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

Analyse de l'effectivité de l'accès au régime d' assurance maladie-maternité des affiliés de la mutuelle de la fonction publique de Bujumbura mairie, période de 2017 à 2021

Munyembabazi, Benjamin

2023-06
UB
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/344

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES SCIENCES POLITIQUES ET JURIDIQUES

MASTER COMPLEMENTAIRE EN DROITS DE L'HOMME ET RESOLUTION PACIFIQUE DES CONFLITS

ANALYSE DE L'EFFECTIVITE DE L'ACCES AU REGIME D'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE DES AFFILIES DE LA MUTUELLE DE LA FONCTION PUBLIQUE DE BUJUMBURA MAIRIE, PERIODE DE 2017 A 2021

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du diplôme de Master complémentaire en droits de l'homme et résolution pacifique des conflits

Par

Benjamin MUNYEMBABAZI

Sous la direction de :

Professeur Laurent NZOSABA

Bujumbura, Juin 2023

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

1. Professeur Callixte NIZANA : Président
2. Professeur Michel MASABO : Membre
3. Professeur Léonidas NDAYISABA : Secrétaire

DEDICACE

A notre regretté père,

A notre regrettée mère,

A notre chère épouse Félicité SINZOBAKIRANA,

A nos chers enfants Bénie Céleste, Don Bonheur, Dany Excel et Ady Béthel,

A nos frères et sœurs.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à sa réussite. C'est avec notre enthousiasme le plus vif et le plus sincère que nous voudrions rendre mérite à tous ceux qui nous ont aidé à mener à bon port cette recherche.

Ainsi, nos vifs remerciements vont tout particulièrement à l'endroit de notre Directeur de mémoire, Feu Professeur Laurent NZOSABA, pour sa gentillesse, son attention et sa disponibilité. Ce travail fut possible grâce à ses conseils, encouragements et son soutien tout au long de nos recherches.

Nous aimerions remercier également le Professeur Michel MASABO qui a accepté de prendre la relève après le décès de notre Directeur de mémoire.

En plus, nos remerciements sont adressés à tous les professeurs de la Faculté des Sciences Politiques et Juridiques, Master complémentaire en droits de l'homme et résolution pacifique des conflits. Les connaissances qu'ils nous ont transmises ont été d'une grande utilité dans la rédaction de ce travail et nous seront d'une grande importance dans l'accomplissement de nos rêves.

De surcroît, nous aimerions remercier les autorités administratives et certains membres du personnel de la Mutuelle de la Fonction Publique pour la collaboration qu'ils ont témoignée envers nous lors de la collecte des données dans le cadre de la rédaction de ce travail.

Enfin, nos profonds remerciements vont à l'endroit de notre chère épouse et de nos enfants car, sans eux, sans leur grand amour, leur soutien et leurs vives prières, nous n'aurions pas pu faire ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sentiments affectueux.

RÉSUMÉ

Notre travail a porté sur l'accès aux soins de santé et aux médicaments pour les affiliés au régime d'assurance-maladie-maternité géré par la Mutuelle de la Fonction Publique. Cette problématique nous pousse à poser la question de savoir si les affiliés de la MFP de la Mairie de Bujumbura ont un accès effectif aux soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels.

Pour bien réaliser ce travail, nous avons utilisé l'analyse documentaire, les entretiens ainsi que l'enquête de satisfaction en procédant par l'approche qualitative.

L'accès effectif au régime d'assurance-maladie-maternité implique l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité et d'une quantité suffisantes et d'un coût abordable. Il implique également la possibilité permanente pour les bénéficiaires d'avoir accès aux médicaments sans aucun obstacle. Au terme de ce travail, nous avons constaté que l'accès au régime d'assurance maladie-maternité des affiliés de la Mutuelle de la fonction publique de Bujumbura mairie n'est pas effectif. Ces affiliés éprouvent des difficultés d'accès aux soins de santé et aux médicaments, notamment celles liées au manque de rapidité d'accès aux soins de santé et celles liées à la disponibilité et à l'accessibilité aux médicaments.

Pour que l'accès au régime d'assurance maladie-maternité des affiliés de la Mutuelle de la fonction publique soit effectif, plusieurs mesures devront être mises en place. Il s'agit notamment de la libéralisation de l'adhésion à ladite mutuelle, de la révision de son cadre légal et réglementaire pour l'adapter à la réalité du moment, du renforcement de la capacité d'approvisionnement de la Mutuelle en médicaments pour éviter des ruptures intempestives de stocks, la signature des conventions de collaboration entre la Mutuelle et plus d'hôpitaux privés pour faciliter l'accès des affiliés aux soins de santé de qualité et en temps voulu ainsi que la révision de la liste des médicaments remboursables sur base de la liste nationale des médicaments essentiels pour faciliter l'accès des affiliés à ces produits.

Mots-clés : Assurance maladie, affiliés, soins de santé, médicaments.

ABSTRACT

Our work focussed on access to health care and medicines for members of the health-maternity insurance scheme managed by the Civil Service Mutual. This issue prompts us to ask the question of whether MFP affiliates in Bujumbura Town Hall have effective access to quality health care and essential medicines.

To carry out this work well, we used the documentary analysis, the interviews as well as the survey by proceeding by the qualitative approach.

Effective access to the health-maternity insurance scheme implies timely access to acceptable health care of sufficient quality and quantity and at an affordable cost. It also implies the permanent possibility for beneficiaries to have access to medicines without any obstacle. At the end of this work, we found that access to the health and maternity insurance scheme for affiliates of the Public Service Mutual Fund of Bujumbura town hall is not effective. These affiliates experience difficulties in accessing health care and medicines, in particular those related to the lack of rapid access to health care and those related to the availability and accessibility of medicines.

In order for access to the health and maternity insurance scheme for members of the Public Service Mutual to be effective, several measures will have to be put in place. These include the liberalization of membership of the said mutual, the revision of its legal and regulatory framework to adapt it to the reality of the moment, the strengthening of the supply capacity of the Mutual in medicines to avoid untimely stock shortages, the signing of collaboration agreements between the Mutuelle and more private hospitals to facilitate members' access to quality health care in a timely manner, as well as the revision of the list of medicines reimbursable on the basis of the national list of essential medicines to facilitate affiliates' access to these products.

Keywords: Health insurance, affiliates, health care, drugs.

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY ---------- I
DEDICACE ---------- II
REMERCIEMENTS ---------- III
RÉSUMÉ ---------- IV
ABSTRACT ---------- V
TABLE DES MATIERES ---------- VI
LISTE DES TABLEAUX ---------- VIII
SIGLES ET ABBRÉVIATIONS ---------- IX
AVANT-PROPOS ---------- X
INTRODUCTION GÉNÉRALE ---------- 1
CHAPITRE I. NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ---------- 6
Section 1. Notions d'assurance maladie et définition des concepts-clés ---------- 6
§1. Notion d'assurance maladie ---------- 6
§2. Définition des concepts clés ---------- 7
Section 2. Assurance-maladie et notions voisines ---------- 11
§1. Assurance maladie et sécurité sociale ---------- 11
§2. Assurance maladie et protection sociale ---------- 13
§3. Assurance maladie et droit à la santé ---------- 14
Section 3. Principes fondamentaux de l'assurance maladie ---------- 16
§1. Principe de solidarité ---------- 16
§2. Principe d'égalité d'accès aux soins de santé ---------- 17
§3. Principe de la qualité des soins de santé ---------- 18
Section 4. Aperçu comparatif de l'évolution du régime d'assurance-maladie ---------- 20
§.1. Evolution de l'assurance-maladie sur l'espace européen ---------- 20
§2. Evolution de l'assurance-maladie en Afrique ---------- 23
CHAPITRE II. LA GESTION DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE-MATERNITÉ AU BURUNDI ---------- 27
Section 1. Présentation de la Mutuelle de la fonction publique ---------- 28
Section 2. Missions de la Mutuelle de la fonction publique ---------- 28
Section 3. Mode d'affiliation à la Mutuelle de la fonction publique ---------- 29
Section 4. Evolution des effectifs des affiliés de la Mutuelle ---------- 30

§1. Evolution des affiliés publics ---- 30
§2. Affiliés privés ---- 32
Section 5. Organisation de la Mutuelle de la fonction publique ---- 33
§1. Organisation administrative ---- 34
§2. Organisation financière ---- 35
Section 6. Evolution du nombre d'hôpitaux partenaires de la Mutuelle de la fonction publique par province ---- 39
Section 7. Evolution du nombre de pharmacies de la Mutuelle de la fonction publique et celles partenaires par province ---- 41
Section 8. Risques couverts par l'assurance maladie gérée par la MFP et prestations y relatives ---- 43
§1. Risques couverts ---- 43
§2. Prestations de la MFP ---- 43
CHAPITRE III. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX MÉDICAMENTS ---- 46
Section 1. Problématique de l'accès aux soins de santé ---- 46
§1. Notion d'accès aux soins de santé ---- 46
§2. Accès aux soins de santé, droit fondamental de l'homme ---- 47
§3. Enjeux de l'accès aux soins de santé ---- 49
§4. Dimensions de l'accès aux soins de santé ---- 50
§5. Barrières à l'accès aux soins de santé ---- 53
§6. Rôle du régime d'assurance maladie dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé 55
§7. Accès aux soins de santé pour les affiliés de la MFP ---- 55
Section 2. Problématique d'accès aux médicaments ---- 57
§1. Notion d'accès aux médicaments ---- 57
§2. Accès aux médicaments essentiels ---- 59
§3. Sélection des médicaments essentiels ---- 59
§4. Obstacles à l'accès aux médicaments essentiels ---- 60
§5. Accès aux médicaments pour les affiliés de la MFP ---- 61
CONCLUSION GÉNÉRALE ---- 67
BIBLIOGRAPHIE ---- 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Effectifs des affiliés publics de la MFP sur la période de 2018 à 2021. 30
Tableau 2: Effectifs des affiliés privés de la MFP sur la période de 2018 à 2021. 32
Tableau 3:Evolution des cotisations en F burundais, tant publiques que privées, de la MFP de 2017 à 2021 36
Tableau 4: Evolution des dépenses de santé de la MFP de 2017 à 2021 38
Tableau 5: Nombre des hôpitaux partenaires de la Mutuelle de la fonction publique par province 39
Tableau 6: Nombre de pharmacies de la Mutuelle de la fonction publique et celles partenaires par province 41

SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

ABREMA : Autorité burundaise de régulation des médicaments et des aliments
Art. : Article
ASBL : Association sans but lucratif
BOB : Bulletin officiel du Burundi
CAMEBU : Centrale d'achats des médicaments essentiels, des dispositifs médicaux et des produits et matériels de laboratoire du Burundi
CDS : Centre de santé
CONAPES : Conseil national du personnel de l'enseignement
F : Femme
H : Homme
HCNUDH : Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme
ISSA : International Social Security Association
MFP : Mutuelle de la fonction publique
MSPLS : Ministère de la Santé publique et de Lutte contre le sida
N° : Numéro
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OIT : Organisation internationale du travail
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
Op cit : *Opere citato*
P : Page
PIDESC : Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
RTNB : Radio-télévision nationale du Burundi
UE : Union européenne
Vol. : Volume

AVANT-PROPOS

Ce mémoire est rédigé en vue de l'obtention du diplôme de Master complémentaire en droits de l'homme et résolution pacifique des conflits de l'Université du Burundi, Faculté des sciences politiques et juridiques. Il va traiter d'un sujet qui concerne l'accès des affiliés de la Mutuelle de la fonction publique au régime d'assurance maladie-maternité.

Ainsi pour faire face aux conséquences de la maladie sur ses agents, le Burundi a mis en place un régime d'assurance maladie-maternité. Le rôle de l'assurance maladie-maternité est essentiellement de protéger la santé de chaque bénéficiaire en facilitant son accès aux soins de santé de qualité et aux médicaments. Elle prend en charge complétement ou en partie les remboursements des dépenses de santé en cas de maladie ou de maternité. Malgré la mise en place de ce dispositif, l'accès à ce dernier n'est effectif pas pour les affiliés de la Mutuelle de la fonction publique.

Pour être effectif, l'accès au régime d'assurance maladie-maternité exige la mise en œuvre d'un certain nombre de prestations, notamment la fourniture des produits pharmaceutiques, les consultations des médecins ou des infirmiers, les actes de chirurgie, les actes d'hospitalisation et de traitement, les actes d'accouchement, les soins prénatals et les soins pendant l'accouchement. En effet, analyser si l'accès aux soins de santé et aux médicaments pour les affiliés de la MFP est effectif constitue, pour nous, un bon travail de recherche car il permettrait de mettre en exergue les différentes lacunes que connaît le régime d'assurance maladie-maternité géré par cette institution de protection sociale pour ensuite proposer des actions concrètes en vue d'un changement positif visant l'amélioration des prestations offertes par la Mutuelle à ses affiliés.

C'est ainsi donc que nous avons choisi de travailler sur ce mémoire qui s'intitule : « Analyse de l'effectivité de l'accès au régime d'assurance maladie-maternité des affiliés de la Mutuelle de la fonction publique de Bujumbura mairie, pour la période de 2017 à 2021 ». Bien évidemment, comme tout travail de recherche, les difficultés ne manquent pas et nous en avons rencontré, c'est entre-autre, le problème de moyens et de temps pour pouvoir enquêter sur un grand nombre d'affiliés de la MFP.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En tant qu'êtres humains, notre santé et celle de ceux qui nous sont chers est une préoccupation au quotidien. Homme ou femme, quel que soit notre âge, notre environnement socioéconomique ou ethnique, nous considérons notre santé comme notre bien le plus précieux et le plus fondamental. Les maladies peuvent avoir des conséquences particulièrement néfastes sur la vie scolaire ou professionnelle ainsi que sur les responsabilités familiales et nous empêcher de participer pleinement aux activités de notre communauté.

Pour faire face aux conséquences de la maladie, les Etats ont mis en place des régimes d'assurance maladie. L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail.

Le fonctionnement de l'assurance maladie est fondé sur la mutualisation du risque. Cela signifie que chaque personne cotise, et en échange, le remboursement s'effectue selon un barème fixé. Pour un système public d'assurance maladie, la prime d'assurance payée par l'assuré ne suit pas forcément les règles de l'assurance pure, et elle peut ne pas être fondée sur le risque seul.

Le rôle de l'assurance maladie est essentiellement de protéger la santé de chaque bénéficiaire en facilitant son accès aux soins de santé et aux médicaments. Elle prend en charge complètement ou en partie les remboursements des dépenses de santé en cas de maladie ou de maternité.

Dans cette optique, l'Etat du Burundi a institué, par le décret-loi n° 1/28 du 27 juin 1980, un régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés dont la gestion a été confiée à la Mutuelle de la fonction publique en vue de faciliter l'accès aux soins de santé de ses agents. Actuellement, le régime d'assurance maladie-maternité est régi par la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

Conformément à la loi ci-dessus citée, le régime d'assurance-maladie-maternité garantit aux affiliés de la Mutuelle de la fonction publique un certain nombre de prestations notamment la

fourniture des produits pharmaceutiques, les consultations des médecins, omnipraticiens généralistes et infirmiers, les actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin, les actes d'hospitalisation et de traitement, les actes d'accouchement, les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement, les soins post-natals et les soins des nouveau-nés pendant 15 jours donnés soit par un médecin, soit par un infirmier ou soit par une sage-femme diplômée, etc.

Compte tenu du caractère obligatoire et automatique de l'affiliation et de l'importance des soins de santé pour le développement socio-économique et sanitaire des bénéficiaires, la Mutuelle de la fonction publique devrait prendre toutes les mesures appropriées et mettre en place tous les dispositifs nécessaires pour permettre à ses affiliés de jouir pleinement des avantages de son régime assurance maladie-maternité.

A. Objectifs

Le présent travail a pour objectifs d':

- Analyser l'effectivité de l'accès aux soins de santé de qualité pour les affiliés de la MFP de la province de Bujumbura mairie ;
- Analyser l'effectivité de l'accès aux médicaments pour les affiliés de la MFP de la province de Bujumbura mairie.

B. Intérêt du sujet

L'intérêt du sujet de notre recherche peut être compris sur le plan personnel, scientifique, institutionnel et social.

Sur le plan personnel, la présente recherche a complété mes connaissances acquises au cours des enseignements théoriques. Il a permis d'approfondir mes connaissances en matière de droits de l'homme et résolution pacifique des conflits et de changer le regard et la considération que j'avais en la matière.

Sur le plan scientifique, le présent travail constitue un document qui met en exergue des données réelles et vérifiables pouvant servir de point de départ aux autres chercheurs.

Sur le plan institutionnel, le présent travail pourra constituer, pour le Gouvernement et la MFP, un point de référence sur la situation du droit d'accès au droit à la santé pour les affiliés de la MFP, sous ses composantes d'accès aux soins de santé et aux médicaments. Il permettra à ces institutions de mettre en place des mesures et politiques adéquates pour assurer aux affiliés, l'accès complet au droit à la santé sans lequel la réalisation des autres droits de l'homme risque d'être impossible.

Sur le plan social, ce travail permettra aux affiliés de la MFP en général et ceux de la province de Bujumbura mairie en particulier de jouir pleinement de leur droit à l'accès aux soins de santé et aux médicaments, une fois que les acteurs concernés auront pris conscience de la situation en vue de son amélioration.

C. Problématique

Comme déjà souligné dans les développements précédents, la MFP a été créée en 1980 pour gérer le régime d'assurance-maladie-maternité des agents de l'Etat et assimilés. Son rôle est d'organiser un système de soins médicaux moderne et fiable fondé sur la participation des bénéficiaires. Ce régime a été institué dans le but de permettre aux affiliés de cet organisme de sécurité sociale de faire face aux dépenses relatives aux soins de santé et d'accéder pleinement aux médicaments. Tout affilié ayant besoin des soins de santé et des médicaments pour sauver sa vie, éviter des maladies curables ou améliorer son état de santé devrait avoir la possibilité d'en bénéficier en temps voulu, en quantité et qualité suffisantes.

