



République du Burundi
Ministère de la Santé Publique
Programme National de Santé de la
Reproduction

Politique Nationale de la Santé
de la Reproduction

Bujumbura, Septembre 2007



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	i
PREFACE	iii
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
INTRODUCTION.....	1
1. ANALYSE DE LA SITUATION	3
1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	3
1.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE	3
1.3. SITUATION SOCIO ECONOMIQUE	4
1.4. SYSTEME DE SANTE 5	
1.4.1. <i>Le niveau central</i>	5
1.4.2. <i>Le niveau intermédiaire</i>	6
1.4.3. <i>Le niveau périphérique</i>	6
1.5. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION	8
1.5.1. <i>Maternité à moindres risques et santé néonatale</i>	8
1.5.2. <i>Planification Familiale</i>	12
1.5.3. <i>Prévention et prise en charge des dysfonctionnements sexuels, de la stérilité, et des troubles de la pré et post-ménopause</i>	13
1.5.4. <i>Prévention et prise en charge des complications de l'avortement</i>	14
1.5.5. <i>Prévention et prise en charge des IST et du VIH/Sida</i>	15
1.5.6. <i>Promotion de la santé reproductive des jeunes et des adolescents</i>	16
1.5.7. <i>Prévention et prise en charge des violences sexuelles</i>	17
1.5.8. <i>Prévention et prise en charge des cancers du sein, du col utérin et autres cancers gynécologiques</i>	19
2. VISION	19
3. BUT	20
4. OBJECTIFS GENERAUX	20
5. AXES STRATEGIQUES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES EN SANTE DE LA REPRODUCTION	20
5.1. COMPOSANTE I : MATERNITE A MOINDRES RISQUES ET SANTE NEONATALE	21
5.2. COMPOSANTE II : LA PLANIFICATION FAMILIALE	23
5.3. COMPOSANTE III : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST ET DU VIH/SIDA.....	25
5.4. COMPOSANTE IV. : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	26
5.6. COMPOSANTE VI : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA STÉRILITÉ ET DES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS.....	28
6. RESSOURCES	32
6.1. RESSOURCES HUMAINES.....	32
6.2. RESSOURCES MATERIELLES	34
6.2.1. <i>Infrastructures</i>	34
6.2.2. <i>Equipements</i>	34
6.3. RESSOURCES FINANCIERES.....	35
7. CADRE INSTITUTIONNEL ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE.....	36
8. MECANISMES DE SUIVI/EVALUATION.....	37
9. CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	

PREFACE

Le Burundi, ayant souscrit aux engagements internationaux dans le cadre de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994, de la 4^{ème} Conférence Mondiale de Beijing sur la femme en 1995, ainsi qu'aux Objectifs du Millénaire pour le Développement de New York en 2000, se fixe comme objectif la concrétisation de ces engagements à travers la présente Politique Nationale de Santé de la Reproduction.

Cette politique rentre dans la ligne droite de la Politique Nationale de Santé, du Plan National de Développement Sanitaire et du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, dont l'élaboration a été le résultat d'un processus de concertation ayant débuté avec les Etats Généraux de la Santé tenus à Bujumbura en 2004. Elle se veut être une expression de l'engagement du Gouvernement et un outil fondamental de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour la santé de la reproduction.

La vision de cette Politique est d'améliorer l'état de santé de la population burundaise en général et de la santé sexuelle et de la reproduction en particulier. Les priorités de la Politique Nationale de Santé de la Reproduction sont en rapport avec la maternité à moindres risques et la santé néonatale, la planification familiale, la prévention et la prise en charge de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels, la prévention et la prise en charge des complications de l'avortement, la prévention et la prise en charge des IST/VIH /Sida, la prévention et la prise en charge des violences sexuelles, la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et des adolescents ainsi que la détection précoce des cancers mammaires et gynécologiques.

La réussite de la mise en œuvre de la présente politique interpelle l'engagement ferme des décideurs politiques, des professionnels de santé, de la population burundaise et de tous les partenaires au développement.

Ainsi donc, une collaboration étroite entre toutes les parties et une coordination de toutes les interventions pour éviter des chevauchements seront nécessaires à travers un cadre permanent de consultations.

Sachant que l'amélioration de la santé de la reproduction de notre population constitue un facteur majeur de développement, nous ne doutons pas, que tous ensemble, nous réussions le pari de l'amélioration considérable des différents indicateurs de ce secteur clé de la santé publique.

LA MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr Emmanuel GIKORO



LISTE DES ABREVIATIONS

ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien Etre Familial
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ARV	: Antirétroviraux
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCV	: Contraception Chirurgicale Volontaire
CDS	: Centre de santé
CHUK	: Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CNPK	: Centre neuropsychiatrique de Kamenge
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CPLR	: Clinique Prince Louis Rwagasore
CPN	: Consultation prénatale
DIU	: Dispositif intra-utérin
EDS/SR	: Etude Démographique Sociale / de Santé de la Reproduction
IEC	: Information-Education-Communication
IEC/CCC	: Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IO	: Infection Opportuniste
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
IST/IO	: Infections Sexuellement transmissible/ Infection opportuniste
IST/SIDA	: Infections Sexuellement Transmissible/Syndrome d'Immunodéficience Acquise
GND	: Grossesse Non Désirée
HMK	: Hôpital Militaire de Kamenge
HPRC	: Hôpital Prince Régent Charles
LMTC	: Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carencielles
MMR/OMS	: Maternité à Moindres Risques/Organisation Mondiale de la Santé

MSNDPHG	: Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OAG	: Observatoire de l'Action Gouvernementale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
DMPA	: L'acétate desoxy medroxy progestérone (Depo-Provera®)
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
PCU	: Pilule Contraceptive d'urgence
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDP	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique National de Santé
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)
POP	: Progesterone Only Pills (Minipilule)
PSI	: Population Services International
SMN	: Soins maternels et néonataux
SMI/PF	: Soins Maternels et Infantiles/Planification Familiale (Planning Familial)
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
TA	: Tension artérielle
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USLS	: Unité Sectorielle de Lutte Contre le Sida
USAID	: United States Agency for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/SIDA/IST	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immonodéficience Acquise/Infections Sexuellement Transmissibles
VVS	: Victimes de violences sexuelles

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, le monde entier se préoccupe des problèmes liés à la reproduction humaine, avec le souci de rendre le processus de procréation aussi sûr et avec le moins de risques possibles, tout en respectant différents aspects socioculturels des populations concernées.

C'est dans ce sens que se sont développés les programmes de SMI/ PF et que des conférences internationales sur la population ont été organisées (Bucarest 1974, Mexico 1984, Caire 1994, Beijing 1995).

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994 et la Quatrième Conférence Mondiale sur la Femme tenue à Beijing en 1995 ont proposé que la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction soient considérés comme des éléments fondamentaux des droits de la personne humaine.

La Conférence du Caire a défini la SR comme suit : « Par santé en matière de reproduction, on entend le bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ». Cela suppose qu'une personne :

- peut mener une vie sexuelle satisfaisante, en toute sécurité ;
- est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.

Cette dernière condition implique que les hommes et femmes ont le droit :

- d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix ;
- d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse jusqu' à l'accouchement, et de donner aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le Burundi est confronté aux problèmes majeurs suivants :

- une forte croissance démographique qui exerce une pression considérable sur les ressources du pays, qui sont déjà limitées ;
- une mortalité maternelle, néonatale et infantile élevée ;
- un statut socioéconomique de la femme défavorable.

Face à ces défis, une politique claire en matière de SSR s'avère plus que nécessaire. Cette politique est axée sur les huit composantes prioritaires ci-après :

- la maternité à moindres risques et la santé néonatale ;
- la planification familiale ;
- la prévention et la prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels ;
- la prévention et la prise en charge des avortements ;
- la prévention et la prise en charge des IST et du VIH/sida ;
- la promotion de la SR des jeunes et des adolescents ;
- la prévention et la prise en charge des violences sexuelles ;
- la prévention et la prise en charge des cancers du sein, du col utérin et des autres cancers gynécologiques.

Si les défis en matière de SR sont énormes au Burundi, la détermination de les lever doit être une préoccupation des décideurs politiques et des prestataires de santé engagés pour la bonne santé des citoyens et pour le développement durable du pays.

Les stratégies et les interventions majeures proposées dans le cadre de la présente Politique Nationale de la SR s'inspirent des réalités du pays et serviront d'orientation pour l'amélioration de la santé de la population en général, et de la santé de la reproduction en particulier.

