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

Inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi: une étude sur l'accessibilité à la carte d’assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune Gisagara en province Buhumuza

Bimenyimana, Louis; Sous la direction de : Dr Soeur Rosette Minani

2025-11
UB, FLSH
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2212

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

MASTER EN SOCIO-ANTHROPOLOGIE

INEGALITES SOCIALES EN MATIERE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI: UNE ETUDE SUR L'ACCESSIBILITE A LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE POUR LES GROUPES VULNERABLES DE LA COMMUNE GISAGARA EN PROVINCE BUHUMUZA

Par :

BIMENYIMANA Louis

Mémoire

Présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du diplôme de Master en Socio-anthropologie

Option : Socio-anthropologie

Sous la direction de :

Dr Sœur Rosette MINANI

Bujumbura, Novembre 2025

IDENTIFICATION DES MEMBRES JURY

Président: Pr Elie SADIKI

Directeur : Dr Sœur Rosette MINANI

Secrétaire: Dr Aloys TOYI

DEDICACES

À mon père BANKUNDANKIZE François ;

À ma mère KAYOBERA Beatrice ;

À mes frères et sœurs ;

À mes amis et connaissances.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, il sied d'adresser nos sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à son aboutissement. Tout d'abord, nos plus vifs remerciements vont particulièrement à l'endroit de notre directrice de mémoire Docteur sœur Rosette MINANI pour la confiance qu'elle nous a accordé depuis le début de ce travail. Ses conseils avisés, ses précieuses remarques, sa patience et ses encouragements nous ont aidés et motivés dans la réalisation de ce mémoire. Toute une expression appropriée aux enseignants du département de socio-anthropologie au cycle de master de l'Université du Burundi pour la qualité de la formation qu'ils nous ont assurée et qui a constitué une base solide pour la réalisation de cette étude. Pour faire suite, nos appréciations de reconnaissance vont aussi à l'endroit de nos enquêtés rencontrés sur le terrain et qui ont accepté de nous fournir des informations nécessaires pour la réalisation de ce travail. N'eût été leur participation, le présent travail n'aurait pas abouti. Nos sentiments de gratitude vont à l'endroit de nos parents, nos frères et sœurs, amis et connaissances pour le soutien qu'ils nous ont donné et le courage qu'ils nous ont insufflé pendant ces années d'études. Finalement, Nous disons grand merci aux étudiants de notre promotion ainsi que frère KUBWIMANA cristal pour l'encouragement et son soutien moral et matériel qu'il m'a donné.

RESUME

Cette recherche analyse l'inégalité sociale dans l'accès aux soins de santé au Burundi. En se focalisant sur l'accessibilité de la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune Gisagara en province BUHUMUZA. La question de recherche principale examinée est de comprendre pourquoi, malgré l'obligation légale de souscrire à l'assurance maladie, les inégalités persistent. Les résultats confirment que la carte d'assurance maladie facilite réellement l'accès aux soins pour la population vulnérable, valident l'hypothèse centrale. Cependant, des obstacles structurels et socio-économiques tels que les coûts d'inscription, la distance aux centres de santé et la lenteur administrative, limitent l'efficacité de cette politique. L'institution locales jouent un rôle essentiel en accompagnant et orientant les bénéficiaires, mais sur leur capacité reste entravée par des ressources limitées et personnel insuffisant. Contrairement aux attentes initiales, la discrimination fondée sur le statut de résidence et le manque d'information ne constituent pas des obstacles majeurs, ces hypothèses ayant été infirmées. Les politiques de santé abordent théoriquement les inégalités, mais leur mise en œuvre reste inégale et insuffisant adaptée aux réalités locales. Ces résultants montrent que l'assurance maladie est un instrument efficace pour améliorer l'accès aux soins, mais qu'elle ne peut à elle seule résoudre les disparités sociales. La recherche recommande de renforcer les capacités des institutions locales, de décentraliser les services et de mettre en place des mesures compensatoires ciblées pour les populations vulnérables afin de rendre l'accès réellement équitable.

Mots clés : Inégalités sociales, Accès aux soins de santé, carte d'assurance maladie, politique de santé, précarité,

ABSTRACT

This study examines social inequalities in access to hearthcare in Burundi ,focusing on the accessibility of hearth insurance cards for vulnerable groupes in commune Gisagara at BUHUMUZA province. The main research question explored why inequalities persist despite the legal obligation for every citizen to subscribe to health insurance.The results confirm that health insurance card significantly facilitates access to healthcare for vulnerable populations ,validating the central hypothesis .However ,structural and socio- economic barriers sach as registration fees ,distance to health centers ,and administrations delays limit the effectiviness of this policy .Local health institutions play a crucial role in guiding and assisting beneficiaries ,yet their capacity is constrained by limitedlimited resources and staf shortages .Contraly to initial expectations ,discrimination based on residency and lack of information are not major obstacles ,as these minor hyopheses were disproved .Health policies theoretically address inequalities,but their implementation remains uneven and poorly adapted to local realities . The findind indicate that health insurance is an effective tool improving access to healthcare, but alone it con not eliminate disparities . The stady recommends strengthening local institutions, decentralizing services, and implementing targeted support measures to insure truly equitable access for vulnerable populations .

Key words: Social inequalities, Access to health care, Hearth assurance card, Health policy, Vulnerability.

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES JURY i
DEDICACES ii
REMERCIEMENTS iii
RESUME iv
ABSTRACT v
TABLE DES MATIERES vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES xi
LISTE DES TABLEAUX xiii
AVANT-PROPOS xiv
0. INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. Délimitation spatiale 2
0.2. Délimitation temporelle 2
0.3. Délimitation scientifique 3
0.4. Motivations 3
0.5. Motivation personnelle 3
0.6. Motivation scientifique 4
0.7. Motivation sociale 4
0.8. Choix du sujet 4
0.9. Problématique de recherche 4
0.10. Question de recherche : 6
0.11. Hypothèses 6
0.11.1. Hypothèse centrale 7
0.11.2. Hypothèses subsidiaires 7
0.12. Objectif centrale 7
0.12.1.Objectifs subsidiaires 7
0.13. Finalités de recherches 8
0.14. Méthodes et techniques 8
0.15. Récit de vie 9
0.16. Analyse thématique 10
0.17. Fondements théoriques 10

0.18. Etapes de l'analyse thématique 10
0.19. Limites et critiques de l'analyse thématique 11
0.20. Type d'échantillonnage 11
0.21. Choix des informateurs 12
0.22. Choix de la technique de collecte des données 12
0.23. Population d'enquête 13
0.24. Critères de choix des répondants 14
0.25. Délimitation du sujet 14
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL 15
I.1. Conceptualisations 15
I .1.1. La carte d'assurance maladie 15
I.1.2. Théories des inégalités sociales de santé : Discrimination 15
I.1.2.1. Définition de la discrimination 15
I.1.2.2. Théories de la discrimination 16
I.1.2.3. Discrimination raciale et ethnique 18
I.1.2.4. Discrimination de genre 19
I.1.2.5. Discrimination liée à l'orientation sexuelle 19
I.1.2.6. Conséquences de la discrimination sur la santé 19
I.1.2.7. Effet sur la santé mentale 19
I.1.2.8. Santé inégale 20
I.1.2.9. Stratégie pour combattre la discrimination dans les soins de santé 20
I.1.2.10. Santé inclusive 20
I.1.2.11. Engagement communautaire 20
I.1.3. Inégalités sociales aux soins de santé 21
I.1.4. Les différences sociales d'état de santé 21
I.1.5. La grande pauvreté 22
I.1.6. Territoires d'action 22
I.1.7. Précarité aux soins de santé 24
I.1.8. La vulnérabilité et responsabilité 25
I.1.9. Disparité en matière de santé 26
I.2.Théorie de reproduction sociale 26
I.3.Théorie d'intersectionnalité 29
I.3.1. Fondement de l'intersectionnalité 29
I.3.2. Application de l'intersectionnalité dans la santé 30
I.3.3. Implication de l'approche pour la politique de la santé 31
Conclusion du premier chapitre 32
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE ET SES DETERMINANTS. 33

II.1. Introduction 33
II.2. Barrières à l'utilisation de la carte d'assurance maladie 33
II.3. Le Rôle de la carte d'assurance maladie 33
II.4. Dimension culturelles et sociales 33
II.5. Augmentation de l'utilisation des services de santé 34
II.6. Notion d'instruction sur la carte d'assurance maladie 34
II.7. La profession sur la carte d'assurance maladie 35
II.8. La notion du sexe sur la carte d'assurance maladie 35
II.9. Des déterminants du recours aux soins selon l'âge du malade 36
II.10. Milieu de résidence 36
II.11. Milieux de vie 37
II.12. Emploi 38
II.13. Revenu 38
II.14. Inégalités sociales 39
II.15. Les composantes de la carte d'assurance maladie et ses déterminants 39
II.16. Contribution de la mutuelle 41
II.17. Mutuelles de santé 41
II.18. Structure organisationnelle des mutuelles de santé 42
II.19. La politique des mutuelles 42
II.20. Le développement des mutuelles de santé 43
II.21. Le recourt aux services de santé des personnes vulnérables 43
II.22. Santé de la personne âgée au Burundi 44
Conclusion du deuxième chapitre 45
CHAPITRE III : LES INEGALITES SOCIALES EN MATIERE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI 46
III.1. Introduction 46
III.2. Facteurs socio-économiques 46
III.3. Facteurs géographiques 46
III.4. Facteurs culturels et sociaux 47
III.5. Conséquences sur les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé 47
III.6. Les politiques publiques 48
III.7. Le système de santé du Burundi 48

III.8. Les administrations personnalisées 50
III.9. Direction, programmes et services de santé 51
III.10. Produits médicaux, vaccins, infrastructures et équipements 52
III.11. Personnel de santé au Burundi 54
III.12. Prestations de services 54
III.13. Mécanismes de financement de la santé 55
III.14. Qualité des soins et services de santé 56
III.15. Source de financement du secteur de santé au Burundi 56
Conclusion du troisième chapitre 57
CHAPITRE IV. PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS 58
Introduction 58
IV.1.1. Présentation du profil des participants 58
IV.1.2. Procédure de collecte des données 58
IV.1.3. Techniques de collecte des données 59
IV.1.4. Matériel utilisé lors de la collecte des données 59
IV.2. Analyse des données 59
IV.2.1. Accès aux soins dans centres de santé de Bunyerere et Rusigabangazi 59
IV.2.2. Témoignages des patients à Rusigabangazi 60
IV.2.3. Impact de la carte d'assurance maladie 60
IV.2.4. Barrières socio-économiques 60
IV.2.5. Inégalités d'accès à l'information 61
IV.2.6. Sentiment d'exclusion 61
IV.2.7. Perception de la carte d'assurance maladie 61
IV.3. Récit de vie : parcours d'une femme agricultrice 62
IV.3.1. La découverte de la carte d'assurance maladie selon une femme agricultrice 62
IV.3.2. Les obstacles à l'accès d'après une femme agricultrice 62
IV.3.3. L'utilisation de la carte d'assurance maladie 62
IV.3.4. Les retombées sur la vie quotidienne 63
IV.3.5. La carte d'assurance maladie facilite l'accès aux soins de santé pour ses bénéficiaires 63
IV.3.6. Discrimination sur le statut de résidence 64
IV.3.7. Observations 64
IV.3.8. Les procédures d'inscription à la carte d'assurance maladie 64
IV.3.9. Rôle des institutions de santé locales 65
IV.3.10. Obstacles à l'accès à la carte d'assurance maladie 65
IV.3.11. Barrières financiers 66
IV.3.12. Impact sur les ménages 66
IV.3.13. Réduction des inégalités 66

IV.3.14. Interconnexions des théories..... 67
IV.4. Perspective à venir..... 67
IV.5. Recommandations 67
CONCLUSION GENERALE 69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 71
ANNEXES..... 74

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ABREMA : Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments

ADF : African Development Fund

ARV : Antirétroviraux

ASC : Agents de santé Communautaire

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BIF : Burundi Franc

BPSLS : Bureaux Provinciaux de santé et de la Lutte Contre le SIDA

CAM : Carte d'Assurance Maladie

CAMEBU : Centre d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi

CCNE : Comite Consultatif National d'Ethique

CDMT : Cadre de Défenses à Moyens Terme

CNRKR : Centre National de Reference en kinésithérapie et Réadaptation Médicale

CNTS : Centre National de Transfusion sanguine

CSU : Couverture Sanitaire universelle

DGOSA : Direction General de l'offre des Soins, de la médecine traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations

DNILT : Programme National Intégré Lèpre et Tuberculose

DPTA : Direction de la promotion de la médecine Traditionnelle de l'Alimentation équilibrée et l'Alimentation naturelle à avisée

ECD : Centre de santé

EDSDIII : Enquête Démographique et de la Sante troisième éduction

FMI : Fonds Monétaire International

FOSA : Formation Sanitaire

GASC : Groupement d'Agent de santé Communautaire

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HD : Hôpitaux de District

HN : Hôpital National

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (France)