En dépit de l'expérience de la Mutuelle de la fonction publique, de 1980 à nos jours, et les cotisations retenues à la source par les employeurs, la plupart de ses affiliés de la province de Bujumbura mairie éprouveraient des difficultés d'accès aux soins de santé de qualité et aux médicaments qui leur sont prescrits par les médecins.
Cela nous pousse à poser les questions suivantes :

1. Les affiliés de la Mutuelle ont-ils accès à ses services ?
2. Les pharmacies de la mutuelle disposent-elles des médicaments suffisants ?
3. La mutuelle prend-elle en charge tous les actes prévus dans la loi portant réforme du régime assurance-maladie-maternité, aussi bien dans les hôpitaux que dans les centres de santé ?

D. Hypothèses

Les questions posées dans le point précédent nous ont permis de formuler les hypothèses suivantes :

1. L'accès aux soins de santé pour les affiliés de la MFP n'est pas effectif ;
2. L'accès aux médicaments pour les affiliés de la MFP n'est pas effectif ;

E. Méthodologie

Afin de réaliser ce travail et confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons utilisé l'analyse documentaire, les entretiens ainsi que l'enquête de satisfaction en procédant par l'approche qualitative.

La méthode d'analyse documentaire a consisté à analyser les ouvrages, thèses, mémoires et revues publiés par divers auteurs et à visiter les sites web de certaines institutions notamment celui de l'OMS, du Haut-commissariat des Nations-Unies aux Droits de l'Homme, de l'Assemblée Nationale, du Sénat du Burundi, du Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales et du Genre ainsi que celui du Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida. Elle a consisté également à analyser les dispositions de certains textes juridiques, internationaux et nationaux, en rapport avec le régime d'assurance maladie-maternité ainsi que les rapports de la Mutuelle de la fonction publique.

Pour les entretiens, cette méthode a consisté en l'élaboration d'un guide d'entretien sur base duquel nous avons mené des entretiens avec certaines autorités de la MFP.

En ce qui est de l'enquête de satisfaction, elle a consisté en la confection d'un questionnaire qui a été distribué à certains affiliés de la MFP œuvrant pour le compte de certaines institutions situées dans la municipalité de Bujumbura. Comme il nous a été difficile d'effectuer une enquête pouvant couvrir tous les affiliés de la MFP œuvrant dans la municipalité de Bujumbura, nous avons préféré suivre le sage conseil de MUCCHIELLI qui dit que: " Il faut construire un échantillon, c'est-à-dire limiter l'enquête à un petit nombre de personnes formera l'échantillon à l'intérieur de la population d'enquête[1]. La population de

[1] MUCCCHELI, R., La dynamique des groupes, Paris, E.S.F, 1995, P.16.

notre enquête comprend 100 affiliés de la MFP prestant pour le compte de certaines écoles publiques et certaines juridictions situées en mairie de Bujumbura, choisis au hasard.

F. Délimitation du sujet

Spatialement, notre travail s'est limité sur la province de Bujumbura mairie. Cette délimitation a été motivée par le fait que la circonscription de Bujumbura mairie dispose de plusieurs structures de santé publiques et privées qui collaborent avec la MFP. Elle a été motivée également par le fait que cette province comporte un nombre important de pharmacies propres à la MFP et des pharmacies privées qui collaborent avec cette dernière. Elle abrite aussi le siège de cette institution.

Temporellement, notre travail s'est limité sur la période de 2017 à 2021. Cette délimitation a été motivée par le fait que l'année 2019 a marqué le retrait de la licence d'importation des médicaments à la MFP. Nous avons voulu vérifier si la situation durant 2 années avant ce retrait est la même que celle de 2 années après le retrait de cette licence.

G. Articulation du sujet

Notre travail, qui porte sur *l'analyse de l'effectivité de l'accès au régime d'assurance maladie-maternité des affiliés de la Mutuelle de la fonction publique de Bujumbura mairie, période de 2017 à 2021*, s'articule sur trois chapitres, une introduction générale et un résumé. Le premier chapitre porte sur les notions générales sur le régime d'assurance-maladie-maternité. Le deuxième chapitre porte sur la gestion du régime d'assurance-maladie-maternité au Burundi. Quant au troisième chapitre, il porte sur l'accès aux soins de santé et aux médicaments.

Le travail sera clôturé par une conclusion générale qui contiendra aussi des recommandations qui pourront être considérées comme des propositions de solutions aux problèmes soulevés dans le troisième chapitre.

CHAPITRE I. NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Ce chapitre porte sur la notion de l'assurance maladie et la définition des concepts-clés, les rapports entre l'assurance-maladie et les autres notions voisines, les principes fondamentaux de l'assurance maladie ainsi que sur l'évolution du régime d'assurance maladie.

Section 1. Notions d'assurance maladie et définition des concepts-clés

Pour bien comprendre la suite des développements de ce travail, il est nécessaire de passer en revue la notion d'assurance maladie et de définir les concepts clés. C'est pourquoi la présente section porte sur la notion d'assurance maladie et la définition des concepts-clés entre autres les concepts d'agent public, d'assimilés aux agents publics, d'ayant-droit, d'affiliation, d'affilié ainsi que celui de Soins de santé.

§1. Notion d'assurance maladie

Le mot assurance maladie a fait objets de plusieurs définitions qui diffèrent selon les auteurs.

L'assurance maladie peut être définie comme une branche de la sécurité sociale chargée d'assurer à un individu la totalité ou une partie des dépenses de soins en cas de maladie et un revenu minimum en cas d'arrêt du travail[2].

L'assurance maladie peut être définie également comme un dispositif chargé notamment d'assurer les particuliers bénéficiaires d'un régime obligatoire de sécurité sociale contre les risques financiers liés aux soins médicaux en cas de maladie ou d'accident de la vie[3].

L'Assurance maladie englobe l'ensemble des dispositifs chargés d'assurer un individu face à des risques liés à la maladie, aux accidents du travail, à l'invalidité, à la maternité et au décès[4].

---

[2] T.A. BAKAI et alii, *Satisfaction des bénéficiaires du régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés à Lomé, Togo*, publié le 15/5/2019 sur https://www.ncbi.nlm.nih.gov (consulté le 13/5/2023).

[3] Direct Mutuelle, *Qu'est-ce que l'assurance maladie ?*, disponible sur https://www.directmutuelle.fr (consulté le 13/5/2023).

[4] Previssima, *Assurance maladie*, disponible sur le https://www.previssima.fr (consulté le 13/5/2023).

Dans la plupart des pays, y compris le Burundi, l'assurance maladie comprend l'assurance maladie obligatoire qui est une branche de la Sécurité sociale couvrant tout ou une partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités. Elle comprend également l'assurance maladie complémentaire qui correspondant à l'ensemble des garanties proposées par des organismes privés, à titre individuel ou collectif, pour une personne et éventuellement sa famille, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire[5].

Pierre AURELIE, dans sa thèse de doctorat, précise que l'assurance maladie permet avant tout à tout individu malade de faire face à ses dépenses de santé et de pouvoir accéder aux soins. Elle permet ainsi d'améliorer l'état de santé des individus, de réduire les conséquences financières de la maladie sur le budget des ménages, d'améliorer le bien-être des assurés et, bien plus encore, de garantir un système de solidarité entre les individus bien portants et les malades et ainsi de favoriser la cohésion social[6].

Pour que chaque assuré puisse accéder aux soins, l'Assurance maladie rembourse une part importante des frais de santé, qu'il s'agisse de consultations, d'examens, d'interventions chirurgicales, de médicaments ainsi que de frais d'hospitalisation. Elle gère en particulier le remboursement aux assurés sociaux des prestations sociales dans les domaines de la maladie et de la maternité. En cas de maternité, l'assurance-maladie prend en charge les coûts médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers de la même manière qu'en cas de maladie auxquels s'ajoutent les prestations spécifiques à la maternité.

§2. Définition des concepts clés

A. Agents publics

Sont qualifiés d'agents publics, les agents de l'Etat soumis à un statut général des fonctionnaires, les agents de l'Etat soumis à un statut spécial ou à un statut particulier, les agents de l'Etat engagés sous contrat, les agents des collectivités locales, les personnels des

[5] Assurance maladie : lexique et définition, disponible sur https://www.previssima.fr/lexique/assurance-maladie.html, visité le 13/5/2023.

[6] P. AURELIE, *Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture*, Paris, Université Paris-Dauphine, 2018, p. 11.

sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et personnels politiques de l'Etat[7].

B. Assimilés aux agents publics

Au Burundi, ont qualité d'assimilés aux agents publics, les personnes qui, en raison de la spécificité de leurs activités et pour autant qu'elles ne relèvent pas d'un autre régime d'assurance-maladie-maternité, peuvent demander et obtenir une dérogation spéciale d'affiliation[8]. Nous pouvons citer, à titre illustratif, les personnes désignées comme bénéficiaires dans une convention internationale engageant le Burundi ou dans un accord particulier pris en application d'une telle Convention, les agents de la coopération technique internationale à l'exclusion de ceux qui bénéficient d'un système de sécurité sociale de leur pays d'origine ou de leur organisme, les étudiants de l'enseignement supérieur, les membres ou personnels des œuvres ou associations employés à une mission de service public notamment scolaire et sanitaire à condition qu'ils ne soient pas couverts par un autre système d'assurance-maladie-maternité.

C. Ayant-droit

En matière d'assurance et de protection sociale, le terme « ayant-droit » désigne la personne, autre que l'assuré, bénéficiant des prestations versées par les différents organismes de Sécurité sociale ou d'assurance. Il peut s'agir par exemple de remboursements de frais médicaux ou d'un capital décès. Les ayants droit sont en général le conjoint et les enfants[9].

L'ayant-droit peut aussi être défini comme un membre de la famille (conjoint, enfant…) qui, rattaché à un assuré, bénéficie des prestations sociales de celui-ci au titre du lien qui les unit.

La loi régissant le régime assurance-maladie-maternité au Burundi précise, quant à elle, qu'ont qualité d'ayant droit, le conjoint légalement uni à l'affilié, à condition qu'il ne soit pas

---

7 Loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, dans BOB n°9/2003, p.872, art. 4.

8 Loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, *op.cit.*, art. 5.

9 Previssima, *Ayant droit* disponible sur https://www.previssima.fr/lexique/ayant-droit.html (consulté le 13/5/2023).

couvert par un autre système d'assurance-maladie-maternité ainsi que les enfants de moins de dix-huit ans à charge légale de l'affilié (art 9). Le même article ajoute que des dérogations peuvent être accordées notamment pour une raison d'études ou en cas d'incapacité mentale ou physique permanente dûment établie par l'autorité habilitée conformément au Code de la sécurité sociale.

D. Affiliation

Etymologiquement, le mot « affiliation » vient du latin *adfiliatio* qui signifie adoption. Il est composé du préfixe *ad* qui exprime le rapprochement, la proximité, l'adhérence et de *filiatio*, filiation, dérivé de filius, fils, enfant. En matière administrative, l'affiliation est l'adhésion aux assurances sociales, à un organisme de sécurité sociale[10].

En droit de la sécurité sociale, le mot affiliation, a la même signification que le mot immatriculation ou l'expression acte d'adhésion. Ces mots désignent l'opération par laquelle les assurés sociaux obtiennent leur rattachement au régime obligatoire de la Sécurité sociale. Le lien qui en résulte constitue d'une part, le point de départ de l'obligation de cotiser et, d'autre part, le point de départ du droit aux prestations en nature ou en espèces dont le code de la sécurité sociale les fait bénéficier[11].

L'affiliation peut aussi être définie comme le lien qui existe entre l'assuré social et un organisme de sécurité sociale qui est susceptible de lui verser des prestations[12].

E. Affilié

L'affilié est un assuré social qui est rattaché à un organisme où il cotise régulièrement et que cet organisme est débiteur de prestations envers son assuré social. La loi régissant le régime d'assurance-maladie-maternité précise que peuvent obtenir la qualité d'affilié, les agents publics et assimilés, pour autant que leur position statutaire ou professionnelle leur permette

---

[10] La Toupie, *Définition d'affiliation*, affilier, disponible sur https://www.toupie.org/Dictionnaire/Affiliation.htm (consulté le 13/5/2023).

[11] S. BRAUDO, *Définition de Affiliation*, disponible sur le https://www.dictionnaire juridique.com/ definition/affiliation.php (consulté le 13/5/2023).

[12] Art. 9, point 1 de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale au Burundi, *dans BOB n°5 bis/2020*, p.732.

de s'acquitter régulièrement de leurs obligations vis-à-vis de l'organisme en ce qui concerne notamment les cotisations.

Peuvent également obtenir la qualité d'affilié, au sens de la même loi, les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'inaptitude physique, d'une rente de veuve/veuf ou d'une rente d'orphelin versée par un organisme de sécurité sociale du secteur public[13].

La qualité d'affilié peut aussi être reconnue aux personnes se trouvant dans l'une des catégories suivantes[14]:

- les personnes désignées comme bénéficiaires dans une Convention Internationale engageant le Burundi ou dans un accord particulier pris en application d'une telle Convention;
- les agents de la coopération technique internationale à l'exclusion de ceux qui bénéficient d'un système de sécurité sociale de leur pays d'origine ou de leur organisme;
- les étudiants de l'enseignement supérieur;
- les membres ou personnels des œuvres ou associations employés à une mission de service public notamment scolaire et sanitaire à condition qu'ils ne soient pas couverts par un autre système d'assurance-maladie-maternité.

F. Soins de santé

Les soins de santé couvrent les biens et services utilisés aux fins de prévention, de traitement ou de réadaptation. Les services englobent les services médicaux et paramédicaux fournis par les médecins généralistes et spécialistes ou d'autres professions médicales comme les analyses de laboratoire et autres examens, les soins dentaires, physiothérapie, cures thermales, transport de malades, traitement préventif tel que vaccinations, hébergement en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un autre établissement médical. Les services médicaux

[13] Art. 7 de la loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, dans *BOB n° 9/2003*, p.872.

[14] Art. 8 de la loi précitée.

relevant de cette catégorie couvrent à la fois les services fournis dans et au dehors des établissements médicaux[15].

Les soins de santé sont des biens essentiels au sens où ils sont indispensables à chacun d'entre nous pour nous préserver des aléas de la maladie et permettre de conserver notre capacité à nous réaliser tout au long de notre vie. Les biens englobent les produits pharmaceutiques, prothèses médicales (aides optiques et acoustiques, orthopédiques, prothèses dentaires et autres), pansements et fournitures médicales.

Section 2. Assurance-maladie et notions voisines

Dans la présente section, il est question de rapprocher l'assurance maladie de ses notions voisines à savoir la sécurité sociale, la protection sociale ainsi que le droit à la santé.

§1. Assurance maladie et sécurité sociale

La sécurité sociale est un droit de l'homme qui est reconnu dans de nombreux instruments de protection des droits de l'homme.

Le droit à la sécurité sociale est fermement ancré dans le droit international et sa place dans les droits de l'homme était clairement affirmée dans la Déclaration de Philadelphie du 10 mai 1944 concernant les buts et objectifs de l'Organisation Internationale du Travail. Dans cette déclaration, la Conférence générale de l'Organisation Internationale du Travail, réunie à Philadelphie en sa vingt-sixième session a reconnu l'obligation solennelle pour l'OIT d'étendre des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets[16].

La sécurité sociale a été reconnue également comme un droit de l'être humain dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dont l'article 22 dispose que «Toute

[15] Eurostat, *Définition: Soins de santé*, publié le 08/12/2011 et mis à jour le 10/05/2011 sur https://www.tarifdouanier.eu consulté le 13/5/2023.

[16] Déclaration de Philadelphie, disponible sur https://www.ilo.org/static/french/inwork/cb-policy guide/declarationconcernantlesbutsetobjectifsdelorganisationinternationaledutravail1944.pdf, visité le 14/5/2023.

personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale», et le paragraphe 1 de l'article 25 que toute personne «a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». Ce droit a été par la suite incorporé dans plusieurs instruments internationaux ou régionaux relatifs aux droits de l'homme, notamment dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et il est essentiel pour permettre aux personnes de vivre dignement[17].

La sécurité sociale peut ainsi se définir comme tout programme de protection sociale créé par la législation ou quelque autre disposition obligatoire visant à fournir aux citoyens un certain degré de sécurité lorsqu'ils sont confrontés aux risques de vieillesse, survivants, incapacité, invalidité, chômage ou enfants à charge. Ces programmes ou dispositions peuvent également inclure l'accès à des soins médicaux curatifs ou préventifs[18]. Le droit à la sécurité sociale englobe le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, afin de garantir une protection, entre autres, contre le coût démesuré de l'accès aux soins de santé et l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge[19].

Parmi les mesures à employer pour fournir des prestations de sécurité pour garantir à chacun l'exercice minimal de ce droit, on pourra citer la mise en place des systèmes contributifs ou de systèmes d'assurance tels que les assurances sociales. Ceux-ci supposent généralement le versement de cotisations obligatoires par les bénéficiaires, les employeurs et parfois l'État, conjugué au financement des prestations et des dépenses administratives par une caisse commune[20].

Parmi les éléments constitutifs du droit à la sécurité sociale, le Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels a cité dans son observation générale n°19 sur le droit à la sécurité sociale, l'existence et le fonctionnement d'un système, qu'il se compose d'un ou plusieurs régimes, permettant de servir des prestations pour parer aux risques et aléas sociaux

[17] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale n°19 sur le droit à la sécurité sociale*, 2007, p. 3, disponible sur https://www2.ohchr.org (visité le 14/5/2023).

[18] ISSA, *La sécurité sociale: Un droit humain fondamental*, disponible sur le https://ww1.issa.int/fr/about/socialsecurity (consulté le 14/5/2023).

[19] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *op. cit.*, p.2.

[20] Ibidem.

couverts. Ce système devrait comporter les grands volets de la sécurité sociale dont notamment les soins de santé, la maladie et la maternité.

Dans le but de réaliser le droit à la sécurité sociale, les Etats ont l'obligation d'adopter des mesures nécessaires au plein exercice de ce droit, notamment en instituant un régime de sécurité sociale. L'Etat a également l'obligation d'assurer l'accès à un régime de sécurité sociale qui garantisse, au minimum, à l'ensemble des personnes et des familles un niveau essentiel de prestations, qui leur permette de bénéficier au moins des soins de santé essentiels.