La mise en œuvre et le suivi/évaluation de cette politique permettront respectivement de la traduire en réalité et de la réorienter/adapter à chaque fois que le besoin se fera sentir.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Le Burundi est un pays enclavé situé à cheval sur l'Afrique centrale et orientale avec une superficie de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il a une frontière commune avec au Nord le Rwanda, au Sud et à l'Est, la Tanzanie et à l'Ouest la République Démocratique du Congo. Une grande partie du territoire est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'ouest et le reste par les lacs, la plaine de l'Imbo et les dépressions de l'Est. Son climat est tropical avec deux grandes saisons : une saison pluvieuse s'étendant sur neuf mois, de septembre à mai, et une saison sèche de trois mois, de juin à fin août. Le Burundi est situé à 2°30' de latitude Sud et entre 28°50' et 30°53' de longitude Est. Son altitude est comprise entre 760 m et 2700 m.

1.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

La population du Burundi est actuellement estimée à un peu plus de 7,8 millions¹ dont plus de 90% habitent le milieu rural. La densité de la population est de 266 habitants² (cfr APP) par km², ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés. Sa croissance démographique est estimée à 2,9%, l'espérance de vie à la naissance à 40,4 ans³ et l'espérance de vie en bonne santé à 35,1 ans⁴. La croissance démographique actuelle doublera la population d'ici 25 ans. Le rapport de masculinité est évalué à environ 94 hommes pour 100 femmes. La distribution par âge montre les caractéristiques communes aux pays en voie de développement, avec un indice synthétique de fécondité (6.0)⁵ et une mortalité élevée. Les moins de 15 ans représentent 46,1% de la population, la tranche d'âge de 15 à 49 ans représente près de 50% de la population, tandis que les 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %.

¹ Bilan 2006 PNSR

² PNDS 2006-2010

³ PNUD 2003

⁴ Rapport sur la santé dans le monde, 2003

⁵ EDS 2002

1.3. SITUATION SOCIO ÉCONOMIQUE

L'analyse socio-économique montre une forte détérioration des conditions de vie des populations depuis le déclenchement de la crise en 1993. Cette dernière a engendré la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une partie de la population (réfugiés ou déplacés), la promiscuité qui a favorisé une recrudescence des endémo épidémies dont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et la malnutrition.

Sur le plan social la situation a été gravement affectée par le conflit qui a prévalu dans le pays de 1993 à 2005. Cette situation a entraîné une baisse considérable de la production dans pratiquement tous les secteurs de l'économie nationale et a eu pour conséquence l'aggravation de la pauvreté. La situation de conflit a provoqué un déplacement massif de la population aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays.

Sur le plan économique, l'économie du Burundi est largement basée sur l'agriculture. La force de production est dominée par les femmes (55,2%) qui représentent l'essentiel de la population active de ce secteur. Cet indicateur montre le rôle combien important de la femme dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement.

Le secteur économique et financier est caractérisé par:

- Un PIB qui a baissé cumulativement de 20% sur la période 1993-2002 ; le revenu (PIB) par tête d'habitant s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de 110 \$ US en 2002 contre près de 210 \$ US en 1990 ;
- Un taux d'investissement qui a fortement baissé en passant de près de 18% du PIB en 1992 à moins de 9% en 2002 ;
- Des exportations qui ont fluctué à la baisse, de 79,3 millions de \$ US en 1992 à 31,0 millions en 2002.

Le taux d'alphabétisation des adultes reste inférieur à 40%. Le taux d'alphabétisation des femmes est inférieur à celui des hommes, soit 32%. Le taux brut de scolarisation était à 73% en 2001-2002, celui de 2006 n'est pas encore disponible, mais une tendance à la hausse est remarquable. Le taux brut de scolarisation du primaire a chuté de plus de 20% entre 1992 (67,3%) et 1995 (26%). Une amélioration de la situation est observée avec la politique de subvention totale des frais de scolarisation à l'école primaire en 2005-2006.

Après les élections démocratiques de 2005, on observe un retour progressif de la sécurité et on assiste à un retour massif des réfugiés et des déplacés dans leurs propriétés. Ceci contribue à ressouder le tissu social, à remettre la population au travail et à améliorer les conditions de vie.

1.4. SYSTÈME DE SANTÉ

De type pyramidal, le système national de santé s'articule autour de 3 niveaux :

1.4.1. Le niveau central

Il est représenté par le Cabinet du Ministre, les directions générales et leurs départements ainsi que les organes de direction des divers programmes de santé. Son fonctionnement est centré sur les responsabilités transversales en appui aux niveaux intermédiaire et périphérique. La priorité est donnée à la formulation de la politique sectorielle, à la définition des normes structurelles et sanitaires, à la coordination de l'aide apportée au secteur, et au respect d'une planification des ressources et d'activités par niveau. Il assure en outre un système de formation continue, d'approvisionnement régulier, de supervision technique intégrée, de mise à jour des statistiques sanitaires et du suivi/évaluation des activités mises en oeuvre.

1.4.2. Le niveau intermédiaire

Il est représenté par les 17 BPS comme niveau de déconcentration dont la responsabilité principale est la coordination des activités et des interventions dans chaque province. Il assure l'interface entre le niveau central et le niveau périphérique. Ce niveau est insuffisamment outillé et souffre d'une pénurie de capacités gestionnaires et logistiques mais également de personnel médical.

1.4.3. Le niveau périphérique

Il comprend les districts sanitaires (qui remplacent progressivement les secteurs sanitaires) et les CDS. Dans chaque province un groupement de communes et d'unités de santé est organisé pour constituer un district sanitaire. Ce dernier dessert une population d'environ 150000 habitants. Il a dans son aire de responsabilité un hôpital de première référence et 10 à 15 CDS qui lui sont satellites. Chaque district est dirigé par un Médecin directeur de l'hôpital de district. La fonction administrative des CDS est assurée par les titulaires de ces derniers. Ils ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de gérer toutes les activités de ces structures. Le Ministère de la Santé Publique est en train de promouvoir la politique de participation communautaire dans la gestion des centres de santé mais il manque encore un cadre juridique y relatif.

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins qui comporte 4 paliers:

- (i) le niveau de base constitué par les centres de santé, porte d'entrée dans le système national formel des soins
- (ii) les hôpitaux de première référence (hôpital de district)
- (iii) les hôpitaux de deuxième référence
- (iv) les hôpitaux spécialisés.

L'analyse de la Carte sanitaire actualisée du Burundi indique que le pays dispose de 567 CDS, de 47 hôpitaux opérationnels sur l'ensemble du territoire dont 38 de première référence, 4 de deuxième référence (Gitega, Ngozi, Ruyigi, Bururi) et 5 spécialisés (CHUK, CPLR, HPRC, CNPK et HMK). En plus du secteur public il existe un secteur privé de soins constitué essentiellement des structures de santé à but lucratif et non lucratif : CDS, cabinet médicaux, cliniques et de structures dites agréées appartenant à des confessions religieuses, des ONG et des associations locales qui apportent un appui non négligeable au secteur public de la santé.

En termes théoriques, l'accessibilité physique semble satisfaisante du fait que 80 % de la population sont géographiquement installés à une distance inférieure à 5 km d'un centre de santé. Cependant, l'analyse situationnelle des infrastructures de santé dénote d'importantes disparités dans leur distribution selon les milieux (rural et urbain), entre les provinces rurales mais aussi à l'intérieur des provinces.

En résumé le système de santé se caractérise par :

- des provinces sanitaires sans ressources humaines, financières et matérielles suffisantes pour s'acquitter de leurs tâches ;
- une qualité des services de santé qui reste à améliorer concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels, la gestion et les infrastructures qui sont vétustes bien que le système de santé offre une bonne couverture géographique malgré les disparités régionales en faveur des centres urbains ;
- une formation insuffisante du personnel ;
- un personnel insuffisant, instable et non motivé ;
- une insuffisance notoire du personnel spécialisé.

1.5. ETAT DES LIEUX DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

1.5.1. Maternité à moindres risques et santé néonatale

Selon l'enquête démographique et de santé de la reproduction de 2002, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 855 décès pour 100.000 naissances vivantes. Il est parmi les plus élevés en Afrique et dans le monde. Parmi les causes de décès maternel indirectes figurent en premier lieu le paludisme avec 38 % de cas.⁶

Le taux d'inscription en première CPN précoce reste encore très faible : 12,3% en 2006.⁷

Le taux d'accouchements en milieu de soins est de 30,7% en 2006.⁸

L'ampleur des fistules obstétricales est très importante et constitue un sérieux problème de santé Publique en général et de SR en particulier. Selon une étude réalisée en 2004, 56 cas de fistules obstétricales ont été enregistrés, ce qui représenterait 0,43% soit environ 4 cas de fistule pour 1000 naissances.