INSP : Institut National de santé publique

INSS : Insécurité National de Sécurité Sociale

LGBTQ+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre, Queer ou en Questionnement, inclut d'autres identités de genre et orientations sexuelles comme intersexué, asexuel(e), pansue

MFP : Mutuelle de la Fonction Publique

MSPLS : Ministère de la santé Publique et de Lutter contre le Sida

OMS : Organisation Mondiale de la santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PCA : paquet complémentaires d'Activités
PEV : programme élargi de vaccination
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PMC : Partenariat Mondiale pour la Couverture sanitaire universelle
PNDSIII : Plan National de Développement de santé troisième éduction
PNILP : Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNIMTNC : Programme National Intégré de Lutte Contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité
PNLS /IST : Programme National de Lutte Contre le SIDA et les infections Sexuellement Transmissibles
PNILMCNT :Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
PNS : Politique National de santé
PNSR : programme National de Santé Reproductive
PRAPS : programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PROGISSA : Programme de Gestion d'Information du système de Santee
PRONIANUT : Programme National Intégré d'Aliments et de Nutrition
PRS : programmes Régionaux de santé
PSDMS : Plan Stratégique pour le Développement des Mutuelles de santé
RAMA : Rwandaise d'Assurance Maladie
RDC : République Démocratique du Congo
RNATB : Réseaux National des Associations des Tradipraticiens du Burundi
SARA : Service Availability Readness
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UN : United Nations
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Funds
VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine
WHO : World Health Organisation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Représentation des déterminants du CAM 40

Tableau 2 : Représentation de l'organisation et le fonctionnement du MSPLS au Burundi 51

AVANT-PROPOS

Le présent mémoire intitulé « Inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi : une étude sur l'accessibilité de la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables dans la commune Gisagara, province de Buhumuza » s'inscrit dans une démarche visant à comprendre les défis persistants qui entravent l'équité sanitaire au Burundi. Dans un contexte où la santé demeure un droit fondamental, de nombreuses familles burundaises continuent de faire face à des obstacles socio-économiques, culturels et institutionnels limitant leur accès à des soins de qualité.

Ce travail se veut une contribution scientifique à la réflexion nationale sur la justice sociale et les politiques de protection sociale. L'analyse menée dans la commune Gisagara, un espace marqué par une forte vulnérabilité socio-économique, permet de mettre en lumière les dynamiques qui influencent l'accès à la carte d'assurance maladie et ses effets sur les conditions de vie des populations les plus marginalisées. Au-delà du simple constat, cette étude offre des pistes de compréhension essentielles pour renforcer les dispositifs existants et promouvoir des stratégies plus inclusives.

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien de diverses personnes et institutions. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon encadreur académique pour son accompagnement constant, ainsi qu'aux autorités administratives et sanitaires de la commune Gisagara qui ont facilité l'accès aux données de terrain. Mes remerciements s'adressent également aux enquêtés qui, par leurs témoignages, ont permis de donner un sens humain et concret à cette recherche.

Que ce travail contribue humblement à l'amélioration des politiques de santé et au bien-être des populations burundaises.

0. INTRODUCTION GENERALE

Au Burundi, les défis en matière de santé sont exacerbés par un contexte socio-économique difficile. Selon l'organisation mondiale de la santé (0MS, 2020), le pays affiche des taux élevés de mortalité infantile et maternelle, ainsi que des maladies transmissibles comme le paludisme et le VIH /SIDA. Environ 70% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté, rendant l'accès aux soins de santé encore plus difficile (Peters et al. ,2008). En effet, le manque d'accessibilité aux soins de santé est particulièrement marqué dans les régions reculées et qui connaissent un climat extrême ou fortement instable. Cela s'explique en partie par le manque d'investissement dans les politiques de santé et les infrastructures nécessaires.

Des facteurs socio-culturels et les inégalités sociales propres au genre, à la classe sociale jouent également un rôle important dans l'accès à la santé[1]. Pourtant, le système de santé burundais est fait par une mutualisation des risques et de couverture sociale en soins de santé qui comprend plusieurs régimes assurantiels. Il s'agit de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), des mutuelles communautaires, de la Carte d'Assurance Maladie restructurée (CAM), de l'assurance des corps de défense et de sécurité, de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les soins liés à la grossesse et à l'accouchement et des assurances par les employeurs du secteur privé.[2] Tous ces régimes peuvent faciliter chaque citoyen burundais à l'accessibilité aux soins.

En effet, « une personne sur deux dépend encore des payements directs pour ses soins de santé. Environ 123 burundais tombent chaque jour dans la pauvreté à cause des dépenses catastrophiques liées à la maladie ; et l'incidence des paiements est de 7% au seuil de 5% comme part de la santé dans les dépenses totales du ménage. Cette dépense aux conséquences est plus importante parmi les couches de la population les plus pauvres (14,4%) que les plus riches (1,8%). »[3]En résume, notre étude se penche sur les inégalités sociales et explore spécifiquement l'accessibilité de la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune GISAGARA.

---

[1] HSFZZ, (15 fevrier2024), *Inégalités sociales d'accès aux soins dans le monde*, (ziekenhuis zonder crezen hôpital sans Frontières)

[2] Ministère de la santé, (20 avril2022), *stratégies sectorielle de la sante 2O21-2027 alignée au plan national de développement du Burundi 2018-2027,* P17

[3] CNRER&ERPACA corse, (juin, 2023), *Accès aux soins : Repères éthiques face aux inégalités,* p11-14

La question centrale de cette recherche est : Comment se fait-il que les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé persistent –elles au BURUNDI ? Cette interrogation nous amène examiner le rôle des institutions locales dans la facilitation de l'accès à la carte d'assurance maladie, ainsi que les obstacles rencontrés par les groupes vulnérables. Les résultats de cette étude sont cruciaux pour comprendre les dynamiques sociales et économiques qui influencent l'accès aux soins, et pour proposer des solutions concrètes. L'hypothèse formulée soutient cette analyse : La carte d'assurance maladie facilite l'accessibilité aux soins pour les bénéficiaires. A travers cette recherche nous visons à éclairer les lacunes dans le système de santé burundais et à formuler des recommandations pour améliorer l'équité en matière de santé. Ainsi ce mémoire ne se limite pas à une simple analyse des inégalités ,mais aspire à devenir un outil de réflexion et d'action pour les décideurs ,les acteurs de santé et la société civile .En mettant en lumière des défis et les opportunités ,nous espérons contribuer à un dialogue constructif sur la nécessité d'un accès équitable aux soins de santé pour tous les citoyens burundais.

0.1. Délimitation spatiale

Des enquêtes seront également menées principalement à l'hôpital MURORE et autres 2 centres de santé de BUNYERERE et RUSIGABANGAZI, pour collecter les données primaires sur les expériences et les besoins des groupes vulnérables en matière d'accéder à la Carte d'assurance maladie. Grâce à des entretiens semi –structurés, la recherche qualitative pourrait relever des besoins non exprimés par les populations vulnérables .Les participants peuvent partager des préoccupations ou des suggestions concernant la carte d'assurance médicale qui n'ont pas étés abordées dans les politiques existant

0.2. Délimitation temporelle

Cette étude se situe dans une temporalité précise : l'enquête de terrain a été menée durant le mois d'aout en 2025, une période marquée par des reformes nationales en matière de protection sociale et par recrudescence des inégalités socio-économiques au Burundi. Ce cadre temporel permet d'analyser l'accessibilité a la carte d'assurance maladie dans un moment ou les ménages vulnérables de la commune Gisagara ,en province Bujumbura ,faisaient face à d'importants défis sanitaires ,financières et administratives influençant leurs possibilités d'accès aux soins.

0.3. Délimitation scientifique

Cette recherche s'inscrit dans les champs de la socio-anthropologie, discipline qui analyse les phénomènes sociaux à travers les pratiques, représentations et rapports de pouvoir qui structurent la vie quotidienne. L'étude mobilise une approche qualitative centrée sur les expériences vécues des groupes vulnérables de Gisagara afin de comprendre comment les dynamiques culturelles, les normes sociales, les inégalités structurelles et les interactions institutionnelles influences l'accès a la carte d'assurance maladie. Cette perspective permet de saisir les logiques locales, les stratégies d'adaptation et les mécanismes sociaux qui produisent ou renforcent les inégalités en santé.

0.4. Motivations

Le choix du sujet doit avoir des motivations. Ce n'est pas par hasard qu'on choisit un sujet. Les motivations pour sélectionner un sujet sont soit personnelles ou académiques comme nous allons le voir dans ce paragraphe suivant.

0.5. Motivation personnelle

En tant qu'étudiant en master 2 de Socio-Anthropologie, le choix de mon sujet de recherche sur les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi, et plus spécifiquement sur l'accessibilité à la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune GISAGARA.

Elle découle d'une préoccupation profonde pour la justice sociale et l'équité en matière de santé. Mon intérêt pour ce thème a émergé d'une expérience personnelle marquante lors d'un stage dans une ONG locale. J'ai été témoin des difficultés que rencontrent les populations marginalisées pour accéder aux soins de santé. ce vécu m'a profondément touché et a suscité en moi un désir de comprendre les mécanismes qui créent et perpétuent ces inégalités .J'ai réalisé que ,malgré les efforts déployés par le gouvernement et les organisations internationales ,l'accès aux soins reste un défis majeur pour de nombreux burundais notamment les personnes vivant avec handicap ,les ménages rurales à faible revenu, et les personnes les plus âgées .La commune de GISAGARA ,avec ses diversités socio-économiques ,représente un cadre idéal pour explorer ces questions.

0.6. Motivation scientifique

Le présent travail revêt un triple intérêt. D'abord, il va nous permettre d'approfondir les matières théoriques vues en classe. Il va boucler notre formation et nous permettre d'accéder au diplôme de Master en Socio-anthropologie plus spécialisé dans la recherche de socio-anthropologie de la santé. Ainsi, une porte ouverte vers les études doctorales. Ensuite, le présent travail constitue une source documentaire pour les futurs chercheurs qui seront intéressés par des questions analogues. De plus, on a l'espoir que ce travail enrichisse la théorie existante en fournissant des nouvelles informations sur l'l'accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables au Burundi.

0.7. Motivation sociale

L'étude de l'accessibilité à la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune Gisagara se justifie par l'importance croissante des inégalités sociales en santé au Burundi. Dans un contexte où de nombreuses familles font face à la pauvreté, aux barrières administratives et à la marginalisation, comprendre les obstacles d'accès à la protection sanitaire devient essentiel. Cette recherche vise à éclairer les réalités vécues par les populations les plus fragiles et à contribuer à la formulation de la politique plus équitable, adaptées aux besoins réels des communautés locales.

0.8. Choix du sujet

Le choix de ce sujet suscite mon engagement de booster ma recherche dans le domaine de socio-anthropologie de la santé du fait d'un seule cours vue en master1 de socio-anthropologie de la santé et de la maladie. Grace à ma recherche, j'espère de contribuer à l'amélioration des condition de vie de la population défavorisée en abordant ce thème, pour faire comprendre la société burundaise les problèmes que rencontrent les groupes vulnérable lors de l'accès aux soins de santé .En se penchant sur l'accessibilité de la carte d'assurance maladie , nous souhaitons mettre en lumière les difficultés qui empêchent de bénéficier des soins de santé dont ils ont besoin.

0.9. Problématique de recherche

Les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé des populations, selon l'enquête menée en France en 2016 la persistance des inégalités sociales dans le domaine de la santé est bien établie « les *personnes mieux éduquées, bénéficiant d'un*

statut professionnel plus important, ou de revenus plus élevés, présentent des taux de morbidité et de mortalité plus faibles. Bien que les inégalités sociales existent dans le domaine de la santé dans toutes les sociétés du monde, l'ampleur de ces inégalités varie à l'échelle spatiale »[4]. En 2008, l'OMS formulait la définition des déterminants sociaux de la santé de la manière suivante : « *Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie »*,[5] ces circonstances étant déterminées par des forces politiques, sociales et économiques (Revue de l'OMS publie le20 avril2023). Des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé dans le monde.

En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) souligne que si l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers (Revue de l'inégalité dans le monde publier le15avril2024). Par ailleurs l'accès aux services de santé au Burundi est généralement défini par ses aspects physiques, financiers et culturels et en matière d'accessibilité géographique. « *Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place des districts sanitaires.*

L'accessibilité géographique devient satisfaisante puisque la population en général peut accéder à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en défaveur des milieux ruraux ».[6] Pour financer leurs dépenses de santé, la majorité des burundais font recours au paiement direct des soins. Avec un faible pouvoir d'achat de la population, ce mode de paiement limite l'accès aux soins de santé. Le nouveau plan de développement sanitaire 2019-2023 souligne que le gouvernement devrait apporter un appui substantiel dans la consolidation et l'opérationnalité du district sanitaire y compris le niveau communautaire.

