THIBON, C., « Crise démographique et mise en dépendance du Burundi dans la région des Grands Lacs », in cahier d'Histoire II, Bujumbura, 1985, pp. 19-40.