Le taux de mort-nés enregistré au niveau des structures de soins de santé est de 27,2 pour 1000 naissances vivantes en 2006 .

Le taux de mortalité néonatale précoce est de 37,6 pour 1000 naissances vivantes en 2006 .

Le taux de nouveaux-nés ayant moins de 2,5 kg est de 8,4 %.

Les indicateurs ci-dessus montrent que le Burundi se retrouve avec de sérieux défis en matière de Santé maternelle et néonatale. Cette situation est vécue face à un système sanitaire qui se caractérise par :

⁶ Ministère de la Santé Publique et la Banque Mondiale. Burundi, Note Sectoriel de la Santé, Octobre 2006.

⁷ PNSR, Bilan 2006

⁸ Idem

- Une couverture insuffisante en infrastructures, le territoire national comptant 47 hôpitaux et 567 centres de santé dont 357 publics, 85 agréés (confessionnels) et 76 privés, soit à peu près un hôpital pour 146 090 habitants (normes OMS: 1 hôpital pour 100.000 habitants) et un centre de santé pour 14.216 habitants (normes OMS: 1 centre de santé pour 10 000 habitants).

Ces infrastructures ne sont pas toujours fonctionnelles soit par manque de locaux appropriés, de personnel, d'équipement ou de matériel, soit par manque d'eau courante et d'électricité. Le minimum du matériel de base n'est pas disponible dans toutes les formations sanitaires qui ont été, pour la plupart, pillées pendant la guerre. Ainsi, l'équipement de base nécessaire pour un accouchement assisté n'est pas disponible dans toutes les formations sanitaires. Par ailleurs il y a une insuffisance notoire concernant le matériel minimum pour les soins au nouveau-né: seulement 4,2% des centres de santé disposent d'un ballon et masque pour la réanimation des bébés.

- Une faible disponibilité des moyens de transport et un système d'orientation recours peu organisé. En effet si la distance moyenne est de 14,5 km pour arriver à l'hôpital de 1^{ère} référence, 62% des centres de santé sont situés à plus de 10 km de l'hôpital de référence et pour 60.6% des centres de santé, la durée pour qu'une femme référée arrive à l'hôpital est de moins de deux heures et de plus de deux heures pour le reste (39,4%). Rares sont les centres de santé qui disposent d'une ambulance, si bien que la majorité des femmes enceintes référées d'urgence à l'hôpital sont transportées sur une civière. Le transfert qui est rarement accompagné d'un mot de transfert du centre de santé est en grande partie organisée par les membres de la famille et aux frais de cette dernière, souvent après avoir hypothéqué une portion de terre ou après vente de bétail.
- Une insuffisance de personnel qualifié, avec une concentration des personnels de santé dans les centres urbains au détriment de la zone rurale. En 2003, on estimait que 80 % des médecins et 50 % des infirmiers exerçaient à Bujumbura.⁹

⁹ Ministère de la Santé Publique et la Banque Mondiale. Burundi, Note Sectoriel de la Santé, Octobre 2006.

Les compétences de personnel sont aussi insuffisantes par manque d'un mécanisme efficace de formation de base et continue.

La disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services ne sont pas satisfaisantes. Les insuffisances décrites plus haut sur le plan des structures de santé, du personnel, de l'équipement et des moyens logistique en sont la cause principale.

Le paquet minimum d'activités de santé maternelle comprend: l'IEC, la CPN, les soins à l'accouchement, la consultation postnatale et la consultation de planification familiale. Malheureusement toutes les structures sanitaires (hôpitaux comme centres de santé) n'offrent pas la totalité du paquet minimum défini par type de structure.

- Les services sont peu disponibles et surtout de qualité peu satisfaisante. L'IEC sur la santé maternelle et néonatale est réalisée au niveau de la communauté par les relais communautaires et dans les centres de santé. Toutefois, il y a un manque de coordination entre les différents programmes de santé et différents intervenants au niveau communautaire.
- Même au niveau des centres de santé un manque de matériel IEC spécifique à la maternité à moindres risques tels les posters, les affiches, les dépliants, les boîtes à images est également constaté. La consultation prénatale (CPN) n'est pas de bonne qualité car n'est pas pratiquée selon les normes. Les actes les plus aisés ne sont pas pratiqués (prise de la TA, conseils nutritionnels, information sur la PF) et les examens biologiques de base (examens d'urine et de sang) ne sont pas prescrits. L'accouchement se pratique peu dans les CDS et la majorité des femmes accouchent à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles. Les services pour assurer la prise en charge des complications obstétricales ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. D'autre part, plus de 60% des centres de santé n'assurent aucune prise en charge des complications les plus fréquentes telles que les hémorragies, les complications d'avortement et les infections

puerpérales. La consultation postnatale (CPNT) est peu recommandée par le personnel de santé. Seulement 31% des infirmières interrogées recommandent la 1^{ère} consultation postnatale à la première semaine après l'accouchement, alors que 28,4 % n'évoquent même pas le sujet. Quand aux accoucheuses traditionnelles formées ou non formées, plus de 50 % d'entre elles ne recommandent pas de consultation postnatale. Les activités de PF sont intégrées dans le paquet minimum d'activité, mais toutes les structures n'arrivent pas à les offrir par insuffisance ou manque de personnel formé.

- En plus de l'accessibilité géographique limitée (2/3 de centres de santé à plus de 10 km d'un hôpital de référence, manque de moyens de transport appropriés), les coûts des prestations ne sont pas à la portée des populations compte tenu de la paupérisation accrue des ménages consécutive à la guerre et à la dévaluation de la monnaie burundaise. Cependant cette situation a connu une amélioration considérable depuis la mesure présidentielle de subventionner à 100 % les soins de maternité et ceux des enfants de moins de cinq ans.
- Les services de santé maternelle sont peu utilisés par les populations en raison de l'accessibilité géographique limitée et du manque de sensibilisation sur les risques d'un accouchement non assisté par un personnel qualifié. Cette faible utilisation est favorisée par les perceptions des populations sur les problèmes liés à la grossesse, à l'accouchement et à la planification familiale. Ainsi, on note une fréquentation tardive de la CPN, alors que 30 % seulement des femmes ont accouché dans les formations sanitaires et 7,3 % utilisent une méthode de PF. Ceci est dû au fait que la population n'a pas encore compris le bien-fondé de la planification familiale. De plus la planification familiale reste une affaire de la femme seule et non celle du couple car l'homme n'est pas suffisamment sensibilisé.
-
-
-
-

1.5.2. Planification Familiale

La planification des naissances constitue un droit fondamental des personnes. Elle contribue à la réduction de la mortalité et morbidité maternelles et infantiles et à celle du nombre de grossesses non désirées, qui peuvent occasionner des avortements à risques.

Au Burundi, la pratique de la PF est encore très faible : 7,36% en 2006. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0.

Cette faible pratique de la contraception, associés à la précocité des rapports sexuels et au faible niveau d'éducation sexuelle des jeunes filles, fait que les "quatre trop" sont une réalité au Burundi : grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives.

L'allaitement maternel exclusif peut contribuer à la planification familiale. Il est heureux de constater qu'au Burundi 45 % des femmes allaitent exclusivement jusqu'à six mois. Une mise à jour des connaissances en matière d'initiation précoce de l'allaitement maternel pour le personnel travaillant dans différentes maternités du pays est nécessaire car la plupart des prestataires passent à côté de cette pratique très salubre pour le nouveau né et sa mère.

En ce qui concerne les sources d'approvisionnement en contraceptifs, il s'agit du secteur public, de l' ABUBEF (Association Burundaise pour le Bien-être Familial) ainsi que PSI pour le marketing social du préservatif. Actuellement grâce à l'appui de la KFW, de l'UNFPA, du Fonds Global, USAID et de l'IPPF, les contraceptifs y compris le préservatif masculin et féminin sont disponibles dans divers points de distribution à travers tout le pays.

Les contraceptifs actuellement disponibles sont : l'injectable (DMPA), les contraceptifs oraux (COC), la minipilule (POP), la pilule contraceptive d'urgence (PCU), le Dispositif Intra Utérin (DIU) et les spermicides (Néosampoon). La méthode de Contraception Chirurgicale Volontaire est disponible dans certains hôpitaux

Malgré la faible utilisation de la planification familiale l'EDS/SR de 2002 note que plus de 90 % des femmes en âge de procréer connaissent au moins une méthode contraceptive.

Cette faible utilisation de la PF se heurte en outre à la faible qualité des services, au déficit important du personnel formé en technologie contraceptive, à l'influence négative de certaines barrières socioculturelles (y compris, souvent, le manque de capacité de prise de décision par la femme) ainsi que la faible accessibilité géographique des services dans certaines zones du pays.