Une attention particulière devra être portée essentiellement sur, le renforcement du système de référence, l'assurance qualité des soins à tous les niveaux, la formation continue des prestataires des soins, le renforcement de la création de la demande des services. En termes de

[4] L'ESS. (mai, 2016*), Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants : principaux résultats de l'édition 7 de l'enquête sociale européenne* p3

[5] OMS, (5juillet, 2023), *comment agir sur les causes sociales sur les inégalités de santé?*

[6] Ministère de la sante publique et de la lutte contre le sida *: Analyse de la situation du plan de développement sanitaire 2019-2023*

disponibilité et d'accès, la quasi-totalité des services préventifs et promotionnels est subventionnée[7]. Le Burundi dans sa Politique Nationale de Santé (PNS 2016-2025) donne des orientations pour garantir l'accès à tout le monde sans laisser personne derrière dans le cadre de la couverture sanitaire universelle surtout la catégorie des personnes vulnérables.

Pour pallier à ce problème, les recherches ont montré que le gouvernement du Burundi avait mis en place une politique que chaque membre de la famille au Burundi âgé de 18 ans doit avoir une carte d'assurance maladie (CAM) en 2025. Normalement le système de santé reste caractérisé par la verticalité des programmes de santé souvent centrée sur la maladie ; ce qui n'est pas de nature à favoriser l'intégration de l'offre des services centrés sur la personne. En dépit de la multiplicité de ces régimes assurantiels, les paiements directs des ménages restent élevés et constituent une barrière importante à la couverture universelle en santé.

0.10. Question de recherche :

La question de recherche est bien entendue d'un énoncé interrogatif qui reformule et explicite d'une certaine manière le problème identifié. Pour notre travail, la question de recherche principale est formulée ainsi : « Comment se fait-il que les inégalités sociales en matières de santé Persistent –elles au Burundi malgré que l'assurance maladie est obligatoire pour chaque citoyen »? Cette question centrale est accompagnée avec autres trois questions subsidiaires qui sont entre autres : Quel est le rôle des institutions de la santé locale dans la facilitation l'accès à la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables ? Quelles sont les principaux obstacles rencontrés par les groupes vulnérables pour accéder à la carte d'assurance maladie ? Comment les politiques de santé abordent –elles les inégalités sociales sur l'accès aux soins de santé ?

0.11. Hypothèses

Tout chercheur doit en effet présupposer au départ un point de vue, lequel constitue ce qu'on appelle le concept opérationnel ou hypothèse de travail. On peut définir les hypothèses comme « des réponses anticipées à des questions de recherches et elles doivent leur correspondre ainsi qu'au problème.»[8]Les hypothèses sont nécessaires pour guider et

[7] ibidem

[8] N'D A, P., *Recherche et méthodologie et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel*, et son article, Le Harmattan, Paris, 2015, p.33

opérationnaliser la recherche dans les activités précises à mener. Nous optons pour les hypothèses de types inductifs. Selon J. L. Loubet, les hypothèses de type inductif partent des faits pour arriver à l'idée qui constitue l'hypothèse, « c'est la confrontation avec les phénomènes, avec la réalité qui donne naissance aux hypothèses.»[9]Concernant les hypothèses de types inductifs, les faits restent toujours au centre du raisonnement, mais pour découvrir les idées susceptibles de les expliquer, le chercheur va puiser dans des idées préexistantes. Dans la présente recherche, nous allons démontre les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi tout s'intéressant sur la carte d'assurance maladie et les hypothèses sont formulées de la manière suivante.

0.11.1. Hypothèse centrale

La carte d'assurance maladie facilite l'accessibilité aux soins de la santé pour les bénéficiaires.

0.11.2. Hypothèses subsidiaires

1. La discrimination basée sur le statut de résidence aggrave les obstacles à l'accès de carte d'assurance maladie.
2. Le manque d'informations sur les procédures d'inscription à la carte d'assurance maladie impacte l'accès aux soins de santé.
3. L'assurance maladie joue un rôle important pour garantir l'accès aux soins de santé.

0.12. Objectif centrale

Analyser les déterminants sociaux de l'accessibilité de la carte d'assurance maladie.

0.12.1.Objectifs subsidiaires

1. Comprendre comment les conditions socio-économiques impactent sur l'accessibilité aux soins.
2. Découvrir les barrières socioculturelles liées à l'accès aux soins de santé.
3. Montre le rôle de la carte d'assurance maladie pour les citoyens burundais.

[9] LOUBET DEL BAYLE, J.L., *Introduction aux méthodes des sciences sociales*, Éduard privat, Toulouse, 1978, p.162

0.13. Finalités de recherches

La finalité principale de la recherche scientifique en sciences sociales est la production des nouvelles connaissances afin de mieux comprendre un phénomène. On distingue plusieurs finalités de l'enquête sociologique, mais pour notre cas nous avons opté pour la finalité descriptive et la finalité compréhensive[10].La recherche sur les inégalités sociales en matières d'accès aux soins de santé au Burundi, en particulier concernant la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune Gisagara, vise plusieurs finalités entre autres :

1. **Identifier les barrières à l'accès aux soins :** la première finalité de cette étude est de comprendre les obstacles que rencontrent les groupes vulnérables, tels les ménages à faible revenus, les personnes âgées et les personnes handicapées etc., pour accéder aux soins de santé.
2. **Evaluer l'efficacité de la carte d'assurance maladie :** la recherche entend également évaluer l'impact de la carte d'assurance maladie sur l'accessibilité aux soins. Il s'agirait d'analyser si cette initiative gouvernementale répond réellement aux besoins des populations vulnérables et si elle permet de réduire les inégalités en matière de santé.
3. **comprendre les perceptions des bénéficiaires :** une autre finalité est d'explorer les perceptions et les attitudes des bénéficiaires potentiels vis -à- vis de la carte d'assurance maladie. Comprendre ce que la communauté pense de cette carte, de son utilité et ses limites fournis des « insights » précieux pour améliorer son utilisation.

0.14. Méthodes et techniques

Dans n'importe quel domaine le chercheur définit la méthodologie qu'il compte utiliser pour aboutir à des résultats fiables. S'agissant des recherches qui s'effectuent en sciences sociales et humaines, il y a trois méthodes : « les méthodes quantitative, la méthode qualitative et la méthode quali-quantitative.»[11] La méthodologie privilégiée dans cette étude est l'approche qualitative. Nous préférons cette méthode qui vise la qualité de l'information. Selon Paul N'da, « la recherche qualitative en sciences humaines et sociales a comme but premier de comprendre des phénomènes sociaux (des groupes d'individus, des situations sociales, des

[10] Institut de recherche sur les mouvements sociaux, *Les finalités de recherche en sciences sociales*, 2016 in https://iresmo.jimdofree.com/2016/09/18/les-finalit%C3%A9s-de-l-enqu%C3%AAte-en-sciences-sociales/ consulté Dimanche le 27/4/2025 à 9h00 min

[11] CAMPENHOUT, L.V., et al, *Manuels de recherches en sciences sociales*, p.11

représentations.»[12]Pour le cas de notre étude nous cherchons à comprendre les inégalités liés aux soins de santé ainsi que les perceptions des individus sur la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables .Selon Aubin, « la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent, à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative.» [13]

Comme la recherche qualitative permet de répondre à la question pourquoi ? Ou comment ?, nous avons trouvé que cette méthode est efficace pour amener au bon port notre étude. Selon Kamel Boucherf, « la méthode qualitative conçoit le monde social comme un univers construit selon la signification que donnent les acteurs aux faits sociaux. L'objectif de la recherche ne réside pas dans l'explication des phénomènes observés, mais il s'agit de les comprendre sans prétendre à la généralisation. La compréhension des faits exige une attitude étrangère à l'idée d'externalité, car elle a pour but de saisir le sens qu'octroient les acteurs à leurs actions.» [14] Le phénomène des inégalités sociales aux soins de santé est un phénomène complexe ce qui fait que son analyse nécessite une étude de chaque cas. Cette méthode est adaptée à la présente recherche dont l'objectif est d'explorer les préoccupations des groupes vulnérables à l'accessibilité aux soins.

I 'approche qualitative, nous aidera notamment à mener des entretiens semi- structurés avec les bénéficiaires de la carte d'assurance maladie avec des catégories des personnes vulnérables et les prestataires des soins de santé ainsi que les agents de santé communautaires pour comprendre leurs perceptions sur la carte d'assurance maladie.

0.15. Récit de vie

La méthode du récit de vie dans notre recherche nous permet de recueillir des témoignages approfondis auprès des bénéficiaires du carte d'assurance maladie en se concentrant sur leur expériences d'accès à la carte d'assurance maladie. Cette méthode offre une plateforme pour que les individus partagent leurs histoires, révélant ainsi des obstacles souvent invisibles dans les données quantitatives.

---

[12] N'D A, P., Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, op.cit., p. 22

[13] AUBIN-AUGER, I., *Introduction à la recherche qualitative in revue française de médecine générale*, vol.19 (n°84), 2008, pp : 142-145

[14] BOUCHERF, K., Méthodes quantitative vs méthode qualitatif *: Contribution d'un débat in les cahiers du cread*, 32 (n°116), 2016, pp : 9-30

Par exemple, des participants peuvent discuter des difficultés rencontrés lors de l'inscription à la carte d'assurance maladie ou des stigmates sociaux qui compliquent leurs accès aux soins. La méthode du récit de vie est ancrée dans des traditions théoriques qui valorisent l'expérience individuelle. Selon des auteurs tels que M.E.L. de L.M.J.A.R. (2011), cette approche permet de comprendre comment les individus construisent leurs identités à travers leurs histoires personnelles. Bruner (1990) souligne également l'importance des récits dans la formation de la réalité sociale. En utilisant cette méthode, notre recherche s'inscrit dans une tradition qui reconnait la richesse des expériences subjectives face aux structures sociales.

0.16. Analyse thématique

Notre étude est centrée sur une analyse thématique qualitative utilisée pour identifier et rapporter des thèmes dans les données .Elle permet de structurer des informations complexes et d'extraire des motifs significatifs en liens avec un sujet de recherche .Selon Braum et clarke (2006),dans leur article fondamental « Using Thematic Analysis in Pschology »,cette méthode est particulièrement utile pour interpréter des expériences subjectives et fournir une compréhension approfondies des données .

0.17. Fondements théoriques

L'analyse thématique repose sur des principes bien établis dans les sciences sociales Flick (2018), dans son ouvrages « An Introduction to qualitative Research» souligne que cette méthode permet de donner du sens des données variées, notamment à travers des entretiens, des groupes de discussions et des observations.

L'approche favorise une exploration en profondeur des perceptions individuelles et des contextes sociaux, ce qui est essentiel pour des sujets complexes comme l'accès aux soins de santé.

0.18. Etapes de l'analyse thématique

Braun et Clarke (2006) décrivent plusieurs étapes clés que nous suivons dans notre travail

1. Familiarisation avec les données : Les chercheurs doivent s'immerger dans les données pour en comprendre les nuances.
2. Génération des codes initiaux : ce processus implique la création de codes qui résument des segments de données.

3. Recherche des thèmes : Les codes sont regroupés pour former des thèmes plus larges permettant une organisation systématique des données
4. Révision des thèmes : chaque thème est révisé pour s'assurer qu'il représente fidèlement les données.
5. Définition et dénomination des thèmes : les thèmes finaux sont finis et nommés de manière claire.
6. Rédaction du rapport : Les résultats de l'analyse sont présentés de manière cohérente et argumente.

Comme nous cherchons à comprendre des inégalités en matière d'accès aux soins de santé dans notre thématique de recherche, cette analyse est souvent utilisée pour explore des enjeux de santé. Dans « Qualitative Research in Health Care »(2013), Pope et Mays discutent de l'importance de cette méthode pour comprendre les perceptions et les expériences des patients, ils soulignent que l'analyse thématique permet de révéler des inégalités dans l'accès aux soins, en exposant les voix des groupes marginalisés. Dans l'utilisation de ce dernier pour étudier les inégalités sociales en matières d'accès aux soins de santé est particulièrement pertinente .Marmot (2015), dans « The Health Gap : The Challenge of an Unique World » aborde les déterminants sociaux de la santé et l'impact des inégalités. En appliquant cette analyse les chercheurs peuvent déceler des motifs récurrents liés à l'accès aux soins en mettant en lumière les obstacles que rencontrent par les groupes vulnérables.

0.19. Limites et critiques de l'analyse thématique

Malgré ses avantages, l'analyse thématique n'est pas sans critique .Terry et al, (2017) dans « Reflexive thematic analysis : A reflexive approch to thematic analysis » mettent en garde contre les risques de biais interprétatifs .Ils soulignent l'importance de la réflexivité dans le processus d'analyse pour éviter de projeter des préjuges sur les données. Cela implique que nous devons être conscients de manière que les influences de nos répondants ne peuvent pas affecter l'interprétation de nos résultats collectés.

0.20. Type d'échantillonnage

Dans notre étude nous avons préféré l'échantillonnage par **« convenance »** qui consiste à sélectionner les participants qui sont facilement disponibles pour le chercheur, selon Creswell (2014) , cette approche est souvent choisie lorsque le temps et les ressources sont limités.