Comme nous l'avons déjà spécifié dans la notion d'assurance maladie, cette dernière est une branche de la sécurité sociale chargée d'assurer à un individu la totalité ou une partie des dépenses de soins en cas de maladie et un revenu minimum en cas d'arrêt du travail. En vue de faciliter l'accès au droit à la sécurité sociale de ses agents, le Burundi a instituée, par le décret-loi n°1/28 du 27 juin 1980, un régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés dont la gestion a été confiée à la Mutuelle de la fonction publique. Actuellement, le régime d'assurance maladie-maternité est régi par la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

§2. Assurance maladie et protection sociale

La protection sociale peut s'interpréter comme étant un ensemble de mesures publiques ou privées qui concourent à garantir la société à accéder aux soins de santé, à l'éducation et aux revenus de substitution pendant les périodes d'éventualités telles que la maladie, la maternité, le chômage, l'invalidité, l'accident de travail, la maladie professionnelle ainsi que le décès d'une personne qui assure le soutien d'une famille[21].

En tant que mécanisme de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé, la protection sociale contribue à la bonne santé de la population et améliore son bien-être. L'assurance maladie est l'un des systèmes de protection sociale basés sur l'emploi financés par l'employeur et l'employé qui prend en charge tout état morbide dû à une maladie naturelle ou à un accident d'origine non professionnelle.

[21] Document de politique nationale de protection sociale, disponible sur https://www.refworld.org/pdfid/609ed3e74.pdf (visité le 14/5/2023).

§3. Assurance maladie et droit à la santé

La santé est considérée comme un bien le plus précieux et le plus fondamental pour l'homme. Les maladies peuvent avoir des conséquences particulièrement néfastes sur la vie professionnelle ainsi que sur les responsabilités familiales des membres de la communauté et les empêcher de participer pleinement aux activités de leur communauté.

La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Ce droit de l'être humain à la santé est consacré dans de nombreux instruments internationaux de protection des droits de l'homme notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux économiques, sociaux et culturels.

La Déclaration universelle des droits de l'homme prévoit, au paragraphe 1 de son article 25 que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »[22].

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels au paragraphe 1 de son article 12 précise que « les États parties reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre[23]». Quant au paragraphe 2 du même article, il énumère, à titre d'illustration, un certain nombre de mesures que les États parties prendront en vue d'assurer le plein exercice du droit à la santé notamment la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie[24].

Le droit à la santé est également prévu par plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme notamment la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (art. 16).

---

[22] O. DE SCHUTTER et alii, *Code de droit international des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 3ème édition, 2005, p. 11.

[23] O. DE SCHUTTER et alii, *op. cit*., p.44 .

[24] Ibidem.

Le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants[25] :

- Disponibilité : Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels.
- Accessibilité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction d'un Etat.
- Acceptabilité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel.
- Qualité : les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

Le droit à la santé comprend également l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable[26].

Outre l'existence d'un système de soins de qualité, le droit à la santé suppose de garantir le droit à l'accès aux soins pour tous. C'est dans cette perspective que l'assurance maladie intervient et vise à concilier socialisation des risques de santé et offre libérale des soins, ce qui en détermine les caractéristiques fondamentales. Elle joue un rôle important dans la couverture financière des risques de santé et ainsi, concourt à l'égalité sociale d'accès aux soins[27].

---

[25] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation n°14 sur le droit à la santé, *op cit* page 5

[26] OMS, *Santé et droits de l'homme*, publié le 10/12/2022 sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health (consulté le 14/5/2023).

[27] Gilles Huteau, « Assurance maladie et accès aux soins », dans *Le droit de la sécurité sociale* (2021), p.99 sur pages 99 à 130

Section 3. Principes fondamentaux de l'assurance maladie

L'assurance maladie repose sur 3 principes fondamentaux à savoir la solidarité, l'égalité aux soins de santé ainsi que la qualité de soins.

§1. Principe de solidarité

Le premier objectif d'un système d'assurance maladie, qu'il soit public ou privé, est une mutualisation des risques entre malades et bien portants. C'est la traduction même du principe de mutualisation des risques qui est au fondement de toute activité d'assurance. Cette solidarité se manifeste par le fait que les primes des individus en bonne santé financent les soins des malades[28].

Dire que la solidarité entre les biens portants et les malades porte sur les frais occasionnés par la maladie ne pourrait pas laisser penser que les soins doivent être gratuits. La solidarité de l'assurance maladie obligatoire entre bien portants et malades est une solidarité face aux frais de la maladie pour que ceux-ci ne soient pas un obstacle à se soigner[29].

Le principe de solidarité de l'assurance maladie exige que les prélèvements obligatoires soient recouvrés indépendamment de l'état de santé des assurés. Elle entraine que des personnes à faible risque financent des soins prodigués à des personnes à fort risque. C'est pourquoi l'assurance maladie, fondée sur la solidarité entre biens portants et malades, doit être nécessairement obligatoire[30].

Dans les systèmes publics de santé, la mutualisation des risques entre malades et bien portants se double d'une solidarité entre les hauts revenus et les plus modestes. La solidarité tient au fait que les cotisations sociales ou les impôts qui financent les prestations de l'assurance maladie obligatoire augmentent avec les salaires ou les revenus, sans lien a priori avec le

---

[28] F. JUSOT et alii, « A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? », dans*Revue française d'économie, 2016/4 Vol. XXXI*, p. 16.

[29] Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Les principes de solidarité de l'assurance maladie*, janvier 2013, p. 4.

[30] Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Les principes de solidarité de l'assurance maladie, janvier 2013, p. 4.

niveau de risque individuel et donc les prestations reçues[31]. Le mécanisme de solidarité des régimes obligatoires d'assurance maladie a pour objet d'installer entre les assurés une solidarité horizontale entre bien portants et malades qui va avoir, par le jeu des prélèvements assis sur les revenus, des effets de solidarité verticale, entre hauts et bas revenus[32].

Les systèmes publics permettent ainsi aux plus modestes d'obtenir un meilleur accès aux soins de santé que celui qu'ils auraient eu dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurance privée fonctionnant selon une logique de tarification au risque. Le principe de solidarité permet à chacun de contribuer à l'assurance maladie selon ses moyens et recevoir des soins de santé en fonction de ses besoins. Cela veut dire que la solidarité tient au fait que les cotisations sociales qui financent les prestations de l'assurance maladie obligatoire augmentent avec les salaires ou les revenus sans lien avec le niveau du risque individuel et donc les prestations reçues[33].

§2. Principe d'égalité d'accès aux soins de santé

L'égalité d'accès aux soins signifie que l'accès aux soins de santé doit être garantie à tous, quels que soient les revenus et le lieu de résidence de chacun, ce qui suppose l'existence d'un système d'assurance maladie public et universel. Ce principe signifie aussi que chacun doit pouvoir accéder aux soins dont il a besoin, quels que soient son statut, sa culture, ses revenus, sa position sociale et son lieu d'habitation, parce que chacun cotise proportionnellement à ses revenus. L'égal accès aux soins est l'expression de la solidarité et la contrepartie de l'obligation de cotisation qui s'impose à tous[34].

L'égal accès aux soins nécessite :

- que les soins soient accessibles financièrement ;
- une répartition adaptée des soins sur l'ensemble du territoire, évitant des délais d'attente excessifs ;

---

31 S. CÈS, *L'accès aux soins de santé, définition et enjeux, MC-Informations 286*, 2021, p.6.

32 Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *op. cit*., p. 6.

33 F. JUSOT et alii, *op. cit,* p. 16

34 Haut-Conseil de la santé publique, *Soins de proximité : quels enjeux ?*, disponible sur https://www.hcsp.fr (consulté le 14/5/2023).

- un parcours adéquat pour les malades, en particulier les personnes âgées, un haut niveau de qualité.

§3. Principe de la qualité des soins de santé

A. Définition de la qualité des soins de santé

La qualité des soins désigne le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles. Elle a pour but d'améliorer les résultats sanitaires, et non d'accroître simplement l'offre de services ou de perfectionner les processus du système de santé, et doit en outre refléter les souhaits des principales parties prenantes, en particulier les usagers des services de santé et les communautés locales[35].

L'OMS définit, quant à elle, la qualité des soins comme étant « la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins »[36].

Cette définition montre que la qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples à savoir la qualité des contacts humains, la qualité du parcours du patient dans un établissement de santé, la qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostic, etc.

En plus, la qualité des soins est définie comme la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles[37].

---

[35] Banque Mondiale, OMS et OCDE, *La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*, Genève, 2019, p. 33, disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf (visité le 14/5/2023).

[36] M. LETAIEF et S. MHAMDI, *La qualité des soins et la sécurité des patients : quelques notions et concepts de base, disponible* sur http://193.95.84.5 › revue_sante_pub › article (visité le 14/5/2023).

[37] Observatoire Valaisan de la Santé, *Qu'est-ce que la qualité des soins ?*disponible sur https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins/ consulté le 14/5/2023).

B. Les dimensions de la qualité des soins[38]

La qualité des soins comporte cinq dimensions à savoir l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'efficience ainsi que l'accessibilité.

1. L'efficacité

L'efficacité des soins correspond à la capacité de réaliser les résultats (en termes de soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres. Elle peut être définie également comme l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires.

2. La sécurité des soins de santé

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux patients. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

3. La réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient

Cette dimension renvoie à plusieurs notions distinctes comme le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social et le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé. Il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part.

[38] M. LETAIEF et S. MHAMDI, *La qualité des soins et la sécurité des patients : quelques notions et concepts de base*, disponible sur http://193.95.84.5 › revue_sante_pub › article (visité le 14/5/2023).

4. L'efficience

L'efficience des soins se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables.

5. L'accessibilité

L'accessibilité aux soins est la facilité avec laquelle on a accès aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles.

Section 4. Aperçu comparatif de l'évolution du régime d'assurance-maladie

Aujourd'hui, la plupart des pays disposent d'un système ou d'un autre de sécurité sociale. Les types de programmes les plus courants à l'échelon mondial sont les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants, suivis par les programmes de prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de maladie et de maternité, d'allocations familiales et de chômage[39].

L'aperçu comparatif de l'évolution de l'assurance-maladie porte sur la comparaison de l'évolution de l'assurance-maladie sur l'espace européen et sur l'espace africain.

§.1. Evolution de l'assurance-maladie sur l'espace européen

Les premiers programmes de sécurité sociale basés sur l'assurance obligatoire ont été établis en Europe à la fin du XIXe siècle. L'Europe n'a pas fondé son histoire commune sur la gestion de l'assurance-maladie santé. L'assurance-maladie s'est construit sur différents modèles. Ainsi, le modèle dit « beveridgien », s'est construit en opposition au modèle dit « bismarkien », tandis que le modèle socialiste a profondément marqué, après-guerre, les nouveaux Etats membres. Chacun de ces modèles connaissait des failles : soit la maîtrise des

[39] M. LETAIEF et S. MHAMDI, *op. cit.*

coûts était assurée au détriment de la qualité des soins, soit à l'inverse la qualité des soins s'imposait au détriment de l'équilibre budgétaire[40].

Le modèle bismarkien d'assurance maladie est caractérisé par une protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle, une protection obligatoire, une protection reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme des cotisations sociales, des cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques comme dans la logique assurantielle pure, mais aux salaires ainsi que la protection gérée par les salariés et les employeurs. Le modèle beveridgien, quant à lui, est caractérisé par l'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population, l'uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur les pertes de revenus en cas de risque, l'unité de gestion étatique par le biais d'une assurance nationale financée par l'impôt ainsi que le financement reposant sur l'impôt[41].

D'après Gérard de POUVOURVILLE, le modèle bismarckien dit modèle de l'assurance sociale et le modèle national (ou bévéridgien) se caractérisent tous par deux traits communs à savoir l'universalité de la couverture offerte et, de par leur caractère obligatoire, le principe d'un financement fondé sur la capacité contributive de l'assuré et non pas sur le niveau de risque estimé. Il dit, au contraire, que ces deux modèles se distinguent par l'assiette du financement qui est concentrée sur les seuls revenus du travail pour le régime de l'assurance sociale et sur l'ensemble des revenus pour le modèle national et par le régime de gouvernance (gestion par des organismes placés sous tutelle publique pour le modèle d'assurance sociale et gestion par l'Etat pour le modèle national)[42].

Selon Dominique LIBAULT, dans son article « L'assurance maladie obligatoire au prisme du droit européen », les dispositions des traités européens ne présentent aucune ambiguïté quant à l'impact de l'Union européenne sur les systèmes d'assurance maladie des différents Etats membres. Ces traités laissent en effet la liberté aux Etats de choisir leur système. L'Union

---

[40] Fondation Robert SCHUMAN, *L'assurance-maladie en Europe - Etude comparée*, disponible sur https://www.robert-schuman.eu/fr (consulté le 14 /5/2023).

[41] Idem.

[42] G. de POUVOURVILLE, « L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés *?* », dans *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 2011, p. 19.

Européenne n'intervient donc pas dans l'organisation de l'assurance maladie des Etats, sous réserve du respect par les Etats membres du principe de coordination qui découle du principe de libre circulation des travailleurs au sein de l'UE[43].

L'auteur ajoute que le principe de coordination se définit par quatre caractéristiques à savoir l'égalité de traitement entre les nationaux et les non-nationaux, l'unicité de législation applicable (un travailleur migrant ne peut être soumis qu'à une seule législation ; généralement, sauf dérogation, c'est le système de contribution du pays où l'on travaille qui prévaut), la totalisation des périodes de contribution pour la pension de vieillesse pour chaque travailleur, quels que soient les États membre de l'UE où ils ont été assujettis au prélèvement social (cette disposition permet notamment aux travailleurs de pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite en prenant en compte l'ensemble de leurs cotisations) ainsi que l'exportation des prestations sociales (cette disposition implique que le bénéfice des prestations sociales contributives ne soit pas subordonné à un pays et ainsi que chaque travailleur puisse prendre sa retraite dans l'État membre de l'UE de son choix, sans perdre le bénéfice des prestations sociales pour lesquelles il a contribué dans les différents États membres)[44].

Ainsi, pour le droit social européen, l'UE n'exerce pas d'effet contraignant majeur sur l'organisation des systèmes d'assurance-maladie de ses pays membres. Par exemple, la France se distingue par la mixité de son système d'assurance-maladie : deux types d'opérateurs concourent à la couverture des mêmes soins : la sécurité sociale et les organismes complémentaires[45].

Brigitte DORMONT, Pierre-Yves GEOFFARD et Jean TIROLE dans leur article « Refonder l'assurance-maladie », précisent qu'une telle organisation entraîne des coûts de gestion élevés et favorise la hausse des prix des soins. Selon ces auteurs, la régulation actuelle des complémentaires encourage aussi la sélection des risques, ce qui produit des inégalités dans l'accès à l'assurance et aux soins[46].

---

[43] D. LIBAULT, « L'assurance maladie obligatoire au prisme du droit européen », dans *Les Tribunes de la santé 2016/1 (n° 50)*, Éditions Presses de Sciences, p.60.

[44] D. LIBAULT, *op. cit.*, p. 60.

[45] B. DORMONT, P.-Y. GEOFFARD et J. TIROLE, « Refonder l'assurance-maladie » dans *Notes du conseil d'analyse économique,* Éditions Conseil d'analyse économique, 2014, p.2.

[46] Ibidem.

Le système suisse d'assurance maladie, quant à lui, se situe à mi-chemin entre une assurance sociale et une assurance privée. Cela veut dire que l'assurance maladie, tout en étant obligatoire, est gérée par une pluralité de compagnies privées qui répondent aux critères fixés par la loi, et qui sont formellement en compétition. Les principales caractéristiques de l'assurance maladie (assurance maladie « de base » ou assurance maladie « sociale ») sont : l'affiliation individuelle (chaque membre d'une famille doit conclure un contrat d'assurance et payer la prime respective), l'accès universel à un panier de prestations de base défini par l'État central, le droit de changer d'assureur chaque année, un contrat d'assurance uniforme[47].

§2. Evolution de l'assurance-maladie en Afrique

Dans les pays africains, le développement de l'assurance-maladie s'est fait en plusieurs étapes. Pascal NDIAYE précise que l'accès aux soins de santé pour les populations africaines s'est fait en plusieurs phases, notamment une phase de gratuité de soins et une phase de partage des coûts de soins. Le même auteur dit que la gratuité des soins s'est appliquée au lendemain des indépendances. Pour lui, c'était la période de la « santé pour tous » où l'Etat prenait en charge l'entièreté des prestations dans l'objectif de lutter contre les grandes endémies. Durant cette période, la viabilité des structures de santé n'était pas la priorité et les actions étaient uniquement liées à faire face à la situation épidémiologique afin de corriger la tendance à la baisse de l'espérance de vie liée à ces fléaux[48].

L'auteur renchérit en disant que vers la fin des années 70, les limites de cette stratégie sont atteintes. Les Etats, de plus en plus placés face à leur rôle de gestion se sont rendus compte que la viabilité à long terme de ce système n'était pas évidente. Le fonctionnement des structures sanitaires était bas, l'accessibilité difficile. Alors que les soins de santé étaient auparavant largement subventionnés par l'Etat, ils relèvent, depuis l'Initiative de Bamako en 1987 qui est un programme de réhabilitation des soins de santé primaires, de la participation financière des usagers dans une logique de recouvrement des coûts[49]. C'est dans ce contexte

---

[47] I.BOLGIANI, L. CRIVELLI et G. DOMENIGHETTI, *Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse dans Revue française des affaires sociales 2006/2*, Éditions La Documentation française, p.242.

[48] P. NDIAYE, *Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts disponibles* sur https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org (consulté le 14/5/2023).

[49] J. DEFOURNY et J. FAILON, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », dans *Mondes en développement2011/1 (n°153),* ÉditionsDe Boeck Supérieur, p.7.

que la notion du « partage des coûts » entre le financement public et les usagers fait son apparition avec comme objectif d'alléger la contrainte financière de l'Etat et augmenter la participation sociale dans l'effort de santé de la part des usagers.

Alain LETOURMY, quant à lui, fait savoir que dans les pays africains, le développement de l'assurance maladie s'est fait en trois vagues : à partir de l'assurance maladie pour le seul secteur formel, puis la micro assurance de santé a ciblé le secteur informel, enfin les Etats ont mis en chantier une politique de couverture universelle[50].