Par ailleurs la PF reste une composante de la SR très insuffisamment intégrée dans le paquet minimum des services de Santé.

En outre, les décideurs et les leaders d'opinions s'impliquent actuellement très peu dans le domaine de la planification familiale. Leurs discours réservent rarement une place à la sensibilisation pour la planification familiale malgré la pression exercée par la croissance démographique sur tous les secteurs socioéconomiques (emploi, santé, éducation, agriculture, environnement). Néanmoins, la planification familiale est étroitement liée à la réalisation des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement.¹⁰

1.5.3. Prévention et prise en charge des dysfonctionnements sexuels, de la stérilité, et des troubles de la pré et post-ménopause

Au Burundi, il n'existe pas de service structuré de prévention et de prise en charge de la stérilité, féminine ou masculine ou des dysfonctionnements sexuels. Ce volet mérite d'être considéré et a sa place en matière de SR. Cette situation fait que les patients présentant ce genre de problème s'orientent eux-mêmes vers les prestataires qu'ils jugent capables de les aider souvent chez les gynéco obstétriciens ou tout personnel de santé prestant dans le service de maternité. Dans ce secteur, le personnel qualifié fait défaut. Les moyens de diagnostic et de traitement des

¹⁰ Potts M., La croissance de la population et les OMD. The Lancet, 3 Février 2007.

différentes causes de stérilité ne sont pas disponibles. Les directives ou protocoles de préventions et de prise en charge au niveau national n'existent pas encore.

Comme pour la plupart des sociétés du monde, la stérilité ou l'infertilité est considérée comme une affaire de femmes malgré que la science ait prouvé qu'aussi bien l'homme que la femme peut être infertile et cette situation se présente dans la même proportion chez les deux sexes. Parmi les causes les plus fréquentes nous pouvons citer les infections génitales chez la femme aussi bien que chez l'homme souvent secondaires aux IST, les causes iatrogènes comme le curetage trop appuyé, les séquelles d'interventions obstétricales et chirurgicales au niveau du petit bassin, sans oublier l'âge avancé pour certains couples. Les autres étiologies peuvent être liées à la carence en iode, à certaines pathologies thyroïdiennes et à d'autres maladies générales débilitantes comme le diabète, la tuberculose....

Quant aux dysfonctionnements sexuels, les principaux troubles sont l'éjaculation précoce, les troubles de l'érection, la diminution du désir sexuel et la frigidité, l'absence d'orgasme, la dyspareunie due à la sécheresse vaginale, le vaginisme, les douleurs pendant les rapports sexuels. La ménopause qui est un phénomène naturel et inéluctable lié à l'âge de la femme est une forme de dysfonctionnement au niveau de l'appareil génital féminin secondaire à l'hypo-oestrogénie et partiellement à une augmentation d'androgène. Une mise à niveau des prestataires de soins pour la prise en charge des troubles de la pré et post-ménopause est à promouvoir dans différentes structures de soins.

Il y a donc une nécessité urgente de mettre en place différents services de prévention et de prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels.

1.5.4. Prévention et prise en charge des complications de l'avortement

L'avortement provoqué est illégal au Burundi sauf quand la vie de la femme est en danger à cause de la grossesse. Toutefois, les avortements clandestins suivis de complications sont une réalité dans le pays. D'après les résultats d'une étude menée par l'ABUBEF en 2005, il y a une fréquence élevée d'avortements quoiqu'on en trouve souvent

pas de trace dans les registres des structures sanitaires, pour des raisons liées à la sécurité de la fille /femme et de l'agent qui a exécuté illégalement l'avortement.

Selon cette étude, les complications liées aux avortements clandestins sont les infections (36,36 %), les traumatismes (31,81%) et les hémorragies (22,72%). Des cas de décès ont été signalés par les infirmiers oeuvrant dans les hôpitaux où cette étude a été menée.

Sur 58 cas d'avortements relevés par cette étude dans les registres des hôpitaux, 45,8% des patientes ont un âge compris entre 16 et 20 ans ; 56,5% sont des élèves du secondaire et des écoliers du primaire.

Pour le moment, les actions entreprises concernent la prévention des avortements par la sensibilisation et la mise à disposition des produits contraceptifs ainsi que la prise en charge des complications du post-avortement.

1.5.5. Prévention et prise en charge des IST et du VIH/Sida

Au Burundi, la prévalence nationale du VIH/SIDA des plus de 15 ans est estimée à 3,6% (3,8% chez les femmes et 2,6% chez les hommes) avec les extrêmes de 9,5% observés dans les zones urbaines (13% chez les femmes et 5,5% chez les hommes) et de 2,5% (2,9% chez les femmes et 2,1% chez les hommes) en zone rurale, passant par 10,5% dans les zones semi-urbaines (13,7% chez les femmes et 6,8% chez les hommes).

Le taux de séroprévalence en zone rurale où vit 90% de la population a connu une progression très importante, il a triplé en dix ans. Ces chiffres classent le pays parmi les pays les plus touchés par le virus du SIDA. Selon l'ONUSIDA, le Burundi est au 16^{ème} rang des pays du continent africain.

Les causes immédiates de la pandémie au Burundi sont les rapports sexuels non protégés et l'importance du multi partenariat.

A côté de ces causes immédiates co-existent les causes sous jacentes parmi lesquelles :

- l'insuffisance des services d'information de qualité ;
- le manque de services de conseil et de prestation suffisants et adaptés à la prévention et la prise en charge des cas de VIH/SIDA/IST ;
- la pauvreté ;
- les tabous socioculturels ;
- la promiscuité dans certains milieux;
- l'alcoolisme et l'usage des drogues et la faiblesse du réseau de distribution et du marketing des préservatifs.

La crise sociopolitique que le pays a connue depuis 1993 a conduit à une paupérisation de la population avec un indice de pauvreté en milieu rural de 68,8% et indice de pauvreté en milieu urbain de 66,6 %. Le classement mondial selon l'Indice de Développement Humain (IDH) met le Burundi au 171^{ème} rang sur 175.¹¹ Ceci a engendré des conditions de vie précaires aggravées par la promiscuité et des mouvements fréquents de population avec beaucoup de cas de violences sexuelles rapportées. Cette situation de pauvreté rend les femmes et filles plus vulnérables aux rapports sexuels non protégés, donc à risques, en plus d'autres facteurs socioculturels liés au genre.

Les femmes et filles font recours au monnayage des rapports sexuels quelles que soient les conditions, avec le professionnalisme sexuel qui prend des allures inquiétantes et les violences sexuelles faites aux femmes et filles, augmentant ainsi les risques de transmission de l'infection au VIH.

1.5.6. Promotion de la santé reproductive des jeunes et des adolescents

Selon une consultation de l'OMS, réalisée en Afrique en octobre 2000, il est reconnu que « les adolescents ont un droit d'accès aux services de santé susceptibles de les protéger contre le VIH/sida et contre les autres menaces à leur santé et à leur bien-être et que ces services doivent être adaptés aux adolescents ».

¹¹ Cité par ONUSIDA, Accès universel, Feuille de Route 2006-2010, Avril 2006

Cette accessibilité aux services de santé en général et de santé sexuelle et de la reproduction en particulier devrait aussi s'adapter aux besoins des jeunes.

Au Burundi, il n'existe aucun service public de santé adapté et spécifique aux besoins des jeunes et des adolescents en matière de SR. Seules 5 cliniques de SR Jeunes de l'ABUBEF essaient d'offrir des services conviviaux aux jeunes et adolescents. Le sujet de la sexualité reste tabou dans la quasi-totalité des familles burundaises. De ce fait, les jeunes découvrent la sexualité de part les paires ou de part l'éducation formelle qui ne leur donnent que les aspects superficiels souvent mal documentés et quelques fois pervers. Ce manque d'information et d'éducation sexuelles fait que les jeunes et adolescents en cherchant à satisfaire leur curiosité sexuelle rencontrent des problèmes qu'ils auraient pu éviter si l'information avait été donnée par des canaux adaptés. Parmi ces problèmes on peut citer les IST/VIH, les mariages et grossesses précoces, les grossesses non désirées, les avortements à risque avec toutes leurs conséquences sur la santé des futures mères.

Conscient du problème, le Gouvernement et ses partenaires, à travers les Centres Jeunes, tentent d'initier une phase pilote de SR adaptée aux jeunes et adolescents. La création des clubs « Stop SIDA » dans les écoles secondaires s'inscrit dans les mêmes perspectives.