Dans le contexte de notre recherche sur l'accès aux soins au Burundi ,cette méthode permet d'atteindre rapidement notre population cible qui inclut un échantillon de 19 Participants composés par 10 femmes et 9 hommes tels que personnes vivant avec handicap, les ménages à faible revenu, les femmes au foyer ,les mères célibataires et avec deuxième groupe composé par les prestataires de soins : les chef de centres de santé ,les agents de santé communautaires, tous ces personnages fréquentent souvent dans les centre de santé locaux vont nous fournir des informations utiles .

Les bénéficiaires de la carte d'assurance maladie composés par hommes et femmes âgées de 18 ans à 65ans résident dans les différents villages de la commune

Professionnels de santé dont Médecins, infirmiers, pharmaciens agents de santé communautaires

Membres communautaires : leaders communautaires

0.21. Choix des informateurs

Dans le contexte de cette étude, le choix des informateurs est crucial pour garantir la richesse de la recherche et la représentativité des données, un échantillon pertinent sera basé sur les promoteurs de la santé et les bénéficiaires de la carte assurance maladie issues de différent catégories sociales. Ces acteurs peuvent fournir des informations précieuses sur les barrières des populations dans l'accès à la carte d'assurance maladie sur les dimensions de la vulnérabilité sociale. Des interviews avec les groupes vulnérables : les personnes vivant avec handicap, les femmes enceintes et les personnes plus âgées, les ménages à faible revenu, etc. Pour comprendre leurs expériences et défis qu'ils rencontrent.

0.22. Choix de la technique de collecte des données

Compte tenu de notre sujet à l'étude et du genre de l'information à recueillir, nous optons pour l'entretien semi-directif et l'observation directe. Nous avons choisi l'observation directe car au cours de l'entretien, il y a des informations qui ne sont pas dites mais qui se présentent de manière non verbale. C'est par l'observation directe que nous allons compléter les informations de l'interview. Selon Léon, *« le choix de technique de collecte des données est étroitement lié au solidaire à la nature du phénomène étudié.»* [15]

[15] BARIBEAU, et ROYER, C*., L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation* in Revue des sciences de l'éducation, 38(1), 2012, pp : 23-45

D'une manière générale, l'entretien peut être tenu comme « *une méthode de collecte d'informations qui se situe dans une interaction entre un intervieweur et un interviewé en vue de partager un savoir expert et de dégager une compréhension d'un phénomène*[16].» Dans un entretien on utilise un processus de communication verbale pour recueillir les informations en fonction d'un objectif déterminé.

La démarche inductive en sciences humaines et sociales est souvent utilisée avec des techniques de collectes de données comme entretien et observation. Du fait que nous sommes dans cette démarche notre technique de collecte de données est l'entretien qui sera accompagné par des observations directes. On distingue trois types d'entretien : il y a entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif. Nous inclinons utiliser l'entretien semi-directif qui permet un dialogue entre l'enquêteur et l'enquêté. On l'appelle semi-directif « *en ce sens qu'il n'est pas entièrement libre, ni entièrement dirigé par un grand nombre de questions précises structurées. Habituellement, le chercheur dispose d'un guide d'entretien (questions-guides), relativement ouvert qui permet de recueillir les informations nécessaires. Mais il ne posera pas forcement toutes les questions dans la formulation et l'ordre prévu.»* [17] Les techniques de collecte des données pour notre recherche seraient centrées sur Groupes de discussions, observation ethnographique et analyse documentaire .pour groupe de discussion il faudrait réunir pour un entretien des groupes d'informateurs issu de deux catégories différentes : les prestataires de soins et les groupes vulnérables.

0.23. Population d'enquête

Dans un travail de recherche, quand le chercheur a fixé l'objectif de l'étude ainsi que les objectifs spécifiques, le travail qui lui reste est de préciser la population d'enquête. Définir la population d'enquête, « *c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose.»*[18] Notre sujet est centré sur les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé précisément sur l'accessibilité à la carte d'assurance maladie, le terrain d'enquête de notre objet d'étude est la commune Gisagara principalement à l'hôpital MURORE ainsi que deux centres de santé de RUSIGABANGAZI

[16] N'D A, P., *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines Réussir* sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, p.144

[17] BLANCHET, A., et GOTMAN, A., L'enquête et ses méthodes, Nathan, Paris, 1992, p.50

[18] ibidem

et BUNYERERE. La population d'enquête est composée par les bénéficiaires de la carte d'assurance maladie de ladite commune dont les groupes vulnérables et les prestataires de soins de santé.

0.24. Critères de choix des répondants

Vu l'objet de cette étude, les critères de sélection des répondants dépend d'abord par trois critères : critères liés à la santé, critères de vulnérabilité et critères d'engagement. Pour les critères liés à la santé notre enquêtés doivent avoir utilisés les services de santé au cours de des 12mois dernières que ce soit pour des soins préventifs ou curatifs ,les répondants peuvent être outillées à l'utilisation de la carte d'assistance médicale ou non .Quant à la critère de vulnérabilité ,des individus ayant des limitations physiques qui peuvent rencontrent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins ,des femmes enceintes et mères célibataires et les personnes âgées souvent confrontés à des problèmes de mobilité ou des besoins spécifiques .ces derniers doivent être représentées .Le dernier critère est celui d'engagement . Les répondants choisis devraient être prêts à partager leurs expériences et leurs opinions de manière ouverte et honnête.

0.25. Délimitation du sujet

Notre étude est focalisée directement sur les groupes vulnérables de la commune Gisagara en province de Cankuzo, Buhumuza actuel. En se situant sur la province Buhumuza, cette région couvre un cadre rural, favorisant l'agriculture, avec des routes en mauvais état complique le transport des patients vers les établissements de santé. L 'étude se concentrera sur les groupes vulnérables notamment les personnes vivant avec handicap, les ménages à faible revenu et les personnes âgées.

Ces groupes sont souvent les plus touchés par les inégalités en matière de santé et leur difficulté à accéder à la carte d'assurance maladie exacerbe leur état de santé. Comme la commune Gisagara abrite plusieurs structures de santé, cependant notre champ de recherche se focalisera sur deux centres de santé et un hôpital.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

I.1. Conceptualisations

I .1.1. La carte d'assurance maladie

Carte d'assurance maladie peut être définie « comme un document ou dispositif qui regroupe les données médicales essentielles d'un individu, telles que les antécédents médicaux, les allergies, les traitements encours et d'autres informations critiques »[19] . Selon Dupont (2010), dans son ouvrage « Gestion des urgences médicales » cette carte est essentielle pour garantir une prise en charge rapide et précise des patients, notamment en situation d'urgence ou chaque second compte. Elle couvre les éléments suivants :

1. Information personnelles : Nom, date de naissance et coordonnées.

2. Antécédents médicaux : Maladies chroniques, interventions chirurgicales antérieurs.

3. Allergies : Réactions aux médicaments, aliments ou autres substances.

4. Traitement encourt : Médicaments prescrits et thérapeutes en cours.

5. Contact d'urgence : personne de contact en cas d'urgence.

Tous ces éléments sont cruciaux car ils permettent aux professionnels de santé de prendre des décisions éclairées rapidement.

I.1.2. Théories des inégalités sociales de santé : Discrimination

I.1.2.1. Définition de la discrimination

La discrimination en matière de santé peut être définie comme traitement inégale ou injuste des individus en fonction des caractéristiques telles que la race, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, ou le statut socio-économique.[20]Williams et Mohammed (2009) soulignent que la discrimination peut se reproduire à différents niveaux, notamment au sein des institutions de santé, dans l'interaction entre les professionnels de santé et les patients et dans les attitudes et les croyances sociétales.

[19] Dupont,J .(2010) *Gestion des urgences medicales* .

[20] Williams .R . , & Mohammed, S.A. (2009).*Discrimination and health disparities*

I.1.2.2. Théories de la discrimination

Plusieurs théories expliquent la discrimination dans le domaine de santé ;

a) Théorie de l'inégalité structurelle

Cette théorie, développée par des chercheurs comme Phelan et Link (2015), soutiennent que les inégalités sociales et économiques créent un environnement propice à la discrimination. Les groupes marginalisés sont souvent confrontés à des obstacles systémiques qui limitent leur accès aux soins de santé[21].L'inégalité structurelle se réfère à des systèmes et des processus institutionnels qui créent et maintiennent des inégalités entre différents groupes sociaux. Mormot (2005) a été pionnier dans l'étude des déterminants sociaux de la santé, affirmant que les inégalités en matière de santé ne sont pas le résultat de choix individuels, mais plutôt de structures sociales inégales. Il ne souligne que les facteurs tels que le statut socio-économique, l'éducation et l'environnement de vie jouent un rôle crucial dans la détermination de la santé des individus. Wilkinson et pickett (2010), dans leur ouvrage « The spirit Level », examinent comment l'inégalité économique peut affecter la santé et le bien-être des populations.

Ils soutiennent que les sociétés plus inégales connaissent non seulement des résultats de santé inferieur, mais aussi des niveaux plus élevés de violence, de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. Leur analyse met en avant le fait que l'inégalité structurelle crée des contextes sociaux qui nuisent à la cohésion communautaire et à la solidarité. En connexion avec l'idée de Bourdieu, les mécanismes par lesquels les inégalités se reproduites sont au cœur de la théorie de l'inégalité structurelle. Bourdieu (1986), à travers le concept de capital social et culturel explique comment les inégalités sont perpétuées par l'accès différentiel aux ressources et aux opportunités. Les groupes privilégient, en raison de leur capital économique et culturel, sont mieux placés pour naviguer dans les systèmes sociaux, tandis que les groupes marginalisés sont souvent piégés dans des cycles d'inégalités.

b) Théorie de la stigmatisation

Goffman (1963) a introduit le concept de stigmatisation, qui explique comment certains caractéristiques sociales peuvent entrainer un traitement différencie. Les personnes stigmatisées peuvent internaliser cette discrimination, ce qui peut affecter leur santé mentale

[21] Phelan,J.C. ,& Link,B.G(2015) . *Is racism a fundemental cause of inequalities in health* ?

et physiques[22]. La stigmatisation peut être définie comme un processus par lequel certaines caractéristiques sociales, physiques ou comportementales d'un individu sont perçues négativement, entraine une dévaluation et une discrimination. Goffman dans son ouvrage emblématique «stigma: Notes on the Management of spoiled identity » a été l'un des premiers à explorer la stigmatisation en tant que phénomène social, soulignant comment les individus stigmatisés sont souvent marginalisés et exclus des interactions sociales normales .Goffman distingue entre « le stigma de caractère », qui fait référence à des attributs personnels, et le « stigma de groupe », qui est lié à l'appartenance à un groupe social particulier.

Link et Phelan (2001) développent une approche intégrative de la stigmatisation, en identifiant cinq composantes clés: l'identification d'une différence, l'association de cette différence à des stéréotypes négatifs, la séparation entre le « nous » et le « eux », la perte de statut et le traitement discriminatoire. Leur modèle montre comment ces éléments interagissent pour créer un cycle de stigmatisation qui peut avoir des répercussions graves sur la santé mentale et physique des individus.

En relation avec l'idée de Corrigan et Watson (2002), les conséquences de la stigmatisation sont particulièrement prononcées dans le domaine de la santé. Ils ont examiné les effets de la stigmatisation sur les personnes atteintes de troubles mentaux, affirmant la stigmatisation peut conduire à l'auto-stigmatisation, où les individus internalisent les stéréotypés négatifs, aggravant ainsi leur souffrance psychologique. Ils constatent que la stigmatisation peut également entraver l'accès aux soins, les individus stigmatisés étant moins susceptibles de rechercher de l'aide en raison de la peur du jugement. Rush et al. (2005) renforcent cette idée en démontrant que la stigmatisation entraine une diminution de l'estime de soi et un isolement social, ce qui complique encore davantage l'accès aux ressources nécessaires pour le bien être. Sa recherche montre que la stigmatisation peut également exacerber les inégalités en matière de santé, car les groupes déjà marginalisent comme les minorités ethniques ou les ménages vulnérables à faible revenus, sont souvent plus susceptibles de subir des stigmates.

c)Théorie de la perception des risques

Selon la théorie de la perception des risques (Floyd, 2010), les professionnels de santé peuvent avoir des préjuges inconscients qui influencent leur évaluations des besoins des

[22] Goffman,E .(1963) . Stigma : *Notes on Management of spoiled identity*.

patients[23]. Ces préjuges peuvent mener à des décisions cliniques biaisées. La perception des risques peut être définie comme le jugement subjectif que les individus portent sur la gravité et la probabilité de risques potentiels. Slovic(1987), l'un des pionniers dans ce domaine, a introduit le concept de « dreead risk » (risque de peur), qui se réfère à des dangers perçus comme plus menaçants en raison de leur imprévisibilité, de leur gravité potentielle ou de leur association à des évènements tragiques.