La première vague de développement de l'assurance maladie commence avant les années quatre-vingt-dix et correspond à la mise en place d'institutions publiques d'assurance obligatoire d'une part, d'organismes privés à adhésion volontaire d'autre part.

Dans certains pays comme la Guinée, le Gabon et le Sénégal, les institutions publiques sont des caisses de Sécurité sociale servant des prestations en nature et éventuellement en espèces. Toutefois, dans d'autres pays comme le Mali, le Burkina Faso, la Tanzanie et le Kenya, la mise en place de la protection sociale obligatoire n'a pas été achevée, au sens où le risque maladie n'a pas été couvert stricto sensu par les institutions mises en place. Celles-ci ont d'abord voulu servir des prestations de retraite, de maternité et de réparation des accidents du travail[51].

Les contenus des paragraphes précédents nous font dire que la première vague de développement de l'assurance maladie, qui perdure même actuellement dans certains pays, s'inscrit dans une démarche assez fragmentée, dirigée essentiellement vers le secteur formel où les personnes ont un emploi bien codifié, en laissant de côté les secteurs informels.

La deuxième vague de développement de l'assurance maladie solidaire a débuté dans les années quatre-vingt-dix et est marquée par l'accent mis sur la micro assurance de santé. L'approche suivie privilégie alors le secteur informel et fait la promotion de formules d'adhésion volontaire à des mutuelles ou à des organismes de micro assurance. La majorité de ces mutuelles passent des conventions avec les formations publiques, privées et

[50] A. LETOURMY, *Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains*, Elsevier, Paris, 2008, p. 956.

[51] Ibidem.

communautaires de soins et privilégient des garanties portant sur la couverture du petit risque, de la grossesse et de l'accouchement[52].

Le principal objectif des mutuelles et organismes de micro assurance étant d'améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé, ils peuvent constituer une alternative pertinente pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection sociale[53]. Il y a lieu de dire, sans risque de se tromper que la création des mutuelles de santé et d'organismes de micro assurance ne peut, de façon générale, être imputée à l'Etat. Les initiatives sont plutôt d'origine privée.

La troisième vague de développement débute en gros avec les années 2000 et elle est caractérisée par l'implication officielle de l'Etat et la définition d'une politique spécifique de couverture maladie qui doit concerner toutes les catégories de populations.
Les politiques qui sont inspirées par l'idée d'une couverture de base pour tous sont amenées à définir une démarche de mise en place de l'assurance maladie caractérisée par la progressivité de l'adhésion des populations du secteur informel à des régimes d'assurance, le rôle non négociable de pilote conféré à l'Etat et à son administration pour organiser l'adhésion des différentes catégories, l'obligation de résoudre le problème de l'accès aux soins des plus pauvres, soit dans le cadre des dispositifs d'assurance maladie mis en place, soit dans un cadre spécifique d'assistance[54].

Ces politiques ne sont pas sans conséquences :

- Elles font naître des attentes qui peuvent ne pas être suivies de réponses immédiates ;
- Elles réduisent le champ d'intervention propre des promoteurs d'assurance maladie volontaire, soit en les intégrant au dispositif national, soit en les spécialisant dans la couverture complémentaire ;
- Elles risquent de politiser les débats relatifs à l'organisation pratique de l'assurance maladie.

Au Burundi, les structures actuelles de la sécurité sociale organisée au Burundi ont été mises en place par l'autorité tutélaire belge. En effet, le premier texte a vu le jour en 1949 et visait la

[52] A. LETOURMY, p. 956.

[53] J. DEFOURNY et J. FAILON, *op. cit.,* p.7.

[54] A. LETOURMY, op cit, p.958.

réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des travailleurs indigènes du Congo-Belge et du Rwanda-Urundi. En 1957, il fut institué un régime des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès en faveur des mêmes travailleurs indigènes[55].

Après l'accession à l'indépendance en 1962, le Burundi a créé son propre régime de sécurité sociale, par la loi du 20 juillet 1962 qui a institué le régime de sécurité sociale et dont la gestion fut confiée à l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS). Le régime de sécurité sociale géré par l'INSS comprenait et comprend même actuellement la branche des pensions et celle des risques professionnels en faveur de tous les travailleurs soumis à un contrat de travail et les militaires. Tandis que les fonctionnaires sous-statut sont toujours restés jusqu'à ce jour, dans un système de sécurité sociale basée sur la gratuité des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, supportées par le trésor public[56].

Plus tard, il a été institué le régime assurance maladie par le décret-loi n°1/28 du 27 juin 1980 portant institution d'un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés. La création de ce régime avait pour objectif de garantir ses bénéficiaires contre certains risques résultant de la maladie et de la grossesse en leur assurant des prestations de soins médicaux curatifs nécessitées par un état morbide, de grossesses ou d'accouchement et leurs suites, et de soins médicaux préventifs. Les seuls bénéficiaires de ce régime étaient les agents publics et assimilés[57].

Concernant les autres catégories de travailleurs salariés du secteur privé, les soins médicaux sont pris en charge par leurs employeurs conformément aux dispositions du Code du Travail. Toutefois, il a été promulgué la loi n° 1/002 du 29 février 2000 portant création d'un régime d'assurance maladie maternité pour le secteur privé structuré. Malgré l'existence de cette loi, il n'a pas encore été créé d'organisme chargé de la gestion de ce régime d'assurance maladie-maternité pour le secteur privé structuré[58].

---

55 T. KAMWENUBUSA et Alii, *Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi*, Bruxelles, Wereldsolidariteit-solidarité mondiale, 2011, p.80.

56 Ibidem.

57 Ibidem.

58 Idem, p.81.

CHAPITRE II. LA GESTION DU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE-MATERNITE AU BURUNDI

Comme développé dans les lignes précédentes, le Burundi a institué un régime d'assurance-maladie-maternité pour faciliter l'accès aux soins de santé pour les agents publics et assimilés. Dès son institution, la gestion de ce régime a été confiée à la Mutuelle de la fonction publique.

A côté du régime d'assurance-maladie-maternité géré par la Mutuelle de la fonction publique, il a été institué un autre régime par la loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré dont la gestion est confiée à des organismes privés dont les organes sociaux sont l'assemblée générale, le conseil d'administration, le comité de direction, le collège des commissaires aux comptes ainsi que le comité de recours gracieux.

Les assujettis au régime d'assurance-maladie-maternité organisé par la loi ci-dessus reprise sont les employeurs du secteur privé structuré, en qualité d'affiliés, les travailleurs salariés sous contrat soumis aux dispositions du code du travail et relevant du secteur privé structuré, en qualité d'assurés sociaux ainsi que les bénéficiaires des pensions et rentes du secteur privé structuré[59].

Pour rester dans les limites de notre sujet, notre recherche a porté sur le régime d'assurance-maladie-maternité dont la gestion est confiée à la Mutuelle de la fonction publique. L'objectif de ce chapitre est de montrer aux lecteurs que la Mutuelle de la fonction publique dispose de tout ce qui est nécessaire pour fournir des prestations de qualité à ses affiliés. Pour une bonne compréhension, ce chapitre portera sur la présentation de la MFP, ses missions, le mode d'affiliation à cet organe de protection sociale, l'évolution des effectifs de ses affiliés, son organisation, l'évolution du nombre d'hôpitaux partenaires de la MFP par province ainsi que sur l'évolution du nombre de pharmacies de la MFP et de celles partenaires par province.

[59] Art. 4 de loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré, BOB, 2000, n° 2, p. 163.

Section 1. Présentation de la Mutuelle de la fonction publique

La Mutuelle de la fonction publique est un organisme de sécurité sociale chargé de la gestion du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés. La Mutuelle de la Fonction publique est également un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie organique et financière[60]. Elle a été créée par décret n° 100/107 du 27 juin 1980 portant création et organisation de la Mutuelle de la fonction publique. Elle a été institutionnalisée par le décret-loi n°1/28 du même jour portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité en faveur des agents publics et assimilés. Actuellement, ce régime est régi par la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

Le siège de la MFP est situé en mairie de Bujumbura sur la route nationale n°3 reliant Bujumbura-Rumonge, en face du nouveau building du ministère ayant les finances dans ses attributions, plus précisément sur le boulevard YARANDA.

Dans le but de rapprocher les prestations des affiliés, la MFP est décentralisée en 8 agences à savoir Ngozi, Gitega, Bururi, Karusi, Cankuzo, Ruyigi, Makamba et Cibitoke.

Section 2. Missions de la Mutuelle de la fonction publique

La Mutuelle de la fonction publique est chargée de la gestion du régime d'assurance maladie maternité[61]. Son rôle est d'organiser un système de soins médicaux moderne et fiable fondé sur la participation des bénéficiaires. A cette fin, elle perçoit des cotisations, assure aux assujettis et à leurs ayants droit les prestations, signe toute convention utile, notamment, avec les fournisseurs de prestations et procède à toute opération nécessaire à la gestion du régime d'assurance maladie maternité dont elle est chargée.

[60] Art. 1 du décret n° 100/193 du 18 octobre 1989 portant modification des Statuts de la Mutuelle de la fonction publique, *BOB 1989, n° 11*, p. 340.

[61] Idem, art. 2.

Section 3. Mode d'affiliation à la Mutuelle de la fonction publique

L'affiliation à la MFP est matérialisée par l'immatriculation à cette institution. L'immatriculation est, quant à elle, constatée par la délivrance d'une carte individuelle conférant à l'affilié la qualité de bénéficiaire et lui ouvrant l'accès aux prestations du régime d'assurance-maladie-maternité géré par la Mutuelle.

Il sied de signaler que l'adhésion à la MFP a un caractère automatique pour les fonctionnaires de l'Etat payés par la Fonction Publique, pour les forces armées et la police nationale. La qualité d'agent de l'Etat et assimilé fonde automatiquement la retenue à la source des cotisations sociales pour les fonctionnaires, les contractuels de la fonction publique, les agents des collectivités territoriales ou locales, les personnels des Forces de défense nationale (FDN), les personnels de la Police nationale du Burundi (PNB), les étudiants de l'Université du Burundi, les magistrats, les personnels des sociétés et établissements publics, l'enseignement privé, les personnels des institutions politiques. La couverture des soins de santé pour ces catégories est assurée automatiquement par la MFP[62].

Il est à signaler aussi que la MFP est une assurance maladie à caractère obligatoire, eu égard à sa mise en place par l'Etat, à ses objectifs et surtout à son affiliation obligée, bien que la gestion soit autonome.

Les ayants-droits, outre les conjoints, sont les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, sans limite d'âge si l'enfant est affecté d'un handicap mental, jusqu'à l'âge de 21 ans si l'ayant-droit est étudiant, et jusqu'à l'âge de 23 ans s'il est encore à l'école secondaire. Les retraités ou pensionnés de la fonction publique et de l'Institut National de Sécurité Sociale sont également couverts, ainsi que leurs époux.

[62] MSPLS, *Etude sur le financement de la santé au Burundi, Rapport de synthèse,* Bujumbura, 2014, p.107.

Section 4. Evolution des effectifs des affiliés de la Mutuelle

La MFP comporte des affiliés du secteur public et ceux du secteur privé dont les étudiants et les enseignants des universités privées, les membres des ASBL et ONG qui l'ont demandé. Pour rester dans les limites de notre sujet de recherche, l'évolution des effectifs des affiliés de la MFP a porté sur la période délimitée par le titre du travail, donc de 2017 à 2021.

§1. Evolution des affiliés publics

Le tableau suivant donne les détails des effectifs des affiliés publics de la MFP sur la période de 2018 à 2021. Ce tableau comporte les données de la période allant de 2018 à 2021 pour le fait que nous n'avons pas eu accès à celles de 2017.

Tableau 1: Effectifs des affiliés publics de la MFP sur la période de 2018 à 2021

Province	Sexe	2018	2019	2020	2021
Bubanza	F	2 255	2 282	2 287	2 312
	H	6 040	6 156	6 160	6 192
Bujumbura	F	3 761	3 896	3 907	4 192
	H	9 692	9 916	9 924	11 221
Bujumbura Mairie	F	16 977	17 745	17 803	18 097
	H	59 535	64 842	64 913	65 132
Bururi	F	4 135	7 080	7 088	7 102
	H	10 979	18 198	18 205	18 012
Cankuzo	F	1 633	1 643	1 645	1 752
	H	5 133	5 265	5 281	5 382
Cibitoke	F	1 862	1 871	1 879	1 922
	H	6 235	6 596	6 618	6 712
Gitega	F	5 783	5 807	5 912	6 215
	H	12 198	12 401	12 530	12 642
Karusi	F	1 518	1 523	1 528	1 842
	H	4 210	4 229	4 233	4 534

Province	Sexe	2018	2019	2020	2021
Kayanza	F	2 938	2 938	2 945	3 113
	H	7 040	7 060	7 082	7 194
Kirundo	F	1 995	1 993	2 003	2 204
	H	6 411	6 429	6 454	6 621
Makamba	F	3 269	3 277	3 287	3 456
	H	8 232	8 359	8 413	8 502
Muramvya	F	2 679	2 694	2 705	2 856
	H	5 958	6 497	6 512	6 582
Muyinga	F	2 111	2 111	2 138	2 198
	H	5 747	5 766	5 780	5 806
Mwaro	F	3 336	3 350	3 367	3 412
	H	8 186	8 937	8 944	9 058
Ngozi	F	3 759	3 762	3 773	3 417
	H	8 219	8 284	8 300	8 352
Rumonge	F	2 878	2 319	2 326	2 351
	H	7 098	6 288	6 293	6 319
Rutana	F	2 350	2 354	2 360	2 415
	H	5 441	5 496	5 504	5 594
Ruyigi	F	2 225	2 231	2 237	2 316
	H	5 254	5 295	5 304	5 384
Total	**F**	**65 464**	**68 876**	**69 190**	**71 172**
	H	**181 608**	**196 014**	**196 450**	**199 239**
Total F+H		**247 072**	**264 890**	**265 640**	**270 411**

Source : Annuaire statistique du Ministère des Affaires sociales, éditions 2020, p.55-56 et 2021, 91-92.

La lecture du tableau montre qu'en 2018, le nombre total des affiliés publics à la MFP s'élevait à 247 072 en 2018, 264 890 en 2019 et à 265 640 en 2020. Il est à signaler que le nombre total des affiliés publics en mairie de Bujumbura était de 76 512 et représentait 30,96% des effectifs nationaux des affiliés en 2018, de 82 587 et représentait 31,17% des effectifs nationaux en 2019, de 82 716 et représentait 31,13% des effectifs nationaux des affiliés de la MFP en 2020, de 83 229 en 2021 et représentaient 30,7% des effectifs nationaux.

Par conséquent, il y a lieu de constater, à travers ce tableau, que la mairie de Bujumbura est la province qui compte la grande majorité des affiliés publics de la MFP.

§2. Affiliés privés

Le tableau suivant donne les détails des effectifs des affiliés privés de la MFP sur la période de 2018 à 2020. Il comporte seulement les données de la période allant de 2018 à 2021 pour le fait que nous n'avons pas eu accès à celles de 2017.

Tableau 2: Effectifs des affiliés privés de la MFP sur la période de 2018 à 2021

Province	Sexe	2018	2019	2020	2021
Bubanza	F	451	470	351	356
	H	1 208	1 315	1 139	1 147
Bujumbura	F	752	801	649	649
	H	1 938	2 025	1 792	1 783
Bujumbura Mairie	F	3 395	3 481	2 623	2 673
	H	11 907	12 321	9 943	10 083
Bururi	F	720	690	596	696
	H	2 520	2 475	2 275	2 275
Cankuzo	F	327	421	387	400
	H	1 027	1 251	1 187	1 200
Cibitoke	F	372	435	357	358
	H	1 247	1 261	1 100	1 108
Gitega	F	1 157	1 232	1 100	1 112
	H	2 440	2 931	2 687	2 698
Karusi	F	304	421	388	385
	H	842	890	795	804
Kayanza	F	588	642	588	593
	H	1 408	1 554	1 465	1 480
Kirundo	F	399	489	421	430
	H	1 282	1 320	1 168	1 183
Makamba	F	654	751	700	716

Province	Sexe	2018	2019	2020	2021
	H	1 646	1 684	1 553	1 568
Muramvya	F	536	754	696	700
	H	1 192	1 221	1 111	1 120
Muyinga	F	422	523	477	473
	H	1 149	1 204	109	111
Mwaro	F	667	785	707	707
	H	1 637	1 655	1 365	1 364
Ngozi	F	752	782	533	540
	H	1 644	1 721	1 155	1 160
Rumonge	F	683	985	583	583
	H	1 095	1 240	1 039	1 033
Rutana	F	470	603	561	565
	H	1 088	1 198	110	1 100
Ruyigi	F	445	632	560	564
	H	1 051	1 154	992	990
Total	**F**	**13 094**	**14 897**	**12 277**	**12 500**
	H	**36 321**	**38 420**	**31 976**	**32 207**
Total F+H		**49 415**	**53 317**	**44 253**	**44 707**

Source : Annuaire statistique du Ministère des Affaires sociales, édition 2021, p. 92-93.

La lecture du tableau montre qu'en 2018, le nombre total des affiliés privés à la MFP s'élevait à 49 415 en 2018, 53 317 en 2019 et à 44 253 en 2020. Il est à signaler que le nombre total des affiliés publics en mairie de Bujumbura était de 15 302 et représentait 30,96% des effectifs nationaux des affiliés privés en 2018, de 15 802 et représentait 29,63% des effectifs nationaux en 2019, de 12 566et représentait 28,39% des effectifs nationaux des affiliés privés de la MFP en 2020, de 12 756 en 2021 et représentaient 28,5% des affiliés privés de la MFP. La grande majorité des affiliés privés de la MFP se trouvent en mairie de Bujumbura.

Section 5. Organisation de la Mutuelle de la fonction publique

Dans la présente section, nous passerons en revue l'organisation administrative et l'organisation financière de la MFP.

§1. Organisation administrative

En vue d'exercer les missions qui lui sont assignées par les lois et règlements qui la régissent, la MFP est dotée d'organes administratifs. Elle est administrée par le conseil d'administration et le comité de direction. Elle est placée sous la tutelle administrative du Ministère de la Solidarité nationale, des Affaires sociales, des Droits de la personne humaine et du Genre.