Pour répondre aux besoins des jeunes et des adolescents en matière de SR, des services de santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et des adolescents sont indispensables. Une mise à niveau des prestataires, en plus de la mise en place d'une infrastructure d'accueil adaptée aux besoins des jeunes et adolescents est nécessaire. Cela se ferait à travers une approche multisectorielle qui impliquerait les parents, la communauté, les prestataires de soins, les éducateurs, la société civile, les leaders d'opinion et décideurs politiques.

1.5.7. Prévention et prise en charge des violences sexuelles

On entend par violence sexuelle tout acte posé par une personne usant de force, d'intimidation, d'abus d'autorité ou de ruse (cas de viol de petits enfants) pour contraindre son semblable à des rapports sexuels non consentis. Il peut s'agir de

viol, de violences conjugales, de harcèlement sexuel, de mariage forcé, etc. Ces actes, qu'ils se produisent au sein de la famille, de la communauté ou sur le lieu de travail, entraînent des conséquences néfastes pour la santé physique, mentale et sociale des victimes et les empêchent de jouir de leurs droits et libertés.

Au Burundi, les violences sexuelles constituent un sérieux problème médical et social qui prend une envergure inquiétante suite au contexte de guerre dont le Burundi sort progressivement¹². L'enquête sur les violences sexuelles au Burundi, menée en 2004 par la Ligue des droits de l'homme ITEKA a révélé que sur 1578 femmes enquêtées, 300 (19%) disaient avoir été au moins dans leur vie violées ou victimes de tentative de viol.

Les violences sexuelles sont donc une réalité au Burundi. Elles prennent des allures inquiétantes et les conséquences sont d'ordre physique, psychologique et social. Elles peuvent être des portes d'entrée pour les IST, le VIH/SIDA, les grossesses et naissances non désirées, et les avortements clandestins. La prévention et la prise en charge de ces violences font partie intégrante des composantes prioritaires de la SR.

Des actions d'ordre social, de sensibilisation de la communauté et d'accompagnement des victimes sont nécessaires pour faire face à cette situation.

Quoique peu documentées, les violences domestiques constituent également un problème important au regard du bien être des familles. A titre d'exemple, on peut citer la polygamie officielle, les femmes répudiées des foyers pendant la période de bonne récolte, les femmes battues pour infécondité ou pour progéniture unisexe, etc. En plus, il faut faire face aux problèmes de prostitution et d'enlèvement de jeunes filles pour mariage forcé (= Guterura).

¹² MSP, Manuel de formation pour la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles à l'attention du personnel de santé, Septembre 2004

Pour faire face à ces violences, des structures étatiques et non étatiques ont vu le jour. On peut citer le MSNDPHG, les ligues de droits de l'homme et les associations de prise en charge de victimes de violences sexuelles. Ainsi, un plaidoyer contre les violences sexuelles et domestiques a été amorcé. On peut noter plus particulièrement l'engagement ferme des leaders politiques sur cette question qui se traduit par la création et la révision des lois à l'égard des violences sexuelles et domestiques.

1.5.8. Prévention et prise en charge des cancers du sein, du col utérin et autres cancers gynécologiques

Le cancer du sein et celui du col utérin sont de loin les plus fréquents des cancers de la femme. Les autres cancers gynécologiques sont ceux de l'endomètre, de l'ovaire, de la vulve, du vagin, du placenta et des annexes.

Au Burundi, l'ampleur des cancers gynécologiques et mammaires n'est pas bien connue. Cependant, certaines structures de santé enregistrent ou suspectent des pathologies de nature cancéreuse mais rares sont celles qui sont capables de poser un diagnostic et de prendre en charge correctement ces cas. En plus, la population concernée par ces pathologies n'est ni informée, ni sensibilisée sur les facteurs de risque et ignore les services qui pourraient l'orienter vers une structure de prise en charge appropriée.

En définitif, pour connaître l'ampleur du problème, une analyse situationnelle est indispensable.

La politique du Ministère de la Santé Publique doit inscrire parmi ses priorités la mise en place d'un système de prévention, de détection précoce et de prise en charge de ce groupe de pathologies.

2. VISION

Une population Burundaise qui jouit d'une bonne santé en général et d'une bonne santé sexuelle et reproductive en particulier.

3. BUT

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population Burundaise afin qu'elle puisse participer activement et efficacement au processus de développement national.

4. OBJECTIFS GENERAUX

La présente Politique Nationale de la SR se propose de formuler les objectifs généraux en tenant compte des différentes composantes de la SR de la façon suivante :

1. Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
2. Contribuer à l'augmentation de la couverture contraceptive;
3. Contribuer à la réduction de la prévalence du VIH/sida/IST et de son impact dans tout le pays ;
4. Contribuer à la réduction des violences sexuelles et domestiques et de leur impact négatif sur le bien-être des individus, des familles et des communautés;
5. Contribuer à la réduction des avortements à risques et leurs conséquences sur le bien-être des individus, des familles et des communautés;
6. Contribuer à la prévention de l'infertilité et à l'amélioration de la santé sexuelle des individus et des couples;
7. Promouvoir la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents à travers une éducation à la vie familiale ;
8. Promouvoir la santé de la femme à chaque âge y compris durant la pré et post-ménopause et le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des cancers du col utérin, du sein et des autres cancers gynécologiques.

5. AXES STRATEGIQUES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

Les axes stratégiques et les interventions prioritaires sont définis en tenant compte des huit composantes prioritaires de la Politique Nationale de la SR.

5.1. COMPOSANTE I : MATERNITÉ À MOINDRES RISQUES ET SANTÉ NÉONATALE

Axes stratégiques :

1. Amélioration de la disponibilité des services de santé maternelle et néonatale de qualité :

- Définir un paquet minimum de services de santé maternelle, néonatale à chaque niveau du système de santé, y compris les ressources humaines, matérielles et financières ;
- Réviser le document de normes et directives de SR ;
- Doter les structures de soins d'équipements techniques et non techniques, de personnel suffisant en quantité et en qualité, de consommables et médicaments ;
- Mettre en place des services de néonatalogie dans chaque hôpital de 1ère référence ;
- Initier la mise en place d'une équipe technique nationale pour la prise en charge des fistules obstétricales.
- Réduire l'incidence du paludisme et de l'anémie chez la femme en ceinte
- Développer des services de prise en charge du nouveau-né au niveau communautaire et au des services de 1^{er} échelon (CDS).
-

2. Amélioration de l'accessibilité aux services de santé maternelle et néonatale de qualité :

- Réhabiliter/construire des structures de soins en veillant à leur répartition équitable sur le territoire national ;
- Renforcer des activités IEC/CCC à différents niveaux sur les consultations prénuptiales, prénatales, post natales, sur l'importance d'un accouchement assisté par un personnel qualifié, sur l'allaitement maternel précoce et exclusif pendant les six premiers mois, sur la nutrition de l'adolescente, de la mère et de l'enfant ;
- Améliorer la disponibilité de l'information sanitaire en rapport avec la SR ;
- Assurer la pérennisation de la subvention totale des soins de maternité et ceux des moins de cinq ans (y compris les soins pour les nouveaux nés).

- Renforcer et étendre le système de référence et contre référence des urgences obstétricales et néonatales par le développement des moyens modernes de transport et de communication entre les CDS et les hôpitaux de 1^{ère} référence.

3. Amélioration de la qualité des services de SR à tous les niveaux

- Renforcer/développer la capacité des équipes de gestion du MSP aux niveaux central, intermédiaire et périphérique en matière de soins de santé maternelle, néonatale et infantile ;
- Améliorer et étendre des mécanismes de motivation adéquats appropriés au niveau de toutes les structures de soins à travers l'approche contractuelle ;
- Redéfinir le cahier de charges des relais communautaires et améliorer leur suivi/encadrement ;
- Promouvoir et renforcer la formation des sages femmes ;
- Réviser les curricula des institutions de formation médicale et paramédicale en y introduisant l'enseignement des SONUB, des SOUC et de la PF pour les adapter au contexte du terrain ;
- Introduire un système qui facilite l'amélioration de qualité des services avec auto-évaluation et supervision facilitative ;
- Mettre à jour le document des normes et directives de SR.

4. Renforcement de la coordination et du partenariat à tous les niveaux :

- Instaurer un mécanisme d'échange d'expériences de toutes les parties prenantes au niveau national ;
- Coordonner de façon régulière la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de SMN avec toutes les parties prenantes ;
- Apporter un appui institutionnel aux organisations de la société civile actives dans la mobilisation pour la promotion de la santé maternelle et néonatale.

5. Renforcement du plaidoyer pour un engagement plus accru des pouvoirs publics en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile :

- Mener un plaidoyer pour l'adoption d'une loi sur la Santé de la Reproduction ;

- Poursuivre le plaidoyer pour l'augmentation des ressources destinées à la santé maternelle, néonatale et infantile ;
- Mener un plaidoyer pour l'institutionnalisation de la Semaine Santé Mère/Enfant ;
- Promouvoir la création d'un groupe de parlementaires pour la santé de la reproduction.