Slovic a également souligné que la perception des risques est souvent influencée par des facteurs émotionnels et cognitifs, et non seulement des données quantitatives. Fischhoff et al. (1979) ont proposé un modèle psychométrique de la perception des risques, qui identifient plusieurs dimensions influençant la perception telles que la nouveauté, la contrôlabilité, et la gravité. Ce modèle met en évidence que les individus évaluent les risques non seulement sur la base donnée objectives, mais aussi en fonction de la manière dont ces risques sont présentés et perçus dans la culture. Les recherches ont identifiés plusieurs facteurs qui influencent la perception des risques. Khneman et Trersky(1978), avec la théorie des perceptives, ont démontré que les individus prennent souvent des décisions irrationnelles en matière de risques, influencés par des biais cognitifs.

Par exemple les gens peuvent surestimer les risques liés à des évènements médiatisés, comme les accidents liés à la conduite des automobiles. Dans le domaine de la santé, la perception des risques joue un rôle crucial dans la prise de décision. Lupton(1999) a analysé comment les perceptions des risques liés à des comportements tels que le tabagisme, l'alcoolisme et l'alimentation influencent les choix individuels. Elle souligne que les individus interprètent les informations sur les risques différemment en fonction de leurs expériences personnelles, de leur éducation et de leur contexte socio-culturel.

I.1.2.3. Discrimination raciale et ethnique

La discrimination raciale dans les soins de santé est bien documentée. Une étude de La Veist et al.(2003) a révélé que les Afro-Américains sont souvent traitées différemment par rapports à leurs homologues blancs, ce qui se traduit par un accès réduit aux soins et des résultats de santé moins favorables [24]. Les raciales dans l'accès aux soins de santé sont également

[23] Floyd,R.G.(2010) . *Risk perception and health disparities.*

[24] LaViest,T.A. , et .(2003).*The association of discrimination with health*.

observées chez les populations immigrées ,qui peuvent rencontrent des barrières linguistiques et culturelles dans leur interactions avec le système de santé (Baker et al.,2006) [25].

I.1.2.4. Discrimination de genre

Les femmes sont également souvent confrontées à des discriminations dans le domaine de santé. Une étude de Regitz et al. (2018) a montré que les femmes sont moins susceptibles de recevoir des traitements appropriés pour les conditions telles que la douleur cardiaque, souvent sous-estimée par les professionnels de santé[26].

De plus, les femmes peuvent faire face à des attitudes condescendantes ou paternalistes de la part des médecins, ce qui peut affecter leur confiance dans le système de santé (Buchbinder et al. 2016).

I.1.2.5. Discrimination liée à l'orientation sexuelle

Les personnes LGBTQ+ subissent également des discriminations dans l'accès aux soins de santé. Selon une étude de Meyer (2003), les individus appartenant à cette communautés sont souvent confrontées à des préjuges de la part des professionnels de santé, ce qui peut les dissuader de recherches des soins[27] . Cette discrimination peut se traduire par des expériences négatives, telles que des refus de traitement ou un manque de sensibilité aux besoins spécifiques de la communauté LGBTQ+.

I.1.2.6. Conséquences de la discrimination sur la santé

La discrimination peut significativement entraver l'accès aux soins de santé. Les études montent que les individus qui subissent de la discrimination sont moins susceptibles de chercher des soins préventifs et de respecter les recommandations médicales (Schmitt et al. 2014)[28] . Cette situation peut mener à un retard dans le diagnostic et traitement des maladies.

I.1.2.7. Effet sur la santé mentale

La discrimination est également associée à des effets négatifs sur la santé mentale. Les personnes qui subissent des discriminations régulièrement peuvent développer des problèmes tels l'anxiété, la dépression, et le stress post-traumatique (Williams et Mohammed, 2009).

---

[25] Baker.D.W et al.(2006) *Health literacy and the risk of hospital admission*.

[26] Regitz,M ., et al.(2018). *Gender differences in the treatment of pain*

[27] Meyer,I.H.(2003) .*Prejudice,social stress,and mental health in guy men*

[28] Schmitt,M.T.,et al.(2014) .*The impact of discrimination on health care utilisation*

Ces problèmes de santé mentale peuvent, à leur tour, affecter la santé physique, créant un cycle de détérioration de la santé.

I.1.2.8. Santé inégale

Les conséquences de la discrimination se traduisent par des résultats de santé inégaux. Par exemple, les Afro-Américains et les latinos aux Etats-Unis ont des taux plus élevés de maladies chroniques comparativement aux blancs, souvent en raison de l'accès inégales aux soins de santé (Hernandez et al. 2014). Cela souligne l'importance d'aborder la discrimination pour améliorer les résultats de santé.

I.1.2.9. Stratégie pour combattre la discrimination dans les soins de santé

La formation des professionnels de santé à la sensibilité du culturel est essentiel pour réduire la discrimination. Des programmes de formation qui abordent les biais inconscients et les préjuges peuvent aider à modifier les attitudes des prestataires de soins (Kirk Patrick et al. 2018). Ces formations doivent inclure des scenarios pratiques et des discussions sur les expériences vécues par les patients issus des groupes marginalisés.

I.1.2.10. Santé inclusive

Les politiques de santé doivent être conçues pour promouvoir l'équité et l'inclusion. Cela inclut l'élaboration de directives qui prennent en compte les besoins des groupes marginalisés, ainsi que la mise en place de mécanismes de signalement des cas de discriminations dans les établissements de santé (Bhatia et al., 2017)

I.1.2.11. Engagement communautaire

L'engagement des communautés dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé peut aider à garantir que les services répondent aux besoins spécifiques des populations marginalisées .Les partenariats entre les organisations communautaires et l'établissement de santé peuvent améliorer la confiance et l'accès aux soins (Brach et Fraserirector,2010) . En guise de conclusion, la discrimination en matière de santé est problème complexe qui nécessite une approche multidimensionnelle. Les fondements théoriques de la discrimination, ainsi que ses manifestations et conséquences, mettent en lumière la nécessite d'une action concertée pour aborder ces inégalités.

En sensibilisant les professionnels de santé, en élaborant des politiques inclusives et en engageant les communautés, il est possible de réduire la discrimination et d'améliorer l'accès aux soins pour tous.

I.1.3. Inégalités sociales aux soins de santé

Inégalités sociales d'accès aux soins de santé décline en expression **«** accès aux soin**s** » est polysémique et désigne tout autant une possibilité ou accessibilité, notamment en termes de droits sociaux, que l'usage ou recours qui en est fait ou pas. Il est classique de se référer au concept d'accessibilité développé par Andersen (Andersen et al. 1977). L'accès aux soins est potentiellement la possibilité d'accéder aux soins ou recours aux soins. L'accès aux services de santé est décrit comme la résultante de trois ordres de facteurs : déterminants sociétaux, caractéristiques du système de soins et déterminants individuels (Andersen et al. 1978).

Les déterminants individuels recouvriraient, outre l'état de santé perçu, des facteurs prédisposant (caractéristiques démographiques, niveau d'instruction, catégorie socio-professionnelle, opinions et croyances des individus) et des facteurs favorisants (correspondant à la capacité des individus à se procurer des services de soins en fonction de leurs : le niveau de revenu, le type de protection sociale, l'existence d'une source de soins habituelle).

En termes de référence, l'institut de médecine des États-Unis a défini l'accès aux soins comme *« l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé »* [29](Lurie, 1997). L'accès aux soins est décliné en «accès primaire », c'est-à-dire entre dans le système de soins ou son degré d'utilisation, et en «accès secondaire », correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact.

I.1.4. Les différences sociales d'état de santé

Les différences sociales d'état de santé Sont qualifiées d'inégalités sociales de santé, dans la mesure où elles concernent un objet socialement valorisé (la santé), où elles renvoient à une hiérarchie sociale et où le principe de justice sociale est en cause (Aïach et al. 2004). Ainsi, pour parler d'inégalités sociales de santé, quel que soit l'objet considéré, deux conditions doivent être réunies.

[29] CNERER, (juin2023), *Accès aux soins : Repères éthiques face aux inégalités*, p30

D'une part, il doit s'agir d'un objet socialement valorisé, comme la santé par opposition à la maladie, mais ce peut être également le sentiment de bien-être par rapport à la souffrance, ou des soins efficaces par rapport à d'autres qui ne le sont pas.

D'autre part, cet objet socialement valorisé doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominée : les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, du sexe ou de l'origine ethnique. Ainsi, les disparités constatées (de consommation médicale, de prise en charge…) ne peuvent être qualifiées d'inégalités sociales que dans la mesure où elles ont des effets négatifs sur la santé en rapport avec des relations sociales hiérarchisées.

I.1.5. La grande pauvreté

La grande pauvreté définie par l'INSEE comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian. Elle est souvent associée à d'autres situations socioéconomiques: une pauvreté héritée ou ancienne; une accumulation de plusieurs handicaps dans des domaines essentiels comme la santé, le logement ou l'éducation; l'appartenance à un groupe ethnique, une histoire marquée par des ruptures importantes; un sentiment de différence, de non-appartenance, de rejet conduisant à la marginalisation. L'exclusion est à la fois un processus et un état, consacrant un défaut d'intégration (ONPES, 2000). Elle est notamment caractérisée par l'absence (pendant une période plus ou moins longue) de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné[30].

Un «exclu» est une personne qui se trouve dans un état de pauvreté et ne bénéficie pas parce qu'elle n'en a pas le droit, ignore ses droits, ou n'a pas l'énergie de faire les démarches nécessaires. Des possibilités d'aide correspondant le plus à sa situation (revenu, logement, école, santé). L'exclusion couvre donc la dimension économique (absence d'emploi et insuffisance répétée de ressources), la non-reconnaissance ou le non-usage des droits (sociaux, civils et politiques) et les relations sociales.

I.1.6. Territoires d'action

L'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations «les plus démunies», en situation de «précarité sociale», «confrontées à l'exclusion» ou «fragilisées», selon

[30] Jean P., Hélène A., & Pierre L., *Inégalités sociales de sante : Quels impacts sur l'accès aux soins de préventions*, (2006), La santé au risques du social numero55 printemps P8

l'expression employée, nécessite, pour être efficace, de définir les limites des populations ciblées et de connaître leurs besoins spécifiques, notamment en matière de santé, afin d'élaborer des programmes d'intervention adaptés. Les acteurs de proximité susceptibles d'être en contact avec ces populations, tels les travailleurs sociaux, les bénévoles du milieu associatif ou les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, professionnels des services d'accueil des urgences, des centres d'examens de santé, des centres de soins gratuits, des plannings familiaux, de la protection maternelle et infantile) font partie des personnes les mieux placées pour participer à la mise en œuvre de ces interventions ciblées.

L'efficacité de ces interventions nécessite, par ailleurs, une bonne coordination de ces acteurs. Les caractéristiques et les besoins des populations en situation de précarité sociale sont fortement conditionnées par le contexte socioéconomique et l'environnement local, et sont donc très variables en fonction des besoins considérés. L'échelle territoriale choisie pour définir les programmes d'intervention en santé devrait donc permettre de répondre de façon adaptée aux besoins spécifiques des populations ciblées et de coordonner efficacement les acteurs[31].

Le département paraît de ce fait être un territoire pertinent pour définir les programmes d'intervention (c'est notamment le cas des programmes de dépistage organisé des cancers), leur mise en œuvre pouvant être modulée au niveau infra départemental, en fonction des particularités locales. Ainsi, le département constitue souvent le niveau de mise en œuvre opérationnelle des Programmes régionaux de santé (PRS) instaurés par les ordonnances de 1996, dont font partie les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) introduits quelques années plus tard par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Les PRAPS ont pour objectif d'identifier une liste de priorités d'actions à mener pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, plus particulièrement en situation de précarité sociale, et sont destinés à coordonner l'ensemble des initiatives locales, départementales et régionales.

[31] Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé. Le score épices: *l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé de l'assurance maladie*. Rapport d'étude Janvier 2005. Saint-Étienne, Assurance maladie Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé

I.1.7. Précarité aux soins de santé

La notion de la précarité recouvre à la santé « *est relative à des situations sociales très diverses, conséquences de processus de précarisation d'origine variée: précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, fragilisation due à la maladie ou à la faible santé. Ces processus, caractérisés par l'instabilité des situations correspondent à un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* »[32] .

Ainsi, dès lors qu'une fragilité dure et qu'elle se cumule avec d'autres fragilités, soit acquises précédemment, soit surgissant à l'occasion de la difficulté principale, le risque de précarisation croît fortement. La précarité ne doit pas être confondue avec l'exclusion ou la pauvreté. Elle touche en réalité une partie de la population qui va bien au-delà des populations pauvres ou exclues. Par exemple les acteurs sociaux font souvent référence à la définition retenue par le Conseil économique et social, en 1987, donnée par Wresinski : La « *précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* ».[33]

L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (Wresinski, 1987). En 1998, dans le champ de la santé, le Haut Comité de santé publique a donné une définition plus large, « elle *correspond à un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté et de l'exclusion* » (HCSP, 1998).