A. Le conseil d'administration[63]

Le conseil d'administration de la Mutuelle de la fonction publique est composé de trois représentants de l'Etat dont le directeur général de la Mutuelle, trois représentants des affiliés dont un représentant des forces armées ainsi que d'un représentant du personnel.
Les membres du conseil d'administration sont nommés par décret pris sur proposition du Ministre de tutelle pour un mandat de trois ans renouvelables.

Dans le cadre de la politique définie par le gouvernement, le conseil a pour missions de :

- déterminer les orientations de l'action de la Mutuelle ;
- adopter le règlement intérieur de l'établissement ;
- prendre toutes décisions nécessaires à la bonne administration de la Mutuelle ;
- voter le budget prévisionnel de l'exercice à venir ;
- approuver, après examen, les comptes de l'exercice écoulé et décider de l'affectation des résultats ;
- veiller à l'exécution de ses décisions.

B. Le comité de direction[64]

Le comité de direction de la Mutuelle présidé par un directeur général, assisté de 3 directeurs à savoir le directeur administratif et financier, le directeur des prestations ainsi que le

[63] Art. 4 et 5 du décret n° 100/193 du 18 octobre 1989 portant modification des statuts de la Mutuelle de la fonction publique, *op. cit.*, p. 340.

[64] Art. 10 du décret précité.

directeur des pharmacies. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et de la gestion quotidienne de la Mutuelle. Les membres du comité de direction de la Mutuelle sont nommés par le Président de la République sur proposition du ministre de tutelle pour un mandat de quatre ans renouvelable.

§2. Organisation financière

A. Ressources

Les ressources de la Mutuelle proviennent des cotisations mensuelles des personnes physiques et celles des personnes morales, des subventions de l'Etat relatives aux dépenses de fonctionnement ou d'investissement, des majorations de retard, des produits des placements, des dons et legs ainsi que de toutes autres ressources attribuées à la Mutuelle par un texte législatif ou réglementaire ou par l'aide internationale. Il est à signaler que la source principale de financement de la MFP est constituée par des cotisations sociales des affiliés. C'est pour cette raison que les développements de ce paragraphe vont se limiter aux cotisations sociales des affiliés.

Le code de protection sociale au Burundi définit la cotisation sociale comme une contribution financière obligatoire ou volontaire d'un affilié, destinée au financement d'un régime de protection sociale[65]. La loi régissant le régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, quant à elle, définit la cotisation sociale comme une somme exprimée en pourcentage prélevée à la source sur la rémunération, sur la rente, sur la pension, à laquelle s'est ajoutée la quote-part de l'assujetti (employeur) et qui est versée mensuellement pour participer au financement de l'organisme de protection sociale[66].

Sur base des définitions ci-dessus mentionnées, il y a lieu de dire que les cotisations sociales sont destinées à financer les prestations offertes par le régime de protection sociale tel l'assurance-maladie-maternité au sens de notre sujet de recherche.

---

[65] Code de protection sociale au Burundi, *op. cit.*, art. 9.

[66] Loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, *op. cit.*, art. 46.

Il y a lieu aussi de signaler que conformément à l'ordonnance ministérielle n°570/873/98 du 19 novembre 1998, le taux de cotisation globale due à la MFP est fixé à 10% des rémunérations brutes, pensions et rentes des personnes physiques assujetties. La même ordonnance précise que les cotisations sociales sont réparties entre l'employeur et l'affilié à raison de 6% pour l'employeur et de 4% pour l'affilié. Elles sont retenues lors de chaque paie par l'employeur et c'est lui qui les verse au compte de la MFP.

Les cotisations dues à la MFP sont assises sur l'ensemble des rémunérations brutes, primes et indemnités, à l'exclusion des sommes ayant un caractère de remboursement des frais, des avantages en nature et des gratifications. Ainsi, l'indemnité de logement et les allocations familiales ne sont pas comprises dans l'assiette des cotisations.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution des cotisations en F burundais, tant publiques que privées, de la MFP de 2017 à 2021.

Tableau 3:Evolution des cotisations en F burundais, tant publiques que privées, de la MFP de 2017 à 2021

Libellé	Caté-gories	2017	2018	2019	2020	2021
Cotis. attendues	Publique	27 613 930 366	28 962 223 077	29 171 744 008	31 051 583 520	31 983 131 026
	Privée	550 517 036	306 263 461	451 540 496	559 187 913	575 963 550
Cotis. déclarées	Publique	27 522 701 949	28 808 463 726	29 645 090 546	30 663 386 644	31 789 483 500
	Privée	515 452 352	259 416 380	451 540 496	592 227 959	565 367 707
Cotis. encaissées	Publique	25 516 364 635	28 038 777 254	32 408 123 771	22 794 737 690	31 545 037 712
	Privée	497 617 245	298 428 963	183 873 271	579 796 493	595 878 886
Arriérés	Publique	12 072 833 359	13 023 338 223	13 048 896 337	15 542 213 588	16 093 003 626
	Privée	163 619 987	131 703 547	162 891 747	342 288 136	305 522 406

Source : Annuaire statistique du ministère la Solidarité nationale, des Affaires sociales, des Droits de la personne humaine et du Genre, édition 2021, p.102-103.

Le tableau ci-dessus montre que les cotisations des affiliés de la Mutuelle ont augmenté entre les années 2017 à 2021. Il montre également que la Mutuelle n'a pas encaissé toutes les cotisations déclarées, ce qui a fait qu'il ait des arriérés pour toutes les catégories d'affiliés. En plus, les cotisations encaissées au cours de l'année 2020 ont diminué par rapport à celles

encaissées au cours de l'année 2019. Par contre, elles ont connu une augmentation entre 2020 et 2021.

B. Dépenses

1. Catégories de dépenses

Les dépenses de la MFP sont composées par les frais de paiement des prestations, les frais de fonctionnement (notamment en personnel et en matériel), les dépenses d'investissement (travaux neufs, renouvellement du matériel), les intérêts et annuités d'amortissement des dettes ainsi que les taxes, contributions, impôts et charges sociales légalement dues.

En exécution de ces dépenses, la Mutuelle passe des conventions avec ses fournisseurs de prestations aux fins de déterminer les conditions et les tarifs de délivrance, de définir les modalités de fourniture et d'indiquer les conditions de remboursement des prestations servies aux assujettis.

Le point qui suit portera sur l'évolution des dépenses de santé effectuées par la MFP de 2017 à 2021 et qui intéressent notre recherche.

2. Evolution des dépenses de santé de la MFP de 2017 à 2021

Le tableau qui suit montre l'évolution des dépenses de santé de la MFP à partir de l'année 2017 jusqu'en 2021.

Tableau 4: Evolution des dépenses de santé de la MFP de 2017 à 2021

Structures de soins	Typologie de prestation	2017	2018	2019	2020	2021
Hôpitaux autonomes	Actes médicaux	2 760 848 632	2 466 147 733	1 870 320 225	3 285 586 522	4 930 918 268
	Hospitalisations	1 333 606 020	1 025 520 018	630 646 728	1 468 428 555	2 247 732 199
	Produits pharmaceutiques	936 790 485	796 628 771	484 786 611	936 066 373	1 603 058 987
CDS	Actes médicaux	123 510 336	83 256 641	213 697 917	93 788 038	150 683 116
	Produits pharmaceutiques	328 087 131	220 084 433	729 936 310	285 314 190	323 311 223
Pharmacies privées	Produits pharmaceutiques	1 444 060 992	2 299 782 901	1 078 686 295	2563 039 460	1 821 982 054
Pharmacies de la MFP	Produits pharmaceutiques	3 840 026 420	3 567 167 157	2 833 572 240	2 289 948 199	2 428 592 230
Centres optiques	Lunettes médicales	137 802 674	123 548 171	87 545 050	124 648 100	121 356 000
Total		**10 904 732 690**	**10 582 135 825**	**7 929 191 376**	**11 046 819 437**	**13 627 634 077**

Source : Annuaire statistique du ministère la Solidarité nationale, des Affaires sociales, des Droits de la personne humaine et du Genre, édition 2021, p.102.

La lecture du tableau ci-dessus montre que les dépenses de santé exécutées par la MFP de 2017 à 2021 étaient relatives au remboursement des frais liés aux actes médicaux, aux hospitalisations, aux produits pharmaceutiques ainsi qu'aux lunettes médicales en exécution des conventions passées avec les hôpitaux autonomes, les CDS, les pharmacies privées ainsi que les centres optiques. Elles sont aussi relatives aux frais des produits pharmaceutiques de ses pharmacies.

Ces dépenses ont connu une diminution entre 2017 et 2018, entre 2018 et 2019. Par contre, elles ont connu une augmentation entre 2019 et 2020, entre 2020 et 2021.

Section 6. Evolution du nombre d'hôpitaux partenaires de la Mutuelle de la fonction publique par province

Le tableau suivant montre l'évolution Hôpitaux partenaires de la Mutuelle de la fonction publique par province de 2018 à 2021. Il porte sur les données relatives à la période de 2018 à 2021 pour le fait que nous n'avons pas eu accès à celles de 2017.

Tableau 5: Nombre des hôpitaux partenaires de la Mutuelle de la fonction publique par province

Province	Hôpitaux	2018	2019	2020	2021
Bubanza	Publics	1	1	1	3
	Privés	2	2	2	1
Bujumbura	Publics	3	3	3	7
	Privés	1	1	3	0
Bujumbura Mairie	Publics	7	10	10	8
	Privés	1	0	2	1
Bururi	Publics	2	1	1	3
	Privés	1	0	0	1
Cankuzo	Publics	2	2	2	2
	Privés	0	0	0	0
Cibitoke	Publics	2	2	2	4
	Privés	0	0	0	0

Province	Hôpitaux	2018	2019	2020	2021
Gitega	Publics	15	15	15	7
	Privés	1	1	1	1
Karusi	Publics	2	2	2	2
	Privés	0	0	0	0
Kayanza	Publics	3	3	3	3
	Privés	0	0	0	0
Kirundo	Publics	2	2	2	2
	Privés	0	0	0	0
Makamba	Publics	2	2	2	3
	Privés	0	0	0	0
Muramvya	Publics	2	2	2	2
	Privés	0	0	0	1
Muyinga	Publics	2	2	2	3
	Privés	0	0	1	0
Mwaro	Publics	2	2	2	2
	Privés	0	0	0	0
Ngozi	Publics	5	5	5	5
	Privés	2	2	2	1
Rumonge	Publics	1	1	2	2
	Privés	0	0	1	1
Rutana	Publics	2	2	1	2
	Privés	1	1	1	0
Ruyigi	Publics	4	4	4	6
	Privés	2	2	2	0
Total	**Publics**	**59**	**61**	**61**	**66**

Source : Annuaire statistique du ministère la Solidarité nationale, des Affaires sociales, des Droits de la personne humaine et du Genre, édition 2021, p.100-101.

Le tableau ci-dessus montre que la MFP collabore avec peu d'hôpitaux privés. Ils étaient au nombre de 1 en 2018, 0 en 2019, 2 en 2020 et de 1 en 2021. Il montre également que Bujumbura mairie est la deuxième province qui comporte beaucoup d'hôpitaux publics

partenaires de la MFP. Ils étaient au nombre de 7 sur un total de 59 en 2018 et représentaient 11% d'hôpitaux publics et privés partenaires de la MFP, 10 sur un total de 61 hôpitaux en 2019 et 2020 et représentaient 16,3% d'hôpitaux publics et privés partenaires de la MFP, de 8 sur un total de 66 hôpitaux en 2021, soit 12,1% d'hôpitaux publics et privés partenaires de la MFP.

Section 7. Evolution du nombre de pharmacies de la Mutuelle de la fonction publique et celles partenaires par province

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de pharmacies de la Mutuelle de la fonction publique et celles partenaires par province. Il porte sur les données relatives à la période de 2018 à 2021 pour le fait que nous n'avons pas eu accès à celles de 2017.

Tableau 6: Nombre de pharmacies de la Mutuelle de la Fonction Publique et celles partenaires par province

Province	Pharmacies	2018	2019	2020	2021
Bubanza	De la MFP	2	3	2	2
	Privées	3	3	4	2
Bujumbura	De la MFP	2	2	2	2
	Privées	0	0	0	1
Bujumbura Mairie	De la MFP	9	9	9	9
	Privées	24	24	30	21
Bururi	De la MFP	2	1	2	2
	Privées	2	2	3	3
Cankuzo	De la MFP	1	1	1	1
	Privées	3	3	2	3
Cibitoke	De la MFP	2	2	2	2
	Privées	2	2	1	2
Gitega	De la MFP	3	3	3	3
	Privées	2	2	2	3
Karusi	De la MFP	1	1	1	1
	Privées	1	1	1	1

Province	Pharmacies	2018	2019	2020	2021
Kayanza	De la MFP	1	1	1	1
	Privées	2	2	2	2
Kirundo	De la MFP	2	2	2	2
	Privées	1	1	3	3
Makamba	De la MFP	2	2	2	2
	Privées	2	1	2	2
Muramvya	De la MFP	1	1	1	1
	Privées	1	1	1	0
Muyinga	De la MFP	2	2	2	2
	Privées	2	2	2	3
Mwaro	De la MFP	1	3	3	3
	Privées	0	0	1	1
Ngozi	De la MFP	1	1	1	2
	Privées	3	3	3	3
Rumonge	De la MFP	1	1	1	1
	Privées	2	2	2	3
Rutana	De la MFP	2	2	2	2
	Privées	2	2	2	2
Ruyigi	De la MFP	1	1	1	1
	Privées	3	3	2	3
Total	**De la MFP**	**36**	**38**	**38**	**39**
	Privées	**55**	**54**	**63**	**58**

Source : Annuaire statistique du ministère la solidarité nationale, des affaires sociales, des droits de la personne humaine et du genre, édition 2021, p.99-100.

Le tableau ci-dessus montre que la province de Bujumbura mairie compte plus de pharmacies de la MFP et des pharmacies privées qui collaborent avec la MFP par rapport aux autres provinces du pays**.** Durant la période sous recherche, elle comptait 9 pharmacies de la MFP chaque année, ce qui représentait 25% du nombre des pharmacies de la MFP en 2018, 23% en 2019 et en 2020 ainsi que 23,07% en 2021. En ce qui est des pharmacies privées partenaires de la MFP, cette province comptait 24 pharmacies, ce qui représentait 43,6% en 2018, 44,4% en 2019, 47,6% en 2020 ainsi que 36,2% en 2021.

Section 8. Risques couverts par l'assurance maladie gérée par la MFP et prestations y relatives

La présente section porte sur les risques couverts par le régime d'assurance maladie-maternité géré par la MFP et les différentes prestations dont la mise en œuvre facilite la couverture desdits risques.

§1. Risques couverts

En matière de protection sociale, un risque peut être défini comme tout évènement inhérent à la vie en société qui entraine, pour celui qui le subit, une baisse de ses revenus tels la maladie, le chômage, la vieillesse, l'accident du travail, les maladies professionnelles, l'invalidité et le décès[67].

Le régime d'assurance-maladie-maternité géré par la MFP prend à sa charge en tout ou partie tout état pathologique quelle qu'en soit l'origine, maladie ou accident à l'exception toutefois des actes médicaux pratiqués en vue de la délivrance d'un certificat et des maladies ou blessures qui relèvent d'une réglementation particulière, notamment la législation sur la protection des risques professionnels et sur la responsabilité de droit commun. Il prend en charge également la grossesse, les couches pathologiques, l'interruption thérapeutique de grossesse et l'accouchement, ainsi que leurs suites[68].

La couverture des risques ci-dessus relevés nécessite la mise en œuvre de certaines prestations qui sont reprises dans le point qui suit.

§2. Prestations de la MFP

Le code de protection sociale au Burundi définit les prestations comme les services fournis dans le cadre de la protection sociale tels les pensions, les rentes, les allocations en nature ou

---

[67] Code de protection sociale au Burundi, *op.cit*., art 9.

[68] Art. 31 de la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, *BOB 2003, n° 9*, p. 872.

en espèce, les soins et services médicaux fournis y compris le remboursement des frais déboursées en faveur d'une personne protégée[69].

Les risques repris dans le point précédent nécessitent la mise en œuvre des prestations y afférentes suivantes[70] :

- la fourniture des produits pharmaceutiques;
- les consultations des médecins, omnipraticiens généralistes et infirmiers;
- les actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin;
- les actes de chirurgie dentaire;
- les actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien-dentiste;
- les actes de biologie médicale et de radiographie;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux;
- les actes d'hospitalisation et de traitement;
- les frais des accessoires, pansements et autres fournitures;
- les actes d'accouchement;
- les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement, les soins post-natals et les soins des nouveau-nés pendant 15 jours donnés soit par un médecin, soit par un infirmier ou soit par une sage-femme diplômée;
- les frais d'appareils de prothèse et d'orthopédie, la prothèse dentaire;
- les frais de transport afférents à l'une des éventualités de soins médicaux ci-avant;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales.

Les prestations afférentes aux risques de la grossesse, les couches pathologiques, l'interruption thérapeutique de grossesse et l'accouchement sont notamment les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins post-natals, les actes de biologie médicale, les actes de radiographie, les frais d'hospitalisation et de traitement, la fourniture des produits pharmaceutiques repris sur la liste des médicaments remboursables par l'organisme ainsi que les frais de transport sur présentation des justificatifs.

Dans les rapports annuels d'activités de la MFP, ces prestations sont résumées en :

---

69 Code de protection sociale, *op. cit.*, art. 9.

70 Art. 32 et 33 de la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, *op. cit.*

- consultations médicales ;
- actes de maternités.
- examens paracliniques ;
- hospitalisation ;
- médicaments ;
- lunette médicale

Il sied de signaler que parmi les prestations reprises dans l'article 32 de la loi régissant le régime d'assurance-maladie-maternité au Burundi, figure celles qui n'ont pas encore été prises en charge par la MFP. Il s'agit, selon les informations recueillies auprès du service contrôle des prestations, des frais d'appareils de prothèses et d'orthopédie, la prothèse dentaire, les frais liés au scanner ainsi que les frais de transport afférents à l'une des éventualités de soins médicaux.