6. *Renforcement du pouvoir de la communauté et en particulier celui des femmes en tenant compte du rôle important des hommes dans la promotion de la maternité à moindres risques :*

- Impliquer la société civile, les associations féminines et les ONG dans le plaidoyer pour l'amélioration du statut de la femme (éducation des filles, alphabétisation des femmes, respect des droits de la femme, AGR...) ;
- Promouvoir l'implication des hommes dans le partage des responsabilités visant l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile.

5.2. COMPOSANTE II : LA PLANIFICATION FAMILIALE

Axes stratégiques :

1. *Renforcement du plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour un engagement plus accru en faveur de la PF :*

- Mener un plaidoyer vigoureux auprès de tous les intervenants existants (décideurs politiques, leaders communautaires et religieux) et potentiels en faveur d'une meilleure prise de conscience de la problématique de la PF et de la promotion de l'accès généralisé aux services de PF par les femmes, les hommes et les jeunes ;
- Mener un plaidoyer pour un appui institutionnel aux Associations et ONG actives dans la mobilisation sociale et de CCC en PF ;
- Mener un plaidoyer pour l'augmentation du budget alloué à la planification familiale.

1. Mobilisation sociale/CCC pour l'utilisation des services disponibles en matière de PF :

- Développer/renforcer des activités IEC/CC à différents niveaux sur la PF ;
- Impliquer la société civile, les associations féminines et les ONG dans le plaidoyer pour l'amélioration du statut de la femme (*éducation des filles, alphabétisation des femmes, respect des droits de la femme, AGR...*) lui permettant de bénéficier librement des services de PF ;
- Promouvoir l'implication des hommes dans le partage des responsabilités en matière de la pratique effective de la PF ;
- Insérer dans les curricula du deuxième degré (3^{ème} - 4^{ème} année) du primaire et au secondaire des notions sur le fonctionnement de l'appareil de reproduction humaine et sur la maîtrise de la fécondité.

2. Intégration de la PF dans d'autres services de soins de santé primaires (PEV, SMI, PTME, nutrition, CPN, accouchement et consultation postnatale) :

- Redynamiser le système de supervision des niveaux intermédiaire et périphérique ;
- Intégrer la gestion des produits contraceptifs dans celle des autres produits pharmaceutiques ;
- Intégrer des indicateurs de PF dans l'approche contractuelle ;
- Améliorer le système d'information et de gestion de la logistique contraceptive (SIGL).

3. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de PF de qualité :

- Étendre la distribution à base communautaire des contraceptifs non prescriptibles au niveau national ;
- Élargir la gamme des méthodes contraceptives en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée d'action ;
- Améliorer les compétences techniques en matière de communication des prestataires des services de PF ;

- Mettre en place un système de référence pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) ;
- Renforcer la DBC des produits contraceptifs non prescriptibles ;
- Mettre en place des mécanismes de motivation des relais communautaires ;
- Améliorer la prise en charge des effets secondaires des méthodes contraceptives.

5.3. COMPOSANTE III : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST ET DU VIH/SIDA

Axes stratégiques :

1. Prévention des IST/VIH :

- Renforcer l'IEC/CC en vue de promouvoir l'adoption des comportements responsables et l'adhésion au dépistage volontaire du VIH ;
- Renforcer la promotion de l'utilisation des préservatifs féminins et masculins ;
- Intégrer le dépistage et le traitement des IST dans les services de SR ;
- Renforcer la prévention des IST/VIH par voie sanguine ;
- Promouvoir la prévention des IST/VIH en cas de violences sexuelles ;
- Renforcer la prévention des IO.

2. Amélioration de la prise en charge des cas des IST/VIH et des IO :

- Renforcer le diagnostic précoce et le traitement des IST et des IO ;
- Renforcer/étendre les structures de traitement par ARV ;
- Renforcer/améliorer le système d'approvisionnement en réactifs, en médicaments et autres consommables ;
- Renforcer les capacités des agents de santé communautaire dans la prévention et la prise en charge des IST/VIH à domicile.
- Renforcer les capacités techniques des prestataires de soins dans la prévention et la prise en charge des IST/VIH.

3. Prévention de la transmission des IST/VIH de la mère à l'enfant :

- Renforcer et étendre les services de la PTME dans toutes les structures de soins;
- Intégrer la PTME dans les autres services de Santé de la Reproduction ;
- Améliorer les capacités techniques des prestataires de soins en PTME.

5.4. COMPOSANTE IV. : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

Axes stratégiques :

1. Conception et développement des programmes éducatifs en matière de prévention des violences sexuelles :

- Promouvoir l'éducation sexuelle déjà au foyer familial ;
- Mettre en place un système de sensibilisation des communautés pour réduire les violences sexuelles ;
- Sensibiliser les corps en uniformes et les magistrats sur la problématique des violences sexuelles et leur rôle dans la prévention ;
- Renforcer le service de la police nationale chargé de la protection des mœurs ;
- Mettre en place une base de données en rapport avec les violences sexuelles ;

2. Mise en place d'un système de prise en charge globale des victimes de violences sexuelles :

- Mettre en place des structures publiques et les doter de moyens appropriés pour la prise en charge globale (médicale, juridique et psycho sociale) des victimes de violences sexuelles ;
- Renforcer les capacités des prestataires dans la prise en charge globale des VVS ;
- Impliquer la communauté à assurer une assistance psychosociale des VVS.

3. Mise en place d'un mécanisme de coordination de tous les intervenants dans le domaine des violences sexuelles :

- Mettre en place un cadre commun d'échange et de planification des interventions ;
- Coordonner toutes les parties prenantes dans la prévention et la prise en charge des violences sexuelles ;

5.5. COMPOSANTE V: PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

Axes stratégiques :

1. Prévention des grossesses non désirées :

- Déterminer l'ampleur nationale des avortements à risque ;
- Développer et promouvoir des actions IEC/CCC sur les méfaits des rapports sexuels précoces, non protégés, extraconjugaux et sur les conséquences des avortements ;
- Promouvoir des programmes d'éducation familiale et sexuelle au foyer pour amener les parents à jouer leur rôle ;
- Introduire des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles à partir du 2^{ème} degré du primaire ;
- Généraliser la contraception d'urgence (PCU) dans les structures de soins.

2. Renforcement de l'éducation sexuelle des jeunes :

- Mener un plaidoyer pour une loi qui protège les filles qui tombent enceintes contre les traumatismes familiaux et scolaires ;
- Développer et Intégrer dans les Centres Jeunes des programmes d'éducation sexuelle et de santé de la reproduction en insistant sur les conséquences de l'avortement.

3. *Renforcement des capacités des structures et des prestataires de soins dans la prise en charge des avortements :*

- Améliorer les capacités techniques des structures de santé dans la prise en charge des menaces et avortements ;
- Promouvoir la formation des prestataires en aspiration manuelle et en soins post-avortement complets en insistant sur l'approche de prise en charge sans stigmatiser les patientes.

5.6. COMPOSANTE VI : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA STÉRILITÉ ET DES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS

Axes stratégiques :

1. *Intégration des consultations gynécologiques et d'infertilité dans le paquet complémentaire d'activités de tous les hôpitaux du pays :*

- Elaborer et mettre en œuvre un programme de formation en cours d'emploi dans la prise en charge de l'infertilité et des pathologies gynécologiques communes ;
- Améliorer les capacités techniques des structures de soins dans la prise en charge de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels ;
- Développer des actions IEC/CCC sur les causes de l'infertilité du couple et des dysfonctionnements sexuels.

2. *Renforcement des capacités techniques de prévention et de prise en charge des IST et des infections pelviennes :*

- Améliorer les capacités techniques des structures de santé dans la prévention et la prise en charge des IST et des infections pelviennes.

3. *Initiation d'un programme de formation et de prise en charge spécialisée de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels :*

- Mettre en place un plan de formation des prestataires spécialisés dans la prise en charge de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels ;

- Mettre en place un Centre de Référence Nationale en Infertilité et Dysfonctionnements Sexuels.

5.7. COMPOSANTE VII : PROMOTION DE LA SANTE DES JEUNES ET DES ADOLESCENTS

Il est de la politique du PNSR de considérer les jeunes et les adolescents comme étant les filles et les garçons ayant un âge compris entre 10 et 24 ans révolus.