Ces processus sont dynamiques et évoluent constamment. Les situations de précarité sont donc susceptibles d'être transitoires et réversibles (HCSP, 1998; Parizot, 1998). Elles touchent des individus issus de tous les milieux sociaux et professionnels, bien que frappant

[32] Berkman, l. F., t. Glass, i. Brissette et t. E. Seeman. 2000. « *From social integration to health*: Durkheim in the new millennium », Social Science and Medicine, p 843-857.

[33] Bruchon-schweitzer, m. 2002. Epices Psychologie de la santé.

plus fortement les plus démunis. Ces situations étant complexes et difficiles à caractériser, il est difficile de connaître précisément la proportion de personnes touchées.

I.1.8. La vulnérabilité et responsabilité

La vulnérabilité n'est pas réservée à une ou des catégories de personnes : « *c'est le lot qui échoit à l'être humain, l'épreuve d'une commune humanité Aussi, la vulnérabilité est-elle d'abord* ***« partagée*** *» Elle revêt une double dimension, à la fois passive et active : on dispose de la capacité à être affecté mais aussi de capacités d'adaptation et de réponse, ainsi, elle n'est pas tant carence que ressource et même point d'appui de l'approche éthique dans la mesure où elle permet de répondre»* [34], répondre « pour autrui », une responsabilité pour autrui » en-deçà et au-delà de la responsabilité juridique, « Une reconnaissance de soi par l'autre, « homme capable », qui surmonte l'épreuve de la dissymétrie, voire du mépris et de la méprise rituel sont également concernés, selon les théories, des besoins d'affiliation, d'accomplissement, de puissance de ces approches se dégagent un point important à retenir : par-delà des besoins génériques propres à tout être humain, qu'ils soient latents ou exprimés, il est nécessaire d'être à l'écoute des besoins propres des individus .En effet, chaque individu a des besoins qui lui sont spécifiques. Or, les besoins des personnes peuvent dépasser ce qu'autorise le cadre légal et ce que permettent les outils à disposition en termes d'ajustement au contexte spécifique des personnes.

Les professionnels font alors l'épreuve de contraintes multiples et du manque de disponibilités humaines, temporelles, matérielles, etc. Ces situations sont sources d'épuisement et peuvent alimenter la crise des valeurs et le malaise des soignants relevés dans l'avis du CCNE. Au contraire d'une approche surplombante qui risque de projeter une interprétation normative, univoque et située du « bien » à viser en pratique, une approche compréhensive. Maslow, « A theory of human motivation, The Psychological Review, vol. 50, n°4, p. 370-396, 1943 ».

Certes, cet essai de hiérarchisation a été critiqué car il apparaît trop « figé ». Il permet toutefois d'identifier des sphères essentielles au bien-être des individus leur articulation avec les enjeux collectifs, sans imposer ni contraindre, mais en tenant compte des réalités hétérogènes et complexes qu'embrassent les individus dans les différentes dimensions de leur existence et de leur agir.

[34] A. Maslow, « A theory of human motivation », The Psychological Review(1943), vol. 50, n°4, p.370-396

I.1.9. Disparité en matière de santé

Les disparités en matière de santé font référence aux écarts dans la qualité de la santé et des soins de santé dans tous les groupes raciaux et ethniques, mais les causes des disparités en matière de santé font l'objet d'un large débat. Les raisons semblent être multifactorielles, mal comprises et complexes. « *Il faut tenir compte des facteurs liés aux patients, tels que le revenu, la couverture d'assurance, le cadre médical dans lequel les soins sont reçus, la rapidité des soins reçus et le respect des plans de traitement par les patients* [35]». Il y a aussi les facteurs liés aux prestataires, notamment le manque de compétences culturelles, les stéréotypes négatifs qui influencent la prise de décision clinique, les préjugés raciaux/ethniques et les styles de pratique des médecins. Enfin, les données dépeignent qu'une grande partie de la responsabilité de la santé raciale/ethnique et des disparités en matière de soins de santé incombe aux systèmes de soins de santé.

Donc, il y a trois grandes catégories de causalité semblent émerger dans les facteurs liés aux patients, les facteurs liés aux prestataires et les facteurs institutionnels. Les disparités en matière de santé résultent des caractéristiques personnelles, socio-économiques et environnementales des groupes ethniques et raciaux, telles que « *des conditions de vie moins bonnes, la ségrégation raciale et ethnique, les logements à risque, le racisme, la discrimination, les stéréotypes et le manque d'éducation de base de qualité, les barrières culturelles et linguistique* [36]» .Le terme « vulnérabilité » a été utilisé conjointement avec celui de disparité en matière de santé. (Flaskerud, 2000) et ses collègues définissent une population vulnérable comme une population qui connaît des disparités en matière de santé en conséquence directe d'un manque de ressources et/ou d'une exposition accrue au risque, comme les populations minoritaires, les pauvres, les handicapés, les homosexuels et les immigrants.

I.2.Théorie de reproduction sociale

a) capital social

La théorie de reproduction sociale a été conçue par Pierre Bourdieu. Dans son ouvrage « La distinction : Critique sociale du jugement publié en 1984, l'auteur montre que « *la santé*

[35] MEFICs, (juillet 10 ,2020), *disparité en matière de santé*, p8

[36] *Bourdieu, P.(1984).Distinction :A Social Critique of the Judgemt of taste . Cambidge : Havard University press . P 170-175*

d'individu est influencée par son environnement sociale, économique et culturel. Cette approche stipule que les inégalités sociales jouent un rôle essentiel dans la reproduction des inégalités de santé. Les individus appartenant à des classes sociaux défavorisées ont moins de ressources pour accéder aux soins de santé de qualité et adopter des comportements défavorables à la santé »[37] .

Bourdieu affirme également que la santé n'est pas seulement une question individuelle, mais aussi une question sociale et politique. Il met en évidence l'importance des politiques publiques. Robert Putnam (2000) dans « Bowling Alone : the collapse and Revival of American community »explore la notion de capital social, définie comme les réseaux et les normes qui facilitent la coopération au sein de la communauté. Putnam souligne que des communautés avec le capital social élevé affichent de meilleur résultats en matière de santé car le soutien social et l'engagement civique sont essentiels pour améliorer le bien-être[38]. En connexion avec l'idée de Bourdieu, le capital culturel, qui inclut les connaissances et les compétences, influence le comportement de la santé.

Il démontre que les individus issus de milieux favorisés adoptent plus facilement des comportements de santé positifs, car ils disposent de ressources et de connaissances pour faire des choix éclairés. Bourdieu (1990) développant le concept de d'habitus qui désigne les dispositions durables façonnés par l'environnement social.

a) L'habitus

L'habitus influence les perceptions de santé, amenant souvent les individus défavorisés à normaliser des conditions de vie précaires et à percevoir et leurs problèmes de santé comme inévitables[39]. Michael Marmot (2005) dans « social Determinants of Health inequalities» examine comment le statut socio-économique affecte la santé. Il affirme que les inégalités de santé sont profondément enracinées dans les déterminants sociaux, tel que l'éducation et l'emploi plaident pour une approche qui intègre les facteurs politiques de la santé[40]. Dans son rapport de 2010 « Fair society, health lives » Marmot propose des recommandations pour

[37] *ibidem*

[38] Putman ,R .D.(2000) . *Bwling Alone : the Collapse and Revival of American community*. New York simon & Suchuster. p18-20

[39] Bourdieu, p. (1990*). The logic of Pracice . Stanford* : *Stanford* University press. 52-55

[40] Marmot, M. (2005). *Social Determinants of Health Inequalities*. The Lancet, p 1099-1104

réduire les inégalités de santé, mettant l'accent sur l'importance de l'équité dans l'accès aux ressources et aux opportunités. Selon Nancy Krieger (2001) dans « A Glossary for Social Epidemiology» introduit les concepts clés pour l'épidémiologie sociale, soulignant l'importance des déterminant structurels dans l'analyse des inégalités de santé.

Dans « Epidemiology and the people's Health »(2012),Krieger continue d'explorer comment les inégalités sociales affectent la santé ,en confirmant que les politiques de santé doivent aborder ces questions de manière systématique pour le bien-être de la population[41] .Les inégalités d'accès aux soins de santé sont un facteur déterminant dans la reproduction des inégalités Aday et Anderson(1974) dans « the Role of social class in Health Behaviour » montre que les choix de mode de vie varient significativement selon le statut socio-économique ,les individus avec un capital culturel élevé étant plus enclins à adopter des comportent favorables à la santé . Quelquefois, selon l'idée de Link et phelan (1995), « *le stress chronique peut être liée aux conditions socio-économiques défavorisées à des conséquences délétères sur la santé physique et mentale* »[42] .

Dans son ouvrage « Social Conditions as Fundemental of causes of Diseases » soutiennent que les conditions de vie difficiles augmente le risque de maladies mentales et physiques en créant un cycle de reproduction des inégalités de santé en harmonie avec la pensée de Frieden (2010) dans « A Framework for Public Health Action » insiste sur l'importance de la sensibilisation et de l'éducation pour modifier les comportements de santé .Des programmes éducatifs adaptes aux différents contextes culturels peuvent aider à promouvoir des choix de modes de vie plus sains Pour réduire les inégalités de santé en favorisant un accès équitable aux soins pour tous. Bien que les inégalités sociales existent dans l'accès aux soins de santé, elles peuvent perpétuer et renforcer les inégalités de santé au sein de la population. En d'autres termes les individus issus des milieux défavorisés peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé en long terme. Kawachi et Berkeman (2000) dans « Social Cohésion, Social Capital and Health » explorent comment des réseaux sociaux solides peuvent améliorer la santé en favorisant le soutien social et solidarité.

[41] Krieger, N. (2001) .*A Glossary for Social Epidemiology. Journal of Epidemiologuy and Community Health ,P 693-700*

[42] Link ,B .G. ,& Phelan ,J.(1995) . *Social conditions as Fundemental causes of diseases* . Journal of Health and social Behavior , p80-94

c)une situation préoccupante

En réfléchissant sur cette théorie et celui de l'intersectionnalité que nous allons voir dans le passage suivant , les inégalités en matière d'accès aux soins de santé au Burundi sont particulièrement préoccupantes .En raison de la pauvreté généralisée, des infrastructures de santé sous-développés, de nombres burundais ont un accès limite aux services de santé de base .Les populations rurales et les groupes vulnérables tels que les personnes vivant avec handicap, les femmes enceintes et les personnes les plus âgées sont plus souvent touchées . Les conséquences de ces inégalités sociales sont multiples en matière d'accès aux soins médicaux adéquats sont plus susceptibles de développer les maladies évitables, de souffrir de complications de santé et de décéder prématurément.

De plus les inégalités de santé peuvent également avoir un impact économique sur les individus et les familles en les poussant dans la pauvreté due aux coûts élevés des soins. Cette théorie offre un cadre analytique essentiel pour comprendre comment les inégalités sociales se traduisent en disparités de santé. Les travaux de Bourdieu, Marmot, Krieger et d'autres enrichissent notre compréhension des mécanismes à l'œuvre. En intégrant ces perspectives dans des politiques de santé, il est possible de travailler vers une société plus équitable ou chacun a la possibilité de jouir une bonne santé.

I.3.Théorie d'intersectionnalité

I.3.1. Fondement de l'intersectionnalité

Kimberlé Crenshaw (1989) a été pionnière dans la conceptualisation de l'intersectionnalité dans son article « Dermarginalizing the Intersectionnality of Race and Sex ». Elle critique les mouvements féministes et antiracistes pour leur tendance à traiter la race et le genre comme des catégories distinctes, sans reconnaitre les expériences uniques des personnes qui se trouvent à l'intersection de ces identités. Dans la même perspective Patricia Hill Collins (2000) dans « Black feminist thought », collinis développe l'idée que l'identité de race, de classe et de genre s'entrelacent pour façonner les expériences des femmes noires. Elle insiste sur l'importance de la perspective féministe noire pour comprendre la dynamique de pouvoir. Elle arguait que les expériences des femmes noires ne peuvent être comprises sans prendre en compte les structures socio-économiques et culturelles qui les affectent.

Néanmoins, l'intersectionnalité est un cadre théorique qui permet d'analyser comment les différentes dimensions de l'identité, telles que le genre, la race, la classe sociale et l'orientation sexuelle interagissent pour façonner les expériences des individus, en particulier en matière de santé. Cette théorie peut éclairer les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé, en mettant l'accent sur l'accessibilité de la carte d'assurance médicale. Un concept développé par Kimberle Crenshaw, est devenu un cadre essentiel pour l'analyse des inégalités sociales. Dans le domaine de la santé, elle permet d'examiner comment les différentes facettes de l'identité, telles que la race, le genre, la classe sociale et le statut socio-économique, interagissent pour l'influencer l'accès aux soins.