CHAPITRE III. ACCES AUX SOINS DE SANTE ET AUX MEDICAMENTS

Dans ce chapitre, il sera question de passer en revue la problématique d'accès aux soins de santé et aux médicaments pour les affiliés de la MFP à travers ceux de la mairie de Bujumbura. Il sera constitué de deux sections dont la première portera sur la problématique d'accès aux soins de santé et la deuxième, quant à elle, portera sur la problématique d'accès aux médicaments.

Section 1. Problématique de l'accès aux soins de santé

La présente section porte sur la notion d'accès aux soins de santé, la considération de l'accès aux soins de santé comme droit fondamental de l'homme, les enjeux de l'accès aux soins de santé, les dimensions de l'accès aux soins de santé, les barrières à l'accès aux soins de santé, le rôle du régime d'assurance maladie dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé ainsi que sur la question de savoir comment se présente l'accès aux soins de santé pour les affiliés de la MFP.

§1. Notion d'accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé peut être défini comme la capacité qu'a une personne d'obtenir des soins de santé appropriés[71]. Il peut être défini également comme l'obtention d'un traitement en cas de besoin de soins objectifs d'un point de vue clinique[72]. Ce concept renvoie à la possibilité pour un individu de recourir aux soins dont il a besoin[73].

Selon Sophie CÈS, l'accès aux soins de santé implique la réalisation de deux conditions entre autres l'existence d'un problème de santé somatique ou psychique d'une part, et l'existence d'un traitement pour améliorer l'état de santé, préserver la qualité de vie ou prévenir la

[71] OCDE (2009), « Introduction » dans *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, Editions OCDE, Paris 2009, p.140.

[72] S. CÈS, *op. cit.*, p.7.

[73] A. NGUYEN-KHAC, « Mesures de l'accès aux soins : apport d'enquêtes sur des pratiques et perceptions des patients », dans *Revue Française des affaires sociales*, Paris, Editions la Documentation Française, 2017, p. 187.

dégradation de l'état de santé[74]. L'accès aux soins de santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une quantité suffisante et d'un coût abordable.

Il y a lieu de différencier l'accès primaire de l'accès secondaire aux soins de santé. L'accès primaire correspond à l'entrée dans le système de soins, au premier contact avec le professionnel de santé, tandis que l'accès secondaire aux soins de santé correspond au déclenchement des soins après le premier contact avec les professionnels de santé, donc l'accès au traitement.

§2. Accès aux soins de santé, droit fondamental de l'homme

L'accès aux soins de santé apparaît comme l'un des droits fondamentaux de la personne humaine. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus. Dans le même ordre d'idées, il serait inhumain de ne pas soigner une personne malade alors que les moyens de le faire existe.
Le droit d'accès aux soins de santé peut être explicitement consacré, mais aussi il peut être considéré comme composante du droit général à la santé qui l'implique nécessairement. Il est reconnu, explicitement ou implicitement, par différents instruments relatifs aux droits de l'homme, tant au niveau international qu'au niveau national.

Au niveau international, la reconnaissance du droit d'accès aux soins de santé date de 1948 avec la Déclaration universelle des droits de l'homme. Ainsi, son article 25, 1 pose que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, le logement,* ***les soins médicaux*** *ainsi que pour les services sociaux nécessaires….. »*[75]**.** L'accès aux soins de santé est aussi reconnu par la Convention (n° 102) de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum*). Ainsi, l'article 7 de cette convention précise que « Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif »*[76].

---

74 S. CÈS, *op. cit.*, p.6.

75 HCNUDH, *Principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme*, Genève, 2014, p. 8.

76 OIT, *Convention 102 sur la sécurité sociale*, Génève, 1952, disponible sur le https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312247 (consulté le 15/5/2023).

L'article 10, 1 de la même convention donne le contenu des prestations à garantir aux personnes protégées en précisant que « les prestations doivent comprendre au moins:

(a) en cas d'état morbide:

(i) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile;

(ii) les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux;

(iii) la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié;

(iv) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire;

(b) en cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites:

(i) les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée;

(ii) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire »[77].

Quant au PIDESC, sa formulation adopte une tournure subjective qui ne précise pas de façon explicite le droit d'accès aux soins de santé. Son article 12 précise que *les Etats parties à ce Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre*[78].Il en est ainsi de la Constitution de l'OMS qui reconnaît implicitement le droit d'accès aux soins de santé en précisant dans son préambule que *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale*[79].

La Déclaration d'ALMA ATA de 1978 sur les soins de santé primaires, quant à elle, a mis en évidence l'importance des soins de santé primaires comme moyen d'accéder à un niveau acceptable de santé pour tous. Lors de la Conférence d'ALMA ATA, à laquelle participaient 140 Etats, les soins de santé primaires ont été définis comme étant *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes*

---

[77] OIT, Convention 102 sur la sécurité sociale, Génève, 1952, disponible sur le https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312247 (consulté le 15/5/2023).

[78] HCNUDH, *op. cit,* p.35.

[79] Constitution de l'OMS, publiée sur https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1 (consulté le 15/5/2023).

les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté t le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination[80].

Les soins de santé primaires visent une meilleure adéquation entre les besoins de la population et les réponses apportées par le système de santé et représentent le premier contact des individus avec le système national de santé. Les soins de santé primaires sont nés d'un constat fait par l'OMS en 1977 par lequel ses Etats membres se sont rendus compte que les plus démunis dans chaque pays ne peuvent pas accéder à des soins de qualité. L'idée principale était que tout individu et toute la communauté ont le droit et le devoir de participer pleinement aux services de soins qui leur sont destinés. Les soins de santé primaires comprennent notamment la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes ainsi que la fourniture des médicaments essentiels[81].

Sur le plan national, le droit d'accès aux soins de santé est un droit constitutionnel. Il est reconnu explicitement par l'art 55 de la Constitution de la République du Burundi qui dispose que *« Toute personne a le droit d'accéder aux soins de santé »*[82]. Il est aussi reconnu par le code de l'offre des soins au Burundi qui précise dans son article 8, 1 que *« Tout citoyen a droit, quels que soient ses revenus, à l'accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle ou communautaire »*[83].

§3. Enjeux de l'accès aux soins de santé

L'enjeu de l'accès aux soins est avant tout un enjeu de santé publique parce que si l'accès aux soins est aisé, la population se soigne mieux, peut s'inscrire plus facilement dans une démarche de prévention, et donc rester en bonne santé plus longtemps. C'est également un enjeu d'équité car il est essentiel de tout mettre en œuvre pour qu'indépendamment de son

[80] *Déclaration d'ALMA ATA*, 1978, publiée sur https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E9345.pdf(consulté le 15/5/2023).

[81] V. GATEUX et Jean-Michel HEITZ, « L'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique », dans *Humanisme et Entreprise*, 2008, p. 17.

[82] Constitution de la République du Burundi, dans *BOBn°6/2018*, p.1.

[83] Loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant code de l'offre des soins et services de santé au Burundi, *dans BOB n° 5 quinquies/2018*, p.1023.

niveau de revenu ou de sa situation géographique, les assurés puissent partout bénéficier d'une prise en charge de qualité[84].

§4. Dimensions de l'accès aux soins de santé

L'accès aux soins recouvre de nombreuses dimensions notamment la sensibilité aux besoins en soins de santé, la disponibilité, l'accessibilité financière ainsi que l'acceptabilité.

A. Sensibilité aux besoins en soins de santé

La sensibilité est la première dimension de l'accès aux soins de santé correspondant à la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique. Du côté de l'offre, il est essentiel de reconnaitre que l'initiative de l'accès aux soins de santé ne repose pas entièrement sur les patients en raison du défaut de perception de certains besoins objectifs (en l'absence de symptômes ou en cas de négligence). Les prestataires de santé ont la responsabilité de détecter ces besoins et d'initier l'accès secondaire. Cette responsabilité comprend non seulement l'étape d'identification du problème ou du risque de santé, mais aussi l'accès secondaire aux soins de santé, c'est-à-dire le déclenchement de la prise en charge[85].

Du côté de la demande, l'identification des besoins en soins de santé va dépendre de la capacité des personnes à percevoir leurs besoins. Celle-ci est influencée non seulement par le niveau de littératie en santé, les croyances personnelles mais aussi par le réseau social de la personne (par exemple, les personnes âgées isolées risquent davantage de passer à côté d'un problème de santé que celles qui vivent en couple). L'identification des besoins dépend également de la capacité de discernement en fonction des circonstances personnelles. La précarité socio-économique est sans doute la situation qui présente le plus grand risque de négligence car les besoins en soins de santé sont masqués par d'autres besoins plus impérieux à satisfaire au quotidien, notamment se loger ou se nourrir. Parfois, les frais de maladie sont

[84] D. Champetier de RIBES, « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'assurance maladie et son réseau », *École nationale supérieure de Sécurité sociale, 2018/1 n° 53,* p.59.

[85] S. CÈS, *op. cit.,* p.8

lourds à supporter pour nombre de familles et ces frais portent souvent sur des prestations et fournitures qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie[86].

Le faible pouvoir d'achat de la population limite souvent l'accès aux soins de santé, ce qui poussent certains à faire recours aux groupes de prières et estiment y trouver satisfaction à leur problème de santé.

B. La disponibilité des soins de santé[87]

La disponibilité des services correspond au fait que les services sont atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec un horaire suffisamment étendu et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patients, par exemple en garantissant la communication dans la langue du patient ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite.

Du côté de l'offre, la disponibilité suppose l'existence d'une offre suffisante et matériellement accessible et l'absence de toute forme de discrimination qui empêche ou freine l'accès aux services. La disponibilité est influencée par un ensemble de facteurs dont la répartition géographique sur le territoire, le développement d'une offre de services mobiles, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de rendez-vous est organisée ainsi que la façon dont les services communiquent avec les patients.

Du côté de la demande, même si les services sont rendus suffisamment disponibles, leur accès requiert que les personnes soient capables de les atteindre. L'accès nécessite tout d'abord d'être capable de se rendre disponible pour se soigner, c'est-à-dire de pouvoir consacrer du temps (en incluant le temps de transport, le temps passé en salle d'attente et en rendez-vous) qui doit parfois être pris sur du temps passé à des activités impératives, comme le temps de travail.

---

86 S. CÈS, op. cit., p.9

87 Ibidem.

C. L'accessibilité financière[88]

L'accessibilité financière correspond au fait que les contributions personnelles des patients sont suffisamment limitées pour, d'une part, ne pas décourager le recours aux soins en cas de besoin et, d'autre part, protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours.

Du côté de l'offre, l'accessibilité financière dépend tout d'abord du droit à la couverture maladie obligatoire. Les personnes qui ne rentrent pas dans les critères d'éligibilité supportent l'intégralité des frais de santé (en l'absence d'assurance privée). Pour les personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire, l'accès financier dépend des conditions financières fixées pour recourir aux soins de santé.

Du côté de la demande, la capacité à payer inclut la capacité à supporter les frais des soins de santé, les coûts de transport et les coûts d'opportunité éventuels liés à la perte de revenu.

D. L'acceptabilité[89]

L'acceptabilité correspond à la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé. Du côté des demandeurs des services de santé, cette adéquation est réalisée lorsque les conditions de prestation des soins rencontrent certains besoins sociaux, notamment :

- le besoin de respecter certaines normes sociales, par exemple les règles de politesse ou encore de certaines attentes culturelles, spirituelles qui peuvent être plus prégnantes à certaines étapes de la vie, comme lors de l'accouchement ou en fin de vie ;
- le besoin de respecter certains choix relatifs à l'organisation pratique des soins ou à la prestation de soin elle-même (par exemple pour les soins à domicile) ;
- le besoin de recevoir une communication suffisante et adaptée à la situation individuelle, c'est-à-dire à la fois compréhensible et complète afin de favoriser l'adhésion au traitement et de circonscrire les possibilités d'adaptations.

---

88 S. CÈS, *op. cit.*, p.9.

89 Ibidem.

Du côté des services de santé, l'acceptabilité est influencée par un ensemble varié de facteurs, comme la qualité des infrastructures et des équipements, la formation des prestataires, en particulier relative à la façon de communiquer avec les patients et la sensibilisation à la lutte contre les comportements discriminatoires, les possibilités d'interagir différemment selon le profil des patients, en particulier, la possibilité de consacrer plus de temps à certains patients lors des contacts. C'est une dimension particulièrement importante pour les personnes avec des problèmes de santé chroniques ou de perte d'autonomie.

§5. Barrières à l'accès aux soins de santé

Il existe plusieurs sortes de barrières qui peuvent empêcher les individus d'accéder aux soins nécessités par leur état de santé. Le présent point portera sur certaines d'entre elles notamment les barrières pécuniaires, les barrières géographiques ainsi que les barrières concernant la rapidité d'accès aux soins de santé.

A. Barrières pécuniaires

Autrement appelées barrières financières, les barrières pécuniaires poussent les individus à renoncer aux services des soins alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique. Elles consistent en l'incapacité des gens à pouvoir payer les soins de santé qui leur sont destinés.

B. Barrières géographiques

Accéder aux soins de santé suppose l'accès physique à un professionnel de santé. Ces barrières consistent à ne pas avoir assez de fournisseurs de soins de santé. Pour que les individus aient accès aux soins de santé, il faut que les soins ne soient pas éloignés des patients potentiels. Il faut également que le nombre de médecins présents sur un territoire donné soit suffisant pour faire face aux besoins de la population.

C. Barrières concernant la rapidité d'accès aux soins de santé

Ces barrières relèvent des délais excessifs pour avoir une consultation ou un traitement. Dans la plupart des cas, ces délais excessifs sont liés au temps d'attente que les patients passent dans des hôpitaux.

Le temps d'attente peut être perçu comme le délai avant qu'un patient reçoive un service de santé, soit une consultation, un diagnostic, un traitement ou une chirurgie[90]. Comme l'ont publié Vicky MULINGANYA, Florentin ASIMA, Patrick MIRINDI et Hermès KAREMERE dans le *Pan African Medical Journal*, le temps d'attente peut être considéré sous plusieurs aspects selon l'itinéraire hospitalier du patient. Il est lié à la durée du temps entre l'arrivée du patient à la salle d'attente et son entrée au cabinet de consultation médicale, la durée de temps entre la sortie du cabinet de consultation et la réalisation d'un examen de laboratoire, d'une imagerie médicale ou d'un accès aux médicaments prescrits[91].

Dans la plupart des cas, le long temps d'attente est plus noté dans les hôpitaux publics que dans les structures sanitaires privées. Le temps d'attente devient un facteur d'insatisfaction des patients une fois qu'il est prolongé. Dans un environnement compétitif, le temps d'attente est perçu comme un critère décisif dans le choix des structures des soins à fréquenter. Par conséquent, il est difficile d'avoir une meilleure utilisation des services de santé si les utilisateurs ne sont pas satisfaits du temps qu'ils passent entre le moment où le patient entre dans la salle d'attente et le moment où il quitte effectivement l'hôpital.

Les barrières concernant la rapidité d'accès aux soins de santé peuvent être liées également aux délais très longs pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste dans les hôpitaux publics. Les délais d'attente entre la demande d'un rendez-vous avec un spécialiste et le rendez-vous lui-même peuvent être très longs. Elles peuvent aussi être liées aux démarches pour accéder au professionnel de santé qui semblent être fatigantes suite au circuit du malade institué dans les hôpitaux publics.

---

[90] V. MULINGANYA et alii, *Temps d'attente prolongés aux services de consultation médicale: enjeux et perspectives pour des hôpitaux de Bukavu en République Démocratique du Congo*, 26 mars 2018, publié sur le ttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057578/ (consulté le 15/5/2023).

[91] Idem.

§6. Rôle du régime d'assurance maladie dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé

Le fondement même du système d'assurance maladie est de soigner les patients en fonction des besoins, indépendamment des ressources et des moyens dont chacun dispose grâce au principe de la solidarité entre les affiliés bien portants et les malades, et aussi entre les affiliés ayant de grands revenus et ceux ayant de petits et moyens revenus. C'est donc logique que l'accès aux soins constitue depuis longtemps la première des missions du régime d'assurance maladie dans le monde. Les autres missions de ce régime découlent de cette première mission. Le régime d'assurance maladie joue un rôle central pour les affiliés. Il permet avant tout à tout assuré malade de faire face à ses dépenses de santé et de pouvoir accéder aux soins de santé. Il permet d'améliorer l'état de santé des assurés, de réduire les conséquences financières de la maladie sur le budget des ménages et d'améliorer le bien-être des assurés.

Puis qu'il est tourné vers la couverture des soins curatifs, le régime d'assurance maladie permet ainsi de couvrir des dépenses de santé de toute nature comme les frais d'hospitalisation, de pharmacie, d'optique, etc. Comme le précise Gilles HUTEAU, le régime d'assurance-maladie vise à concilier la socialisation des risques de santé et l'offre des soins, ce qui en détermine les caractéristiques fondamentales[92].

§7. Accès aux soins de santé pour les affiliés de la MFP

Pour le cas sous analyse, le régime d'assurance-maladie-maternité géré par la MFP intervient dans la mise en place des solutions aux barrières financières ou pécuniaires à l'accès aux soins de santé pour ses affiliés, car il rembourse un certain pourcentage des frais engagés pour payer les actes médicaux qui leur sont destinés. Toutefois, des insuffisances persistent à l'égard de ces affiliés de la MFP.

La première insuffisance relève du caractère automatique et obligatoire de l'affiliation à ladite Mutuelle pour les agents de l'Etat et assimilés. Ces affiliés sont obligés de se faire soigner dans des hôpitaux publics car la MFP ne collabore pas avec beaucoup d'hôpitaux privés de la municipalité de Bujumbura qui fait objet de notre sujet de recherche. Les affiliés n'ont pas de manœuvre de choix d'un médecin ou d'une structure de santé autre que les hôpitaux publics,

[92] G. HUTEAU, « Assurance-maladie et accès aux soins », dans *Le droit de la sécurité sociale*, 2021, p. 99.

alors que le droit d'accès aux soins de santé devait être concilié avec la liberté de choix du médecin par le patient. Or, comme nous l'avons déjà souligné dans les points précédents, les longues files et le temps d'attente observés dans les hôpitaux publics constituent un point d'insatisfaction des affiliés de la MFP de la Mairie de Bujumbura. Tous les 100 affiliés de la MFP enquêtés confirment le long temps d'attente dans les hôpitaux publics suite à de longues files qui s'y observent. Ils renseignent que le temps d'attente devient de plus en plus long quand il s'agit d'attendre les résultats des examens médicaux prescrits par les médecins.