AXES STRATEGIQUES :

1. Accroissement du niveau des connaissances des jeunes et des adolescents en santé sexuelle et de la reproduction :

- Promouvoir l'IEC/CCC et la formation des jeunes et des adolescents en SSR et la compétence à la vie familiale;
- Intégrer les notions de SSR dans les curricula de formation du Primaire à l'Université ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé et autres intervenants en « comment communiquer efficacement avec les jeunes et les adolescents ».

2. Réduction de la prévalence des IST/VIH, des GND et des avortements à risques chez les jeunes et les adolescents :

- Promouvoir l'IEC/CCC en vue d'une adoption d'un comportement responsable ;
- Promouvoir l'abstinence et /ou l'usage correcte et systématique du préservatif ;
- Promouvoir la contraception chez les jeunes et les adolescents ;
- Mettre en place des services de counselling, de dépistage volontaire du VIH, de traitement des IST/IO, de prévention et de PEC des grossesses non désirées et des complications post avortements adaptés aux jeunes et adolescents ;

- Intégrer la prise en charge des problèmes de santé spécifiques aux jeunes et adolescents dans le paquet minimum des services dans les structures de santé ;
- Promouvoir des services de SR conviviaux aux jeunes et adolescents ;
- Renforcer les liens de collaborations entre les centres jeunes et les centres de santé (CDS).

3. Plaidoyer en faveur de la SR jeunes et adolescents auprès des autorités politico-administratives et leaders communautaires :

- Mettre en place un cadre institutionnel d'échanges sur la SR jeunes et adolescents ;
- Mettre en place des systèmes de mutualités communautaires en vue d'améliorer l'accès aux soins pour les jeunes et les adolescents ;
- Mettre en place un cadre juridique pour la santé des jeunes.

4. Améliorer la coordination santé reproductive jeunes :

- Renforcer le système de coordination entre les intervenants sur le terrain ;
- Mettre en place la collecte des données santé reproductive jeunes.

5.8. COMPOSANTE VIII : PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA FEMME DURANT LA PRÉ ET POST-MÉNOPAUSE ET LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET LA PRISE EN CHARGE ADÉQUATE DES CANCERS DU COL UTÉRIN, DU SEIN ET DES AUTRES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

Axes stratégiques :

1. Mise en place d'un système de surveillance des cancers du sein, du col utérin et d'autres cancers gynécologiques :

- Mener une analyse situationnelle de ces cancers ;
- Mettre en place des services de prévention, de dépistage et de prise en charge des cancers gynécologiques particulièrement ceux du col utérin et du sein dans les structures de soins ;
- Doter les structures de soins les capacités techniques en matière de prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Mettre en place un Centre National de Cancérologie (CNC).

2. Mise en place d'un système de support et de traitement pour les femmes ayant des problèmes liés à la ménopause:

- Inclure dans les curricula de formation des infirmiers et médecins les problèmes de la femme ménopausée ;
- Mener des campagnes d'IEC pour la prévention des plaintes et leur traitement éventuel.

3. Mise en place d'une stratégie d'IEC /CCC :

- Organiser une campagne ciblée d'explication du lien entre les IST/VIH et les cancers gynécologiques ;

- Développer des supports éducatifs en matière de cancérologie visant la prévention des cancers gynécologiques et l'auto examen des seins.
- Organiser des campagnes de lutte contre les facteurs de risque en mettant un accent particulier sur le tabac et l'alcool et rapports sexuels non protégés et le multi partenariat sexuel.

4. Plaidoyer pour la mobilisation des fonds :

- Mettre en place un plan de plaidoyer ;
- Mettre en place un cadre de concertation et de sensibilisation des décideurs politiques et des bailleurs de fonds ;
- Faciliter la participation aux réunions, fora et autres manifestations scientifiques locales et internationales sur les cancers gynécologiques et mammaires.

6. RESSOURCES

La mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé de la Reproduction nécessite une mobilisation importante des ressources humaines, matérielles et financières.

6.1. RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines du secteur de la santé en général et du secteur de la santé de la reproduction en particulier sont insuffisantes en qualité et en quantité et sont inégalement réparties sur le territoire national. En effet, selon une enquête de l'OAG de 2003, le Burundi compte un médecin pour 34.744 habitants, un infirmier pour 3.500 habitants et un pharmacien pour 110.000 habitants. Selon les normes de l'OMS, on devrait avoir respectivement 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 infirmier pour 3.000 habitants et 1 pharmacien pour 15.000 habitants. En outre, 80% des médecins et plus de 50% des infirmiers prestent dans la seule ville de Bujumbura¹³.

¹³ OAG, 2003

Selon le Document de Politique et Normes de Services en Santé de la Reproduction⁹ chaque hôpital devrait compter 4 médecins dont un gynécologue. Or, la plupart des hôpitaux du pays ne comptent qu'un à deux médecins dont l'un est en même temps directeur de l'hôpital et souvent sans gynécologue. Pour les CDS, la situation est similaire car on ne retrouve qu'un à deux infirmiers dont l'un est titulaire du CDS au lieu de quatre selon les mêmes normes. Cette situation fait que les responsabilités administratives du médecin directeur de l'hôpital et du titulaire du CDS entravent le travail technique qui se retrouve confié aux agents de moindre qualification.

Sur le plan de la production de ressources humaines, le Burundi compte une seule faculté de médecine qui sort annuellement une moyenne de 50 médecins et deux facultés d'universités privées (Université de Ngozi, Université Espoir d'Afrique) qui dans les années à venir compléteront cet effectif de médecins. Pour le personnel paramédical, le pays compte quatre écoles publiques (Gitega, Ngozi, Bururi et Bujumbura) et cinq écoles privées à Bujumbura (3), Mwaro (1) et Makamba (1).

D'autres spécialités indispensables au bon fonctionnement du système de santé (anesthésistes, sages-femmes, maintenanciers, technicien d'imagerie médicale,...) restent insuffisantes.

Une formation de 3^{ème} cycle couvrant un certain nombre de spécialités cliniques, assurée conjointement par la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi en collaboration avec certaines Universités de France, permet la formation de certains spécialistes mais rares sont ceux qui rentrent au Burundi après leurs études.

Cependant, la plupart des lauréats des facultés et des écoles paramédicales prestent dans le secteur privé par manque de motivation salariale et suite aux mauvaises conditions de travail dans le secteur public. Les réformes visant l'amélioration des performances et des conditions de travail sont en cours. Il s'agit notamment de la décentralisation, de la mise en autonomie de gestion des structures de santé et de l'introduction de l'approche contractuelle dans les structures de soins. Dans le même

sens, un plaidoyer auprès des bailleurs de fonds est en train d'être mené en vue d'améliorer les conditions matérielles du personnel de santé.

Pour faire face à l'insuffisance du personnel de santé, le Gouvernement fait recours actuellement à la coopération technique bilatérale et multilatérale.

6.2. RESSOURCES MATÉRIELLES

6.2.1. Infrastructures

La carte sanitaire montre un déficit de 35 unités hospitalières avec une couverture d'un hôpital pour 146.000 habitants contre un hôpital pour 100.000 habitants (normes OMS), un CDS pour 14.216 habitants contre un centre de santé pour 10.000 habitants (normes OMS).¹⁴ La plupart de ces infrastructures sont dans un état vétuste et nécessitent une réhabilitation. En outre, il existe une disparité géographique en faveur des centres urbains.

Le programme de réhabilitation des infrastructures sanitaires est à poursuivre pour corriger ces déséquilibres.

6.2.2. Equipements

D'une manière générale, les infrastructures hospitalières et les centres de santé ne disposent pas de paquet minimum et de paquet complémentaire d'activités suffisant. A titre d'exemple, dans le secteur de la maternité à moindres risques et de la santé néonatale, bon nombre de maternités du pays ne disposent que d'une table d'accouchement et de quelques lits d'hospitalisation. Seulement 4,2% d'hôpitaux disposent d'un ballon et masque de réanimation du nouveau-né.¹⁵

L'insuffisance du service de maintenance des équipements est manifeste et fait que des équipements biomédicaux soient prématurément mis hors usage.

Le MSP avec l'appui des partenaires au développement fait des efforts de réhabilitation et d'équipement des structures de santé. Toutefois des efforts

¹⁴ Enquête OAG 2003

¹⁵ Evaluation des besoins pour une maternité à moindres risques, PNSR, 2003

considérables devront encore être fournis pour réhabiliter les infrastructures et disposer d'un équipement qui répond au paquet minimum et au paquet complémentaire d'activités.

6.3. RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget alloué au MSP représente 4 % du budget total du gouvernement (par rapport à la norme de 15% préconisés par l'OMS) en 2007 ; celui de la santé de la SR représente 0,6 % du budget du MSP. En chiffres absolus, le niveau de dépenses pour la santé correspond à moins de 1 US\$ par an et par habitant.