I.3.2. Application de l'intersectionnalité dans la santé

Dans le domaine de l'épidémiologie, l'intersectinnalite a été utilisée pour analyser comment les inégalités en santé sont affectées par les facteurs multiples. M.T.H.H(Tina) Jansen et ses collègues, dans leur étude intitulée « Intersectionality in Health Research : A Scoping Review » (2020), examinent comment l'intersectinnalité a été intégrée dans la recherche en santé. Ils concluent que l'approche intersectionnelle permet d'identifier des groupes à risque spécifiques et d'élaborer des politiques de santé. Un autre domaine où l'intersectinnalité est cruciale est celui de la santé mentale. Kimberle A.Crenshaw, dans ces travaux ultérieurs, évoque l'importance de comprendre comment les facteurs interventionnels influencent le bien-être mental. Par exemples les femmes noires dont elle parlait pouvaient être confrontées à des niveaux plus élevés de stress et d'anxiété en raison de la combinaison de la discrimination raciale et de la pression sociale liée au genre. Cela est corroboré par des études comme celle de Williams et Mohammed dans « Discrimination and Health inequelities »(2009), qui montrent que les expériences discriminatoires ont un impact direct sur la santé mentale des minorités.

Cette approche a des principes fondamentaux, l'un est la reconnaissance de la multiplicité des identités. Patricia Hill Collins dans son ouvrage « Black Feminist Toughts : Knowledge, Conciousness, and the Politics of Empowerment » (1990), met en lumière comment les identités raciales et de genre influencent les expériences de santé des femmes afro-américaines. Collins soutient que les femmes noires subissent des inégalités spécifiques en matière de santé en raison de l'interaction entre le racisme institutionnel et le sexisme. Cette approche met également en lumières la nature systémique des discriminations dans le domaine de la santé. Nancy Krieger (2001) propose un cadre pour comprendre comment les

déterminants sociaux de la santé sont influencés par les facteurs structurels tels que la race ,genre et classe , elle insiste sur le fait que les inégalités en santé résultent non seulement de choix individuels ,mais aussi de contextes sociaux et politiques qui marginalisent certaines groupes.

En croisant la théorie de reproduction sociale avec l'intersectinnalité, nous pouvons élaborer une compréhension plus riche des inégalités sanitaires. Par exemple, une étude sur la santé des femmes afro-africaines relevé dans l'ouvrage de Crenshaw(1989) montre que leur état de santé est affecté non seulement par leur classe sociale, mais aussi par leur race et leur genre. Les soins de santé préventifs, tels que les dépistages, peuvent être moins accessibles en raison de stéréotypes raciaux et discrimination de le système de la santé. Dans son livre « Health Inequalities : Critical persectives » (2014), les auteurs comme Williams et .Mohammed explorent comment les inégalités raciales et socio-économiques se chevauchent, entrainant des disparités marquées dans les résultats de santé. L'exploration de ces deux théories à travers les études enrichit notre compréhension. Par exemple, les travaux de Paul Farmer, notamment dans « pathologies of Power »(2003), illustrent comment la pauvreté et la violence structurelle affectent la santé des populations marginalisées en Hait.

I.3.3. Implication de l'approche pour la politique de la santé

Une approche d'intersectionnalité a des implications profondes pour les politiques de santé. En reconnaissant que les inégalités de santé sont les résultats de facteurs sociaux complexes et imbriqués, il devient clair que les solutions doivent être multidimensionnelles. Les interventions de santé publiques doivent tenir compte des différentes identités et des contextes sociaux des individus pour être efficaces. Par exemple des programmes qui ciblent spécifiquement les groupes vulnérables dans les zones rurales défavorisées peuvent être nécessaires pour améliorer les résultats en santé.

Dans l'analyse des inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi par exemple, cette approche permet de prendre en compte la diversité des facteurs qui contribuent à la marginalisation de certaines populations et l'exclusion des services de santé par exemple, les groupes vulnérables vivant dans la commune Gisagara peuvent être confrontés à des barrières géographiques, économiques, d'âges, politiques ou d'accessibilité physique . Dans ce cas ils se retrouvent dans une situation de triple discrimination qui entraves son accès aux soins de santé.

Ces différentes formes de discriminations interagissent entre elles et renforcent l'effet de chacune sur la santé de la population. Ainsi en abordant les inégalités en matière d'accès aux soins de santé à travers le prisme de l'intersectionnalité, il devient possible d'identifier les groupes vulnérables et de proposer des interventions adaptées qui tiennent compte des diversités de la marginalisation. Du moins, en intégrant l'intersectionnalité dans cette recherche sur les inégalités en matière d'accès aux soins au Burundi, il est possible de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux inégalités et de formuler les recommandations politiques plus efficace pour réduire les disparités et améliorer l'accès aux soins de santé pour tous les burundais.

En conclusion, le mariage entre ces deux théories offre un cadre analytique puissant pour comprendre les inégalités en matière de santé. En intégrant ces perspectives, nous pouvons mieux saisir la complexité des déterminants sociaux de la santé et développer des stratégies plus efficaces pour lutter contre les inégalités.

En fin de compte, la santé ne peut être considérée comme une question individuelle, mais comme enjeu profondément ancrée dans les structures sociales et dynamiques de pouvoir. En adoptant une approche intersectionnelle, les chercheurs et les décideurs peuvent œuvrer pour une justice en santé qui reconnait et valoriser la diversité des expériences humaines.

Conclusion du premier chapitre

L'analyse du cadre theorique et conceptuel a permis de situer des inégalités d'accès aux soins dans une perspective socio-anthropologique centrée sur les rapports sociaux, les logiques culturelles et les structures institutionnelles qui influencent la santé au Burundi. Les notions d'accessibilité, de capital social, ainsi que les approches structurelles des inégalités ont servi de fondement pour comprendre comment les individus interagissent avec le système de protection sanitaire, notamment à travers la carte d'assurance maladie. Le chapitre suivant de la revue de la littérature montre que l'accès à cette carte est façonné par une multiplicité de déterminents: Conditions économiques, niveau d'information, dynamique familiale, rapports de pouvoir locaux, distance aux services, dispositifs administratifs et capacité d'action des individus. Plusieurs travaux soulignent également que les inégalités en santé prennent racine dans des mécanismes structurels persistants, souvent aggraves par la pauvreté rurale et faiblesse de l'offre publique. Ainsi, la convergence entre le cadre théorique et les résultats de de la littérature met en évidence la nécessite d'une analyse intégrée, attentive à la fois aux déterminants sociaux, culturels et institutionnels.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE ET SES DETERMINANTS.

II.1. Introduction

L'accès aux soins de santé est un droit fondamental, mais il demeure inégal dans de nombreux contextes, notamment au Burundi. Les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé se manifestent à travers facteurs, notamment économiques, culturels et géographiques. Cette revue de la littérature explore ces dimensions tout en se concentrant sur l'accessibilité de la carte d'assurance maladie, un dispositif conçu pour améliorer l'accès aux soins pour les groupes vulnérables.

II.2. Barrières à l'utilisation de la carte d'assurance maladie

Les recherches indiquent que même lorsque des dispositifs d'assurances maladie existent, leur utilisation peut être entravée par des divers facteurs. Par exemple des études en Afrique subsaharienne montrent que le manque d'information sur les droits liés à la carte d'assurance maladie et à la méfiance envers le système de de santé peut limiter son adoption (Bennett et al. ,2013). De plus, les croyances culturelles et les stigmates associés à certaines maladies jouent un rôle crucial dans la décision d'un individu de recherche des soins, même avec une carte d'assurance maladie en main.

II.3. Le Rôle de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie est outil mis-en pas par le gouvernement et les ONG pour réduire les barrières financières à l'accès aux soins. Elle vise à faciliter la prise en charge des soins pour les groupes vulnérables, en offrant des consultations gratuites et à prix réduit. Cependant, plusieurs études montrent que l'efficacité de ces cartes dépend de leur mise en œuvre et la sensibilisation des populations concernées (Ranson et Al. ,2006). Dans le contexte burundais, la carte d'assurance maladie a été introduite pour répondre à des besoins critiques, mais son impact réel reste à évaluer.

II.4. Dimension culturelles et sociales

L'influence sociale est aspect souvent négligé dans l'analyse des inégalités d'accès aux soins de santé. Les normes sociales, les croyances et les attitudes envers la santé peuvent déterminer la volonté des individus à utiliser les services de santé.

Par exemple dans certaines communautés, les perceptions négatives des établissements de santé modernes peuvent inciter les gens à se tourner vers des praticiens traditionnels, même en disponibilités de services médicaux modernes (Klein et al. 2015).

II.5. Augmentation de l'utilisation des services de santé

Des recherches montrent que les cartes d'assurance maladie peuvent effectivement augmenter l'utilisation des services de santé. Plusieurs études ont montrent que ces cartes peuvent également améliorer les résultats de santé .Par exemple, une étude réalisée par Ranson et al. (2010) a constaté que les bénéficiaires de la carte avaient un meilleur état de santé en général et une réduction des maladies évitables. Ces résultats soulignent l'importance de l'accès aux soins pour améliorer la santé des populations.

II.6. Notion d'instruction sur la carte d'assurance maladie

Le niveau d'éducation des adultes est généralement considéré comme un élément important du niveau de santé des ménages. De nombreuses études confirment l'hypothèse de Kloos (1987) cité par Fournier et Haddad (1995), selon laquelle le recours aux soins de santé augmente avec le niveau d'éducation des patients[43]. De même, dans les études réalisées au Cameroun par Christophe Commeyras et Jean Rolin NDO (1999), au Rwanda par MUNYAMAHORO M. et NTAGANIRA J., (2012) attestent que les personnes avec un niveau d'éducation élevé ont tendance à recourir aux consultations plus souvent par rapport aux personnes avec un niveau d'instruction faible.

En effet, les personnes sous diplômées recourent moins fréquemment aux soins et ceci est dû au fait qu'elles manquent souvent de moyens financiers ou sont moins familiarisées avec le système de soins. Souleymane Sikiro (2008), avance que l'accessibilité des membres de ménage aux soins de santé n'est pas corrélée au niveau d'éducation du chef de ménage. Van Dooslaer, Koolman et Jones (2004) via un Logit multinomial ont montré que l'éducation est, à côté du revenu, le plus important facteur socioéconomique contribuant aux riches de fréquenter les médecins spécialistes, et que les niveaux faibles d'éducation fournissent une plus grande contribution aux pauvres de fréquenter les médecins généralistes. De la part de Steven Woolf(2001) professeur de médecine familiale et de santé de la population à la Virginia et directeur du « Center on Society and Health », il a montré que le

[43] Després C., Irdes P.D., Fantin R. & Legos F. (2008). *Dépense de santé et l'accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins*. pp. 85–96

désinvestissement dans l'éducation entraine davantage des maladies et des coûts de soins médicaux plus élevés qui annulent les économies prévues dans le pays. L'éducation mène généralement à de meilleurs emplois, à plus d'argent et à de nombreux autres avantages, notamment une meilleure assurance maladie, qui permet un meilleur l'accès à des soins de qualité.

II.7. La profession sur la carte d'assurance maladie

La profession qu'exerce la carte d'assurance maladie est une variable souvent utilisée dans les modèles qui cherchent à expliquer le recours aux soins de santé. L'hypothèse sous-jacente est que l'l'accès aux soins médicaux est différent suivant la profession du chef de la famille. Dans son étude, Mormiche (1995) a défini le groupe de professionnels (cadres, employé et profession intermédiaire) par les cols blancs. Il a constaté que les individus dont le chef de ménage est un col blanc ont plus recours aux médecins que ceux dont la carte d'assurance maladie est un paysan ou ouvrier (avec un l'accès moyen), en dernier lieu, viennent les ménages avec un CAM artisan ou commerçant. Plus surprenant, la hiérarchie sociale habituelle n'est pas observée, le recours des individus dont les cartes d'assurance maladie sont des cadres supérieurs est légèrement au-dessus de la moyenne et nettement inférieur à celles des autres cols blancs.

II.8. La notion du sexe sur la carte d'assurance maladie

Pour certains, le sexe n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (Mariko 2003), pour d'autres, les femmes utiliseraient naturellement moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage besoin de santé (Buor 2004). Pour le cas des enfants, il existe dans certaines sociétés, une discrimination en faveur des garçons (Gbenyon et Locoh 1989), chez les adultes, on note que les femmes s'occupent beaucoup plus de la santé des membres de la famille que de leur propre santé (Akoto, 2002). Srock (1983) a conclu que l'accessibilité des femmes du Nord-Nigeria aux services de santé est inférieure à celle des hommes, le taux d'utilisation des services de santé chez les femmes y diminue plus rapidement avec l'augmentation de la distance que celui des hommes. Et même au Burkina Faso, Slim Haddad et al (2004), ont montré que les hommes ont l'accès aux soins médicaux plus que les femmes. Une étude sur la consultation médicale moderne au Maroc, réalisée par Abdeljaouad Ezzrari et Asmaa El Alami El Felousse (2007), a montré que le taux de consultation médico-sanitaire est plus élevé chez les femmes.