Une autre insuffisance est liée à la non disponibilité des médecins, en particulier les spécialistes dans les hôpitaux publics du fait de la pratique de ces médecins qui prestent à la fois dans plusieurs hôpitaux tant privés que publics. Dans les établissements hospitaliers publics, c'est le manque de médecins et de matériels médicaux qui handicape les services, même des urgences. En outre, les délais pour obtenir un rendez-vous chez les médecins spécialistes sont très longs, ce qui affecte tous les services y compris celui des urgences. Un patient se voit alors obligé d'attendre des jours de rendez-vous pour être traité.

Parmi les défis du système de santé du Burundi, figure aussi l'insuffisance du personnel en quantité et en qualité, en particulier l'insuffisance des médecins spécialistes[93]. La question des médecins spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux publics, privés ou dans les cabinets propres à eux et qui ne prestent pas la totalité de leur charge horaire a été soulevée par les Sénateurs lors d'une séance plénière relative aux questions orales à l'endroit du ministre de la Santé publique et de Lutte contre le sida[94]. A ce sujet, la MFP renseigne que la situation commence à s'améliorer actuellement pour le fait que cette institution a signé des conventions avec certains spécialistes auxquels des bons de la MFP ont été distribués pour qu'ils puissent prescrire des médicaments aux affiliés qui les consultent.

Suite au caractère urgent de la santé et face au long temps d'attente, aux longues procédures pour les affiliés de la FMP et à la non disponibilité des médecins spécialistes qui s'observent dans les hôpitaux publics, certains affiliés de la MFP sont obligés de renoncer aux prestations de santé fournies par les hôpitaux publics qui collaborent avec la Mutuelle pour se faire

[93] Ministère de la Santé publique et de Lutte contre le sida, *Résumé analytique du profil sanitaire du Burundi*, 2021, p.22.

[94] Sénat du Burundi, *Compte-rendu synthétique de la séance plénière du 17 mai 2022 relative à une question orale* publié sur le https://www.senat.bi (consulté le 15/5/2023).

soigner dans les hôpitaux privés où ils paient la totalité des frais des actes médicaux et de laboratoire sans qu'ils leur soient remboursés.

En plus, certaines informations renseignent que la MFP ne respecte plus son obligation de prendre en charge 80% des actes médicaux. Il s'agit notamment des actes de consultation, des actes d'hospitalisation. Ces informations ont été confirmées par le directeur général de la MFP, Abel GASHATSI lors de son interview par les journalistes de la RTNB du 03/1/2020. Il a reconnu que, en rapport avec les prix de consultation et autres actes médicaux qui sont devenus chers, les affiliés payent beaucoup plus qu'ils ne devraient car la MFP utilise la loi de 1980 qui est aujourd'hui obsolète. Il a appelé les instances habilitées à actualiser la loi et l'adapter aux circonstances du moment pour le bénéfice des affiliés[95].

Une autre barrière à l'accès aux soins de santé pour les affiliés de la MFP est d'ordre légal. Il relève du fait que la loi sur le régime d'assurance-maladie-maternité dispose que la MFP ne prend en charge que les seules prestations servies sur le territoire national, la prise en charge ne pouvant s'étendre hors du territoire que dans des conditions tout à fait exceptionnelles fixées notamment dans le cadre d'un régime d'assurance complémentaire[96].

Les affiliés de la MFP qui vont se faire soigner à l'étranger se prennent en charge à 100% alors qu'ils y sont référés par des commissions des spécialistes en la matière suite au manque des matériels modernes pour soigner certaines maladies comme le cancer comme l'a précisé le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions lors de la séance plénière du Sénat relative aux questions orales à son endroit du 17 mai 2022.

Section 2. Problématique d'accès aux médicaments

§1. Notion d'accès aux médicaments

Raffaele SALINARI définit l'accès aux médicaments comme la possibilité directe et permanente pour toute personne dans une situation de besoin d'avoir accès aux médicaments nécessaires afin d'améliorer sa santé, sans aucun obstacle. Selon lui, toute personne ayant

[95] D. GAKIZA, Certains affiliés se plaignent du mauvais service de la MFP, publié le 03/01/2020 sur le https://www.rtnb.bi (consulté le 15/5/2023).

[96] Loi n° 1/05 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, *op. cit.*

besoin de médicaments pour sauver sa vie, éviter des maladies curables ou améliorer son état de santé doit avoir la possibilité d'en bénéficier sans aucune sorte de discrimination[97].

Selon le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, l'accès aux médicaments est un élément fondamental de la pleine réalisation du droit à la santé. Les soins médicaux en cas de maladie, ainsi que la prévention, le traitement et le contrôle des maladies, dépendent en grande partie de l'accès approprié et en temps voulu à des médicaments de qualité[98]. L'accès aux médicaments fait partie intégrante du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique ou mental possible, donc le droit à la santé. Il est intrinsèquement lié aux principes d'égalité et de non-discrimination, de transparence, de participation et de responsabilité[99].

Les médicaments sont aujourd'hui l'arme essentielle pour la prévention et le traitement efficace de nombreuses maladies. C'est pour cette raison que l'accès aux médicaments efficaces doit être considéré comme un droit fondamental de l'homme[100]. L'OMS, dans sa déclaration de Montréal de 2005, insiste sur l'accès aux médicaments essentiels. La Déclaration de Montréal sur le droit fondamental aux médicaments essentiels pose l'accès aux traitements pharmaceutiques essentiels comme un « droit fondamental » même pour les gens qui n'ont pas les moyens de se les payer.

La Déclaration de Montréal sur le droit fondamental aux médicaments essentiels vise à mettre la santé au rang des droits fondamentaux les plus impératifs et souligne l'impact majeur de l'accès aux médicaments dans la réalisation de ce droit à la santé. Elle précise notamment qu'au niveau national et global, les institutions et règles politiques doivent être façonnées de sorte qu'elles mènent à la réalisation du droit aux médicaments essentiels.

---

97 R. SALINARI, *Accès aux médicaments*, disponible sur http://www.mondialisations.org(consulté le 15/5/2023).

98 Nations unies, *Accès aux médicaments et droit à la santé*, disponible sur le https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/access-medicines-and-right-health (consulté le 15/5/2023).

99 Idem.

100 Fédération internationale pharmaceutique, *Déclaration sur la politique d'améliorer l'accès aux médicaments dans les pays en développement*, Caire, 2005, p. 1.

§2. Accès aux médicaments essentiels

L'OMS définit les médicaments essentiels comme les médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Selon cette institution, il s'agit des médicaments qui doivent être disponibles en permanence dans un système de santé qui fonctionne bien, sous une forme galénique (pharmaceutique) appropriée, avec une qualité garantie et à un prix abordable au niveau individuel comme pour la communauté[101].

L'OMS précise que les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnées d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés[102]. Pour être utiles, ces médicaments doivent correspondre à des pathologies locales ou à la prévalence des pathologies locales, être efficaces et de bonne qualité. Ils doivent surtout être financièrement accessibles à la majorité de la population.

Selon Valérie GATEAUX et Jean-Michel HEITZ, les produits pharmaceutiques sont ainsi identifiés comme un moyen d'accès à une vie socialement et économiquement productive et constituent la condition essentielle au développement de tout individu[103].
Selon le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, en dépit des progrès accomplis, de nombreuses personnes n'ont toujours pas accès aux médicaments essentiels. Cela est dû aux obstacles qui entravent l'accès aux médicaments de bonne qualité, à un prix abordable et en temps voulu, principalement dans les pays en développement[104].

§3. Sélection des médicaments essentiels

Selon l'OMS, la sélection des médicaments essentiels est l'un des principes de base de toute politique pharmaceutique nationale car elle aide à fixer les priorités pour tous les aspects du

[101] OMS, *L'OMS lance une version numérique de sa liste modèle des médicaments essentiels*, publié le 27 février 2020 sur https://www.who.int/fr/news/item/27-02-2020-who-launch-e-eml (consulté le 15/5/2023).

[102] OMS, *Sélection des médicaments essentiels*, Genève, 2002, p.1.

[103] V. GATEAUX et J-M. HEITZ, « L'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique »,dans *Humanisme et Entreprise, Editions A.A.E.L.S.H.U.P, 2008/1 (n° 286),* p.16.

[104] Nations unies, *Accès aux médicaments et droit à la santé* disponible sur le https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/access-medicines-and-right-health (consulté le 15/5/2023).

système pharmaceutique. La même Organisation continue à préciser que les médicaments essentiels sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité, leur innocuité, et de leur coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments.

La sélection soigneuse d'une gamme limitée de médicaments essentiels améliore la qualité des soins, la gestion des médicaments (et aussi la qualité des médicaments prescrits), et le rapport coût/efficacité de l'utilisation des ressources sanitaires. Ces différents aspects sont encore plus importants dans les contextes de faibles ressources où la disponibilité des médicaments dans le secteur public est souvent irrégulière. Dans de telles conditions, les mesures visant à assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels se traduiront par de réels gains en matière de santé et par une confiance accrue du public dans les services de santé[105]. Il sied de signaler qu'il incombe à chaque pays de déterminer quels sont exactement les médicaments qu'il considère comme essentiels pour en établir une liste nationale.

§4. Obstacles à l'accès aux médicaments essentiels

Bien que l'accès aux médicaments essentiels soit reconnu comme un droit universel par la Communauté internationale, il existe toujours un fossé incommensurable entre ce qui devait être et ce qui et ce fossé est lié en partie au fonctionnement du marché pharmaceutique comme le disent Valérie GATEUX et Jean Michel HEITZ[106]. Les auteurs distinguent deux obstacles majeurs qui s'opposent à l'accès aux médicaments essentiels à savoir le problème de la disponibilité des médicaments et celui de leur accessibilité.

Selon l'OMS, depuis plusieurs décennies, il demeure des problèmes liés au problème de disponibilité et au coût élevé des médicaments essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le problème de disponibilité des médicaments essentiels pour le traitement des maladies transmissibles a été bien mis en évidence[107].

La même Organisation continue à préciser que dans de nombreux contextes, l'accès aux médicaments est limité dans le secteur public et, même si les médicaments sont davantage

[105] OMS, *Sélection des médicaments essentiels, op. cit.,* p.1.

[106] V. GATEAUX et J.-M. HEITZ, *op. cit,* p.19.

[107] OMS, *Rapport du Secrétariat sur l'accès aux médicaments essentiels*, 2014, p. 3.

disponibles dans le secteur privé, ils y sont souvent beaucoup plus chers, ce qui entraîne des dépenses directes élevées qui représentent une charge pour les patients et leurs familles, limitant de ce fait l'accès aux soins[108]. Elle propose que dans le secteur public, des améliorations concernant l'achat et la distribution des médicaments peuvent apporter un progrès dans leur disponibilité et leur accessibilité.

Le médicament est une ressource particulière pour le patient du fait qu'il joue un rôle majeur dans la restauration de sa santé et pour le gestionnaire du système de santé pour le fait que la disponibilité du médicament assure la crédibilité de ce système. Pour cela, il est de la responsabilité des Etats de mettre en place des mécanismes qui permettent la disponibilité et l'accessibilité des médicaments. Cela suppose une politique claire en la matière et une définition précise des rôles respectifs de tous les partenaires dans le système d'approvisionnement, de distribution et de commercialisation des médicaments[109].

Bien que l'accessibilité financière soit l'un des plus importants obstacles à l'accès aux médicaments, le coût des médicaments ne devrait pas limiter leur accessibilité aux patients car dans la plupart des pays, les systèmes de protection sociale assurent leur prise en charge. Toutefois, dans certains pays, ces mécanismes d'assurance-maladie ne disposent pas de financements suffisants pour assurer des prix aussi élevés. Il est à signaler que le non accès aux médicaments essentiels remet en cause la dignité humaine et le fondement de tous les droits de l'homme, y compris les droits à la vie, à la santé et au développement de toutes les personnes.

§5. Accès aux médicaments pour les affiliés de la MFP

L'accès aux produits médicaux de qualité et aux prix abordable est l'un des défis du Système de santé au Burundi. Tous les 100 affiliés de la MFP enquêtés ont confirmé qu'ils éprouvent des difficultés d'accès aux médicaments de qualité et aux prix abordables. Le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida atteste la faible disponibilité et accessibilité aux

[108] Idem, p. 5.

[109] OMS, *Journée de réflexion sur la politique nationale pharmaceutique du Burundi*, Bujumbura, 1990, p. 16.

médicaments[110]. L'accès aux médicaments constitue une problématique importante pour les affiliés au régime d'assurance-maladie-maternité géré par la MFP.

Le problème de non accès aux médicaments est lié en grande partie au système d'approvisionnement en médicaments en vigueur à la MFP. Ainsi, comme il est ressorti des entretiens menés avec certaines autorités de cette institution, la MFP procédait, avant l'année 2019, à l'importation, au stockage et à la vente au détail des produits d'officine à ses affiliés. Elle quantifiait les besoins sur base des sorties de ses pharmacies sur trois ans et faisait la moyenne annuelle après quoi elle s'approvisionnait par marché d'appel d'offres international ouvert tout en respectant la procédure de passation des marchés publics telle que prévue par le code des marchés publics. Elle était aussi autorisée de s'approvisionner auprès des pharmacies grossistes au niveau local en attendant la réception des marchés internationaux de fourniture des médicaments.

Toutefois, les informations recueillies au cours de ces entretiens renseignent qu'à partir de 2019, la MFP s'est vu retirer la licence d'importation des médicaments et n'est autorisée de s'approvisionner en médicaments que par l'intermédiaire de la CAMEBU. La MFP élabore une liste des produits pharmaceutiques et les transmet à la CAMEBU pour commande, mais cette dernière ne satisfait jamais aux commandes de la MFP comme à celles des autres structures publiques comme les Districts sanitaires et les hôpitaux. Le constat est que la CAMEBU dispose de très peu de produits demandés par les affiliés de la MFP et le marché connaît beaucoup de postes infructueux[111]. Les capacités institutionnelles de la CAMEBU à satisfaire les commandes sont encore à améliorer comme le précise le MSPLS[112].

Depuis cette année 2019, la MFP ne dispose d'aucune autre manœuvre de s'approvisionner comme les autres structures publiques. Pour les médicaments non disponibles à la CAMEBU, ces structures publiques dont les districts sanitaires et les hôpitaux peuvent s'approvisionner auprès des pharmacies privées sur autorisation de l'ABREMA, mais cette dernière ne peut autoriser au-delà des fournitures en médicaments de 12.500.000Fbu, montant qui paraît insignifiant pour l'approvisionnement de la MFP.

---

110 MSPLS, *Résumé analytique du profil sanitaire du Burundi*, Bujumbura, 2021, p. 35.

111 MFP, *Rapport d'activités*, exercice 2021.

112 MSPLS, *op. cit.,* p.22.

Ces informations concordent avec les interventions de l'ex directeur général de la MFP, Monsieur Abel GASHATSI, interviewé par la RTNB en date du 3/1/2020. Il a précisé aux journalistes de la RTNB que la loi régissant la MFP ne lui permet pas de s'approvisionner facilement en médicaments et servir ses affiliés. Il a indiqué qu'au début, la MFP pouvait s'approvisionner directement chez les fabricants des médicaments et les affiliés n'avaient pas de problèmes. Il a ajouté qu'aujourd'hui, la MFP est obligée de s'approvisionner en médicaments à la CAMEBU. Il a par ailleurs indiqué que l'idéal serait de permettre à la Mutuelle de revenir à l'ancien système de s'approvisionner directement chez les fabricants des médicaments. Cette voie serait la plus rapide pour retrouver des médicaments à un prix moins cher[113].

Selon les informations recueillies à la MFP, cette situation occasionne un manque persistant des produits pharmaceutiques dans ses pharmacies, alors que ces dernières ont été créées dans le but de rapprocher les prestations aux assurés et pour diminuer le non accès facile aux médicaments, même à ceux qui se trouvent dans les coins les plus reculés. La MFP connaît des ruptures fréquentes de stocks des médicaments et la non disponibilité de ces derniers dans ses officines.

Pour les médicaments non disponibles dans les pharmacies de la MFP, les affiliés doivent passer dans une pharmacie privée et un centre optique qui collaborent avec elle[114]. Il est à signaler que pour la plupart des médicaments achetés dans ces pharmacies privées, les affiliés de la MFP se voient appliquer des suppléments en plus du prix du médicament fixé à la Mutuelle. Les pharmacies privées ajoutent au coût réel des médicaments ce qu'elles appellent les « suppléments ».

Cette situation est causée par le fait que pour les médicaments, le remboursement se fait sur la base du coût des génériques. Or, dans la plupart des cas, les médecins prescrivent des spécialités, donc beaucoup plus onéreuses, ce qui laisse au patient un reste à charge élevé. La situation se présente ainsi alors que la convention de collaboration entre la MFP et les pharmacies privées précise que ces pharmacies s'engagent à délivrer aux assurés de la MFP

[113] D. GAKIZA, *op cit.*

[114] MFP, *op. cit.*

les produits pharmaceutiques et objets de pansement remboursables régulièrement prescrits sur les documents prévus à cet effet par la MFP sans dépasser les prix plafonds en vigueur[115].

La même convention renseigne que le refus de fourniture des produits pharmaceutiques et objets de pansement disponibles ou l'exigence d'un supplément au prix plafond aux assurés de la MFP constitue une violation du contrat et entraine par voie de conséquence la rupture de ce dernier sans préavis et le remboursement du supplément à l'affilié par retrait sur la facture de la pharmacie. Par cette convention, les pharmacies partenaires de la MFP s'engagent de réserver un stock de sécurité aux affiliés de la MFP en cas de risque de rupture d'un médicament.