Les ressources financières du PNSR proviennent principalement de l'aide extérieure et dans une moindre mesure de la contribution gouvernementale. Cette dernière contribue essentiellement au paiement des salaires du personnel et au budget de fonctionnement.

Cependant, la mesure de subvention des accouchements en milieu de soins contribuera probablement à la réduction du taux de mortalité maternelle. Malheureusement la lourdeur administrative dans la gestion des fonds de subvention constitue un frein à la bonne mise en œuvre de cette politique.

La contribution des populations au financement du secteur est quasi-inexistante, la plupart des services étant subventionnés à 100% par l'Etat ou les partenaires.

Dans l'ensemble, les mesures suivantes devront être prises par le Gouvernement pour promouvoir la santé de la population en général et la santé de la reproduction en particulier :

- augmenter de façon significative le budget alloué à la SR ;
- mobiliser les ressources financières auprès des partenaires en faveur de la SR ;
- confier la gestion directe des fonds alloués à la subvention des accouchements en milieu de soins au programme ayant la santé maternelle et néonatale dans ses attributions ;

- initier un programme de partage des coûts avec les bénéficiaires des services de la SR.

7. CADRE INSTITUTIONNEL ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE

Le Ministère de la Santé Publique, par le biais du Programme National de Santé de la Reproduction, est le maître d'œuvre de cette Politique au nom du Gouvernement, en collaboration avec tous les partenaires du secteur public et privé. Il joue un rôle de coordination des autres secteurs et des autres partenaires, il est responsable de la définition des normes en SR et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé de la Reproduction.

Dans sa structure actuelle, le cadre institutionnel fait du PNSR une institution de coordination à administration personnalisée qui dépend directement du Cabinet du Ministre de la Santé Publique. Un Conseil d'Administration assure le contrôle de la mise en œuvre des activités du PNSR. La Direction du PNSR est assurée par un Directeur assisté de deux Directeurs Adjointes, l'un chargé du volet technique et l'autre de l'administration et des finances.

Pour la mise en œuvre effective de la Politique Nationale de la SR, des responsabilités bien définies doivent être dévolues au Gouvernement, aux Communautés et aux Partenaires. La Politique Nationale de Santé de la Reproduction sera mise en œuvre à travers un Plan Stratégique. Ce plan devra tenir compte des huit composantes de la SR contenues dans le présent document de politique. Du plan stratégique découleront des plans opérationnels dont les activités seront intégrées dans les plans opérationnels des Districts Sanitaires. Ces plans tiendront compte des réalités locales pour la fixation de leurs priorités tout en intégrant les grandes orientations stratégiques définies par la Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burundi, le PNDS et la PNS.

La responsabilité de la mise en œuvre des actions des secteurs partenaires revient à ces derniers. La synergie dans l'action avec ces différents acteurs a pu montrer dans le

passé des résultats très encourageants, comme l'organisation conjointe des semaines santé mère enfant et la disponibilité des préservatifs au niveau national.

8. MECANISMES DE SUIVI/EVALUATION

La mise en œuvre de la politique nationale de SR requiert un système cohérent de suivi et d'évaluation assorti de mécanismes appropriés. Ces derniers seront basés sur deux types d'indicateurs à savoir les indicateurs de processus et ceux d'impacts.

Les indicateurs retenus serviront de référence pour le suivi correct de la mise en œuvre de la politique et du niveau d'amélioration de l'état de santé de la population burundaise en général et de Santé de la Reproduction en particulier.

Le secteur de la recherche opérationnelle sera mis en contribution pour l'évaluation de la mise en œuvre de cette politique à différents niveaux du système sanitaire.

Plusieurs intervenants seront impliqués dans la mise en œuvre de la politique de SR. De ce fait une planification commune s'impose en vue d'avoir une même vision et mener des interventions concertées.

La mise en œuvre de cette politique se fera à travers un plan stratégique et des plans opérationnels. Son suivi nécessitera des réunions périodiques de coordination et d'évaluation.

9. CONCLUSION

Dans le domaine de la SR, beaucoup d'interventions sont actuellement mises en œuvre au niveau des structures de soins. Toutefois, il n'existe pas, à ce jour une orientation politique clairement définie.

Il existe cependant des documents de base tels que le document de Politique et Normes de services de SR, la PNS, la PNDS et la Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burundi .

La présente Politique Nationale de SR vient donner plus d'orientations stratégiques et recommande plus d'efforts de coordination des différents partenaires impliqués dans la promotion de la santé de la reproduction des populations.

En effet, les huit composantes de la SR ont été développées en détails et leur mise en œuvre via un plan stratégique et des plans opérationnels nécessite le concours de tous les intervenants et va sans nul doute éclairer tous les acteurs impliqués dans le développement de SSR.

Les interventions proposées ne pourront être réalisées que s'il y a amélioration du paquet minimum du paquet complémentaire d'activités.

Ainsi, la Politique Nationale de Santé de la Reproduction interpelle les décideurs politiques et les partenaires au développement oeuvrant dans le secteur de la santé publique à s'impliquer davantage dans la mobilisation des ressources nécessaires à l'atteinte de ses objectifs qui permettront l'amélioration de la santé de la population en général et celle de la santé de la Reproduction en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals. A framework for implementing the WHO global reproductive health strategy (WHO, 2006).
2. Bilan 2006 du PNSR.
3. Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté, Septembre 2006.
4. Cancers gynécologiques et mammaires : Aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital de point G à Bamako, Mali Médical, 2004.
5. Document de politique et normes des services en Santé de la Reproduction, Bujumbura, Septembre 2002.
6. Document de politique nationale de santé de la reproduction du Cameroun, Mars 2001.
7. Dossier d'information sanitaire de la Régie Africaine de l'OMS, Santé de la Reproduction, Bureau régional pour l'Afrique, 1992.
8. Enquête socio-démographique et Santé de la Reproduction, Burundi, 2002.
9. Enquête sur les violences sexuelles au Burundi, Octobre 2004.
10. Forum sur les Etats généraux de la santé. Bujumbura, du 31 mai au 24 juin 2004.
11. Impact du décret présidentiel pour la gratuité de soins, sur la qualité des services de soins de santé au Burundi.
12. Questions aux soins après avortement : extension des services en Afrique Francophone, USAID, Août 2004.
13. La Santé de la reproduction pratique et opérationnelle, Gaston Legrain, Pierre Delvoe, Justin Ranjalay Rasolofomanana, Antananarivo, Septembre 2001
14. La Feuille de Route Africaine : l'union africaine s'engage à lutter contre le mortalité maternelle. (DRH)-OMS/AFRO : Division de la santé familiale et génésique, Août 2004.
15. La feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burundi, Bujumbura, Août 2005.
16. La politique nationale de la santé 2005-2015, Bujumbura, Décembre 2004.
17. Le Dossier mère-enfant : Guide pour une maternité sans risque, Programme Santé Maternelle et Maternités sans risques, Division de la Santé de la famille, OMS, Janvier 1996.

18. Les cancers d'appareil génital féminin.
19. Les normes sanitaires du MSP pour la mise en œuvre du PNDS 2006-2010, Juin 2007.
20. Les nouveaux-nés de l'Afrique : Enfants oubliés. OMS/AFRO, 2002.
21. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux, UNICEF/OMS/UNFPA, octobre 1997.
22. Plan national de développement sanitaire 2006-2010, Bujumbura, Décembre 2005.
23. Plan national de développement sanitaire 2006-2010, Bujumbura, Décembre 2005
24. Politique nationale de santé de la Reproduction de la Côte d'Ivoire.
25. Politique nationale de population du Guinée 2005-2009.
26. Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2007-2011- République du Burundi, Octobre 2006.
27. Prévention des cancers gynécologiques : Points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne, République française, Préfecture de la région de Bourgogne, Septembre 2004.
28. Programming for Safe motherhood Guidelines for maternal and neonatal survival, UNICEF headquarters, health section programme division, 1999.
29. Projet de politique nationale de population du Burundi, Ministère de la Planification et de la Reconstruction Nationale, novembre 2000.
30. Programme d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP 2007-2009 du Burundi, Janvier 2007.
31. Rapport mondial sur la violence et santé (OMS, 2002).
32. Rapport de l'évaluation des besoins pour une maternité à moindres risques. PNSR, Bujumbura, mars 2003.
33. Safe abortion : Technical and policy guidance for health systems, World Health Organisation, January 2003.
34. Santé reproductive, stratégie de la région africaine, 1998-2007, OMS, Bureau Régional de l'Afrique.
35. Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burundi. Bujumbura, Août 2005.
36. Vingt cinq questions/réponses sur la santé et les droits humains, Série santé et droits humains n° 1, Juillet 2002.