Le problème de la disponibilité des médicaments dans les pharmacies de la MFP a été aussi relevé par les membres de la Commission des affaires sociales, de rapatriement, de l'égalité des genres et de la lutte contre le Sida de l'Assemblée Nationale lors d'une descente qu'ils ont effectuée du 15 au 17 octobre 2018 dans certaines pharmacies et institutions de santé qui collaborent avec la Mutuelle de la fonction publique. Le rapport de cette descente a été présenté lors de la séance plénière de mardi 22 janvier 2019, au cours de laquelle la Commission a saisi l'occasion pour adresser des questions au Ministre des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre[116].

Les membres de ladite Commission ont fait savoir *que les pharmacies de la MFP ne disposent pas de médicaments suffisants. Les affiliés qui se rendent dans les pharmacies de la MFP rentrent souvent bredouille du fait que les médicaments prescrits sur leurs bons ne sont pas disponibles. La Mutuelle de la fonction publique ne leur accorde pas les spécialités. Une fois servis, elle leur demande des suppléments sur base du coût des génériques. De plus, lorsqu'on t'autorise d'aller acheter le médicament dans les pharmacies privées, leurs agents sont déjà au courant du secret qui est entre ces deux structures. Une fois qu'ils voient un bon*

[115] Une des conventions de collaboration entre la MFP et les pharmacies privées trouvées à la MFP.

[116] Assemblée nationale, *Questions orales avec débat à l'endroit du ministre des Affaires sociales, du Genre et des droits de la personne humaine*, publié le 23 janvier 2019 sur le https://assemblee.bi (consulté le 15/5/2023).

de la Mutuelle, ils ne tournent pas autour du pot en disant : « Ce médicament n'est pas disponible »[117].

Dans sa publication du 13 mars 2020, le Journal La voix de l'Enseignant du CONAPES est revenu sur ce problème de disponibilité des médicaments dans les officines de la MFP. Il précise ce qui suit :

« Les pharmacies de la Mutuelle de la fonction publique sont presque vides des médicaments essentiels de certaines maladies chroniques, tandis que celles des privées refusent de servir les affiliés de cette institution. Publiquement, les tenanciers de ces pharmacies privées disent que ces produits ne sont pas disponibles. Discrètement, ils font savoir que la Mutuelle de la fonction publique rembourse les médicaments à un prix très bas par rapport à leur coût réel et à avec retard. Pour cela, ils préfèrent vendre à ceux qui payent cash.

Les bons de fourniture de la Mutuelle de la fonction publique en médicaments n'ont plus de valeur dans les pharmacies privées. Les médicaments dits « spécialités » qui sont chers ne sont plus servis sur présentation de ces bons. Ce refus serait dû par le fait que Mutuelle de la Fonction publique sous-estime le prix des médicaments et ne respecte pas les échéances de paiement. L'affilié de la Mutuelle de la fonction publique n'a d'autres choix que de payer cash ou d'abandonner ce médicament. Comme l'abandon n'est pas facile, surtout lorsqu'il s'agit des cas des maladies graves, ils font tout pour se procurer de ces médicaments »[118].

Cette question de manque de médicaments pour les usagers de la carte de la MFP a été soulevée également par les Sénateurs lors de la séance plénière des questions orales au Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions du 17 mai 2022[119]. Les informations recueillies auprès de certains affiliés de la MFP qui habitent et prestent dans la municipalité de Bujumbura, concordent avec celles fournies par la MFP elle-même et celles tirées de certaines publications sur la non disponibilité des médicaments dans les officines de la MFP.

---

[117] Assemblée nationale, *Questions orales avec débat à l'endroit du ministre des Affaires sociales, du Genre et des droits de la personne humaine*, publié le 23 janvier 2019 sur le https://assemblee.bi (consulté le 15/5/2023)

[118] CONAPES, *Burundi-Fonction publique Mutuelle de la fonction publique : Les affiliés peinent à trouver les médicaments*, publié le 13 mars 2020 sur https://www.voixdelenseignantconapes.org (consulté le 15/5/2023).

[119] Sénat du Burundi, *Compte-rendu synthétique de la séance plénière du 17 mai 2022 relative à une question orale* publié sur le https://www.senat.bi (consulté le 15/5/2023).

Nous pensons aussi que le problème d'accès aux médicaments pour les affiliés de la MFP est également lié à la décision qui a été prise par cette dernière de réviser la liste des médicaments remboursables. La liste réduit les médicaments remboursables par la MFP de 1255 à 826 médicaments. Il est à noter que ces derniers sont seulement des génériques et des spécialités qui n'ont pas de génériques.

Avec cette situation, le grand problème réside dans le fait que même si la MFP a réduit la liste des médicaments remboursables, les médecins continuent à les prescrire aux affiliés pour la simple raison que ces médicaments figurent toujours sur la liste nationale des médicaments essentiels établie par le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions. En telle situation, l'affilié vient avec une ordonnance sur laquelle se trouvent des médicaments qui ne sont pas sur la liste des médicaments remboursables par la MFP et par conséquent, les agents de la MFP lui demandent de retourner chez ce médecin pour qu'il lui prescrive des médicaments remboursables par cette institution de protection sociale (des équivalents). Cela crée des remous entre la MFP et ses affiliés.

Dans ce cas, les conséquences retombent sur les affiliés qui se voient refuser le remboursement de ces médicaments par la MFP et sont obligés de s'en approvisionner à 100% dans les pharmacies privées. Une autre chose est que ces médicaments qui ne figurent plus sur la liste de ceux remboursables par la MFP risquent d'être plus nombreux sur le marché.

CONCLUSION GENERALE

Le régime d'assurance maladie-maternité joue un grand rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé et aux médicaments pour ses bénéficiaires. Il les assure contre les risques financiers liés à la maladie, la grossesse et à un accident de la vie. Le régime d'assurance maladie-maternité permet aux affiliés de faire face à des dépenses de santé et de pouvoir accéder aux soins de santé. Il assure le remboursement des prestations sociales en cas de maladie et de maternité.

Le régime d'assurance maladie-maternité a des relations avec les notions de sécurité sociale, de protection sociale ainsi que celle du droit à la santé. Il est la branche de la sécurité ou de la protection sociale qui prend en charge les dépenses de ses bénéficiaires en cas de maladie et de la grossesse. Quant aux relations avec le droit à la santé, il contribue dans l'amélioration de l'accès à ce droit pour les affiliés à un organisme de protection sociale qui le gère.

Pour bien fonctionner, le régime d'assurance-maladie-maternité repose sur trois principes fondamentaux à savoir le principe de solidarité entre les malades et les biens portants, celui de l'égalité d'accès aux soins de santé ainsi que celui de la qualité des soins de santé.

Dans le monde, le régime d'assurance-maladie-maternité a évolué de manière différente selon les continents et les pays. Il n'a pas évolué suivant une même ligne que ce soit au niveau européen ou au niveau africain. Au Burundi, il a été institué en 1980 et sa gestion a été confiée à un organisme de protection sociale dénommé la MFP en vue de faciliter l'accès aux soins de santé pour les agents publics et assimilés.

En vue de permettre la MFP de fournir à ses affiliés des prestations de qualité, elle a été dotée des organes administratifs dont le Conseil d'Administration et le Comité de direction. Elle été dotée également d'une autonomie financière pour faire face aux dépenses de santé et aux autres dépenses de fonctionnement. En grande partie, les ressources de cet organisme de protection sociale proviennent des cotisations sociales des affiliés.

Dans le même ordre d'idées, la MFP noue des relations de collaboration avec certains prestataires de soins dont les hôpitaux tant publics que privés, des centres de santé publics et

privés ainsi que les pharmacies privées. Elle a, en plus, créé ses propres pharmacies pour essayer de rendre accessibles les médicaments à ses affiliés. En ce qui est des hôpitaux privés, peu d'entre eux ont conclu des conventions de collaboration avec la MFP.

La MFP est aussi dotée d'un cadre légal pour lui permettre de travailler dans la légalité. Force est de constater que certains textes qui régissent la MFP sont presque tombés en désuétude, d'autres n'ont pas été suivis de leurs textes d'application. Il en est ainsi du décret portant statuts de la MFP qui date de 1989 alors que la loi régissant le régime d'assurance-maladie-maternité a été promulguée en 2022. Cette dernière n'a pas été suivie de textes d'application. La même situation se présente pour le code de protection sociale de 2020 qui, jusqu'aujourd'hui, n'a pas de textes d'application.

De plus, les informations recueillies auprès de la MFP renseignent que les ordonnances portant sur les médicaments et autres objets de pansement remboursables par la MFP, qui devaient être actualisées chaque année, ne le sont plus. Ces médicaments et objets de pansement remboursables par la MFP sont déterminés par des décisions dites consensuelles entre la MFP et d'autres intervenants en matière de santé. Cette situation handicape la MFP dans la mise en œuvre de ses prestations à l'endroit de ses prestations et ne lui permet pas de faire face à la concurrence avec les autres opérateurs du secteur privé.

Il sied de rappeler ici qu'il y a des prestations prévues par la loi sur le régime d'assurance-maladie-maternité, mais qui ne sont pas fournies aux affiliés de la MFP.
Comme signalé plus haut, le régime d'assurance-maladie-maternité joue un rôle primordial dans l'amélioration de l'accès des affiliés au droit à la santé. Pour que l'accès à ce régime soit effectif, l'accès aux soins de santé et aux médicaments doit être amélioré.

Le présent travail a permis de montrer que les affiliés de la MFP en général et ceux de la mairie de Bujumbura en particulier n'ont pas accès effectif au régime d'assurance-maladie-maternité. Le caractère automatique et obligatoire d'adhésion à la MFP oblige, dans la plupart des cas, les affiliés de la MFP de se faire soigner dans des structures de santé publiques. Les longues files, le long temps d'attente, la qualité des services et la non disponibilité des médecins spécialistes qui s'observent dans ces hôpitaux poussent certains affiliés de la MFP de se faire soigner dans des structures de santé privées et supportent à 100% les frais liés aux dépenses de santé.

D'autres défis relevés dans le présent travail qui handicapent l'accès des affiliés de la MFP aux soins de santé sont relatifs à la non prise en charge par la Mutuelle de certaines prestations prévues par la loi et des soins de santé à l'extérieur du pays alors que les malades sont référés par les médecins nationaux suite au manque de matériels médicaux modernes sur le territoire burundais. La MFP devrait accompagner ses affiliés malades où qu'ils aillent se faire soigner moyennant un contrôle rigoureux afin d'éviter des fraudes.

Le présent travail a permis également de découvrir que l'accès des affiliés de la MFP aux médicaments n'est pas effectif. Cela est dû à l'indisponibilité des médicaments dans les officines de la MFP suite à des ruptures intempestives de stocks de ces médicaments. L'indisponibilité des médicaments dans les officines de la MFP conduit les affiliés à se rendre dans les pharmacies privées qui collaborent avec la Mutuelle où ils se voient appliquer des suppléments aux prix plafonds de la MFP.

Le non accès aux médicaments est également lié à la décision prise par la MFP de réduire la liste des médicaments remboursables par cette dernière alors qu'ils figurent toujours sur la liste nationale des médicaments essentiels. Les médecins continuent à prescrire ces médicaments et les affiliés éprouvent des difficultés à s'en procurer. Ils sont obligés de les acheter à 100% dans les pharmacies privées. Cela rend difficile l'accessibilité financière aux médicaments.

Face à tous ces défis, nous ne pouvons pas terminer la rédaction de travail sans formuler des suggestions à l'endroit de différents intervenants en la matière.

Ainsi nous proposons au Gouvernement de :

- mettre en place des textes d'application du code de protection sociale de 2020 ;
- actualiser le décret portant statut de la MFP pour l'adapter à la réalité du moment ;
- mettre en place les ordonnances portant fixation des médicaments et autres objets de pansement remboursables par la MFP ;
- réaccorder à la MFP la licence d'importation des médicaments pour éviter les ruptures intempestives de stocks de médicaments ;
- libéraliser l'adhésion à la MFP ;

- autoriser la prise en charge, à un certain pourcentage, des soins médicaux à l'extérieur du pays.

A la MFP, nous suggérons de :

- initier, en collaboration avec le ministère de tutelle, la révision de son cadre légal ;
- prendre en charge toutes les prestations prévues par la loi sur le régime d'assurance-maladie-maternité ;
- suivre de près la mise en application par ses pharmacies partenaires des clauses de leurs conventions de collaboration pour éviter les dépassements des prix plafonds des médicaments ;
- conclure des conventions de collaboration avec plus d'hôpitaux privés pour faciliter l'accès des affiliés aux soins de santé de qualité et en temps voulu ;
- de collaborer avec les médecins prescripteurs de médicaments pour que ces derniers ne puissent pas prescrire des médicaments figurant sur la liste qu'elle a fixée ;
- revoir la liste des médicaments remboursables sur base de la liste nationale des médicaments essentiels pour faciliter l'accès des affiliés à ses produits.

BIBLIOGRAPHIE

A. Textes juridiques

A.1. Législation internationale

1. Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, dans DE SCHUTTER O.et alii, *Code de droit international des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 3ème édition, 2005, 851 pages.
2. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966, dans DE SCHUTTER O. et alii, *Code de droit international des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 3ème édition, 2005, 851 pages.

A.2. Législation burundaise

1. Constitution de la République du Burundi du 7 juin 2018, dans *BOB n° 6/2018*.
2. Loi n° 1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale au Burundi, dans *BOB n° 5 bis/2020.*
3. Loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant code de l'offre des soins et services de santé au Burundi, *dans BOB n° 5 quinquies/2018*.
4. Loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés, dans *BOB n° 9/2003*.
5. Loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré, dans *BOB n° 2/2000*.
6. Décret n° 100/193 du 18 octobre 1989 portant modification des statuts de la Mutuelle de la fonction publique, dans *BOB n° 11/1989*.

B. Ouvrages

1. Fédération internationale pharmaceutique, *Déclaration sur la politique d'améliorer l'accès aux médicaments dans les pays en développement*, Caire, 2005, 5 pages ;
2. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Les principes de solidarité de l'assurance maladie*, janvier 2013, 11 pages.

3. HCNUDH, *Principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme*, Genève, Publications des Nations unies, 2014, 337 pages ;
4. LETOURMY A., *Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains*, Paris, Elsevier, 2008, 963 pages ;
5. MSPLS, *Résumé analytique du profil sanitaire du Burundi*, Bujumbura, 2021, 65 pages ;
6. MUCHIELLI, R., *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*, Paris, Ed. Sociales françaises, Librairie Technique, 1968, 240 pages;
7. OCDE, « Introduction » dans *Health at a Glance 2009 : OECD indicators*, Parsi, éditions OCDE, 2009 ;
8. OMS, *Sélection des médicaments essentiels*, Genève, 2002, 6 pages ;
9. PIERRE A., *Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture*, Paris, Université Paris-Dauphine, 2018, 198 pages ;

C. Articles et revues

1. BOLGIANI I. et alii, « Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse », dans *Revue française des affaires sociales 2006/2-3*, pages 239 à 262 pages ;
2. CÈS S., « L'accès aux soins de santé, définition et enjeux », dans *MC-Informations 286*, 2021, 19 pages ;
3. DE POUVOURVILLE G., « L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? », dans *Annales des Mines - Réalités industrielles2011/4,* pages 19 à 24 ;
4. DE RIBES D. C., « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'assurance maladie et son réseau », dans *Regards 2018/1 (n° 53)*, pages 57 à 68 ;
5. DEFOURNY J. et FAILON J., « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », dans *Mondes en développement, 2011/1 (n° 153)*, pages 7 à 26 ;
6. DORMONT B. et alii, « Refonder l'assurance-maladie », dans *Notes du Conseil d'analyse économique 2014/2 (n° 12)*, pages 1 à 12 ;
7. GATEAUX V. et HEITZ J.-M., « L'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique », dans *Humanisme et entreprise, 2008/1 (n° 286),* pages 13 à 28 ;

8. HUTEAU G., « Assurance-maladie et accès aux soins », dans *Le droit de la sécurité sociale (2021),* pages 99 à 130 ;
9. JUSOT F. et alii, « A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? », dans *Revue française d'économie 2016/4 (Vol. XXXI),* pages 15 à 62.
10. KAMWENUBUSA T. et Alii, Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi, Bruxelles, Wereldsolidariteit-solidarité mondiale, 2011, 180 pages.
11. LIBAULT D., « L'assurance maladie obligatoire au prisme du droit européen », dans *Les Tribunes de la santé 2016/1 (n° 50),* pages 59 à 65 ;
12. NGUYEN-KHAC A., « Mesures de l'accès aux soins : apport d'enquêtes sur des pratiques et perceptions des patients », dans *Revue française des affaires sociales,* 2017/1, pages 187 à 195.

D. Rapports

1. MFP, *Rapport d'activités*, exercice 2021 ;
2. OMS, *Journée de réflexion sur la politique nationale pharmaceutique du Burundi*, Rapport d'atelier, Bujumbura, 1990, 55 pages ;
3. MSPLS, Etude sur le financement de la santé au Burundi, Rapport de synthèse, Bujumbura, 2014, 217 pages.
4. OMS, *Rapport du Secrétariat sur l'accès aux médicaments essentiels*, 2014, 8 pages.

E. Sites internet

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov
2. https://www.directmutuelle.fr
3. https://www.previssima.fr
4. https://www.editions tissot.fr/guide/definition/ayants-droit
5. https://www.previssima.fr/lexique/ayant-droit.html
6. https://www.toupie.org/Dictionnaire/Affiliation.html
7. https://www.tarifdouanier.eu
8. https://www2.ohchr.org
9. https://ww1.issa.int/fr/about/socialsecurity
10. https://www.refworld.org/pdfid/609ed3e74.pdf

11. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health
12. https://www.hcsp.fr
13. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf
14. https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins
15. http://193.95.84.5 › revue_sante_pub › article
16. https://www.robert-schuman.eu/fr
17. https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org
18. https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312247
19. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1
20. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E9345.pdf
21. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057578/
22. https://www.senat.bi
23. https://www.rtnb.bi
24. http://www.mondialisations.org
25. https://www.who.int/fr/news/item/27-02-2020-who-launch-e-eml
26. https://assemblee.bi
27. https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/access-medicines-and-right-health
28. https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/access-medicines-and-right-health
29. https://www.ilo.org.

****