II.9. Des déterminants du recours aux soins selon l'âge du malade

L'âge du malade a été testé dans la plupart des études des déterminants du recours aux soins. Beaucoup d'entre elles concluent que l'âge joue effectivement un rôle dans les choix thérapeutiques. Mais cette influence n'est pas univoque, il semble toutefois se dégager une tendance à l'utilisation préférentielle des soins modernes pour les enfants, surtout les plus jeunes d'entre eux (Wolffers (1988), au Sri Lanka, alors que les adultes, particulièrement les plus âgés, recourent davantage aux thérapeutes traditionnels. Raynaud (2002), à travers son étude sur les déterminants du recours à l'automédication, il a conclu qu'il est fort chez les personnes à bas âge et chez les personnes de plus de 60ans après avoir été faible à l'âge actif (homme en particulier). D'autres études insistent sur l'importance de l'âge dans le choix entre l'automédication et un recours spécialisé.

Par exemple à Pikine près de Dakar, les mères et leurs enfants pratiquent plus souvent l'automédication comme première action thérapeutique et ne se rendent dans un service de santé souvent qu'après l'échec de cette dernière. Leurs recours extérieurs sont donc plus rares, mais s'effectuent moins systématiquement dans le service le plus proche, généralement du plus bas niveau (Salem, Ceuninck, Murebwayire et al, 1994). À Cotonou, la proportion de malades effectuant directement un recours extérieur est maximale pour les enfants de moins de 5 ans. Elle atteint son minimum pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans, puis augmente pour se stabiliser dès la quarantaine (Bouloudani, 1996). De plus, les enfants fréquentent significativement plus souvent les centres de santé publics que les cabinets et cliniques privés (Gomes do Espirito Santo, Floury et Cissé, 1998). Pour Martine Audibert (2015), les personnes âgées ont moins de chance de recourir aux soins privés et que c'est plutôt le secteur public qui est privilégié

II.10. Milieu de résidence

L'endroit où les gens vivent affecte l'accès aux services de santé et de vie, ce qui signifie que les résultats de santé des personnes appauvries sont déterminés en fonction de leur situation dans une zone métropolitaine ou dans une zone rurale, selon l'OMS. En général, on observe une forte concentration des infrastructures socio-sanitaires en milieu urbain au détriment du milieu rural. Ainsi, Rakotondrabe F.P(1996) estime que grâce à ces infrastructures sanitaires, il est plus facile d'accéder aux services de santé en milieu urbain. Les travaux de Haddad et al (2005) et Souleymane Sikiro (2008) montrent que les personnes qui habitent le milieu urbain accèdent plus aux soins de santé que ceux habitant le milieu rural. Haddad et al (2005) ont fait

une analyse sur les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au BurkinaFaso, ils ont trouvé qu'en zone rurale les plus pauvres utilisent tardivement les services de santé. En effet, vivre dans une communauté rurale, que ce soit aux États-Unis ou ailleurs dans le monde, réduit l'accès aux services médicaux, à l'assurance maladie et modifie la culture de la santé (OMS, 2017)

II.11. Milieux de vie

Les individus interagissent quotidiennement, apprennent, travaillent et vivent dans divers lieux: d'abord à la maison, puis à l'école, au bureau ou à l'usine, puis encore dans le quartier, le village ou la ville. Ils entretiennent des relations sociales au sein de ces milieux et y sont exposés à des conditions matérielles et socioéconomiques particulières. Le milieu familial joue un rôle essentiel dans le développement de l'état de santé des individus et il est considéré sous plusieurs aspects : aspect social (relations dans la famille, lien d'attachement), aspect matériel (qualité de logement, qualité de l'air), aspect socioéconomique (revenu familial par exemple). Le milieu de garde et scolaire ont une influence sur la santé des enfants et des jeunes sous plusieurs aspects de leur développement. Plusieurs éléments sont incontournables quand on veut analyser les effets de ces milieux de vie sur la santé : les conditions matérielles (la salubrité et la sécurité des lieux, par exemple), la qualité du climat et des relations entre les jeunes, les familles et le personnel, l'ensemble des services éducatifs, des services préventifs et des activités parascolaires qui sont offerts aux élèves. Beaucoup des individus continuent tout au long de leur vie de développer leurs connaissances et leurs habiletés, notamment au sein de leur milieu de travail.

Ce milieu est constitué par d'éléments physiques qui peuvent être sains (l'air de qualité et la sécurité des équipements, par exemple) ou au contraire qui peuvent être dangereux pour la santé (contaminants, bruit, etc.). Aussi, il est important de prendre en considération les facteurs psychosociaux et les conditions de travail qui peuvent être favorables ou nuisibles à la santé : degré de soutien social dont dispose le travailleur, degré de contrôle que ce dernier exerce sur son travail, précarité de son emploi. Les milieux d'hébergement accueillent des personnes vulnérables (les aînés, personnes handicapées, jeunes en difficulté, itinérants, victimes de violence, détenus…) de tout âge qui ont des incapacités, des difficultés passagères ou permanentes. Dans ces milieux, divers aspects doivent être pris en compte : les conditions matérielles et sociales, la nature et la qualité des services et des ressources qui sont offerts ainsi que le type de gouvernance.

Après les milieux d'hébergement, les individus ont besoin d'évoluer au sein d'une communauté locale et d'un voisinage. Ce milieu comprend les caractéristiques sociaux : cohésion sociale et capital social, soutien social et réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée…) ; les caractéristiques environnementalistes : qualité de l'air, de l'eau, des sols… ; les caractéristiques matérielles : espaces verts, espaces de loisirs, espaces publics, sécurité des rues, sécurité et salubrité des bâtiments, offre d'aliments frais ; les caractéristiques socioéconomiques.

II.12. Emploi

L'emploi est de manière générale associée à l'amélioration de la santé, et le non-emploi, à la détérioration de la santé (Bloom et al. 2006), dans les faits, la réalité n'est pas si simple. L'emploi peut avoir des effets bénéfiques pour la santé des travailleurs, mais les emplois de mauvaise qualité peuvent être aussi dommageables pour la santé que le non emploi (Broom et al, 2006; Benach et Muntaner, 2007). Les personnes ayant de mauvaises conditions sont notamment plus à risque de dépression que les personnes sans emploi (Broom et al. 2006). Des chercheurs comme Marchand (2004), Lewchuk et al. (2005) ont étudié les effets de l'emploi précaire sur la santé en analysant les tensions liées à la relation de l'emploi. Ils tiennent notamment compte des effets possibles, sur la santé, des efforts déployés pour trouver un emploi et le conserver, du degré d'incertitude en regard de son salaire et en regard de sa capacité à combler les besoins de sa famille.

II.13. Revenu

Doorslaer et al. (2000), dans leurs études sur le choix du prestataire de soins, ils ont conclu que les visites chez des médecins généralistes étaient plus sollicitées chez les personnes appartenant à des catégories socioprofessionnelles à bas revenus, tandis que les visites chez les spécialistes étaient plus sollicitées par les professionnelles à revenus plus élevés. En RDC, Pacifique Salongo M., (2005) a fait une étude sur les déterminants de l'l'accès aux soins de santé dans la zone de kadutu au Sud Kivu. En utilisant les modèles économétriques non linéaires tels que les modèles logit-probit, il a remarqué que la probabilité d'l'accès aux de santé est assez significative (97,48%) et qu'elle est fortement influencée par le niveau de revenu des ménages. Selon Hounkpati (2007), dans sa thèse de Doctorat le revenu influence l'utilisation des services de soins.

Au Togo, la majorité de la population vit en dessous de 1dollar par jour, dans ce cas la consultation chez un médecin n'est pas du tout facile d'où ils vont faire recours à un infirmier qui joue le rôle d'un médecin en prescrivant quelques produits.

II.14. Inégalités sociales

Les inégalités sociales sont souvent définies des facteurs tels que le statut socio-économique, le niveau de l'éducation et l'appartenance ethnique. Selon la littérature, les populations à faible revenu rencontrent des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé en raison des coûts associés au traitement, à la consultation et au médicament (Marmot, 2005). Ces inégalités se traduisent par des disparités en matière de santé, où les groupes défavorisés souffrent souvent de maladies chroniques non traitées, d'accès limité aux soins préventifs et d'une mortalité plus élevée.

II.15. Les composantes de la carte d'assurance maladie et ses déterminants

La carte d'assurance maladie et ses déterminants est un outil de premier plan pour aider le milieu de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires des différents secteurs à partager leurs connaissances, à circonscrire leurs besoins communs et ainsi à favoriser la concertation[44]. En effet, elle ne fournit pas de mode d'emploi pour améliorer la santé de la population, elle est composée par 4 champs qui se trouvent dans les cercles concentriques autour de l'élément central : l'état de santé de la population. Il est à noter que l'analyse des déterminants de la santé se fait dans le temps et dans l'espace.

[44] Guend H. and Tesseron A. (2009) *Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première **ligne** au Québec.*

Tableau 1 : Représentation des déterminants du CAM

Etat de santé de la population	Les déterminants de santé			
santé globale santé physique santé mentale et psychosociale	Caractéristiques individuelles	Les milieux de vie	Les systèmes	Contexte global
	Caractéristiques biologiques et génétiques	Milieu familial	Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance	Contexte politique et législatif
	Compétences personnelles et sociales	Milieu de garde et scolaire	Systèmes de santé et des services sociaux	Contexte économique et démographique
	Habitudes de vie et comportements	Milieu de travail	Aménagement du territoire	Contexte social et culture
	Caractéristiques socio-économiques	Milieu d'hébergement	Soutien à l'emploi et solidarité sociale	Contexte scientifique et technologique
		Communauté locale et voisinage	Autres systèmes	Environnement naturel et écosystèmes

Source : Jobin L. et al. (2010)

Ces caractéristiques comprennent 4 catégories des déterminants: *les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et comportements et, enfin, les caractéristiques socioéconomiques.* A la base, « *chaque individu a des caractéristiques biologiques et génétiques qui peuvent être changées ou non telles que : âge et sexe, origine ethnique, statut immunitaire. Non seulement ça, l'individu acquiert aussi des compétences personnelles et sociales qui lui permettent de faire face aux problèmes de la vie quotidienne »*[45]. Celles-ci englobent : les capacités physiques, les habiletés cognitives, les connaissances sur la santé, le sentiment de contrôle, la capacité de gérer ses émotions ou de résoudre ses problèmes,… Les habitudes de vie et comportements affectent également l'état de santé de la population tels que la nutrition, l'alimentation, la consommation du tabac; d'alcool ; des drogues; des médicaments et autres, les pratiques sexuelles, l'hygiène, les comportements sécuritaires que ce soit dans le travail ou dans les loisirs (pratique sportive, conduite de véhicules tous ces caractéristiques ont une grande influence sur la santé humaine.

[45] Guend H. and Tesseron A. (2009) Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec

II.16. Contribution de la mutuelle

Comme la carte d'assurance maladie offre une couverture de base ,mais elle ne suffit pas toujours à répondre à tous les besoins des assurés ,les mutuelles jouent un rôle complémentaire en couvrant des frais souvent exclus ,tels que les soins dentaires par exemples, en se concentrant à parler seulement sur la carte d'assurance maladie nous risquons de négliger des aspects fondamentaux qui garantissent une couverture santé complète d'où insérer les points qui parlent sur les mutuelles dans notre recherche .

II.17. Mutuelles de santé

Elles sont définies comme des « *organisations à but non lucratif, autonomes, basées sur la solidarité entre (et une responsabilité envers) leurs membres. Leur l'objectif est d'améliorer l'accès de leurs adhérents à des soins de santé de qualité par leur propre contribution financière et par des mécanismes financiers qui impliquent principalement l'assurance, mais aussi les simples prépaiements, l'épargne et le crédit, la souscription à une tierce partie*» [46]. On parle aussi de micro-assurance maladie qui est le mécanisme mis en place par ces associations autonomes, à but non lucratif, basées sur la solidarité et la participation démocratique.

La volonté politique de promouvoir le développement des mutuelles de santé s'est concrétisée par la création en 1998 de la cellule d'appui aux mutuelles de santé, des institutions de prévoyance maladie et comités de santé au sein du Ministère de la Santé. La restructuration du Ministère de la Santé intervenue en 2001 a rattachée la cellule d'appui aux mutuelles de santé à la Direction de la Prévention[47]. Pour remplir cette mission, la cellule d'appui aux mutuelles de santé s'est dotée de trois instruments alignés sur ses trois cibles à savoir le programme d'appui aux mutuelles de Santé, le programme d'appui aux comités de Santé et le programme de renforcement et de suivi des institutions de prévoyance maladie. Dans le cadre de l'appui aux mutuelles de santé, l'intervention de l'Etat s'est évertuée à favoriser l'émergence des mutuelles de santé, renforcer les capacités gestionnaires des

[46] STEP-BIT-CIDR, *guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro- assurance santé*, Méthodologie, Tome 1, Bureau international du travail, Genève, 2001, p.31.

[47] République du Burundi, Ministère de la santé, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Burundi*, juillet 2004, p.19. Disponible sur : http://www.hubrural.org/IMG/pdf/burundi_plan_strategique_dev_mutuelles_sante.pdf (visité le 13/5/2025)

promoteurs et administrateurs des mutuelles de santé, accompagner le développement du mouvement mutualiste et déterminer la problématique de la mutualité burundaise.

II.18. Structure organisationnelle des mutuelles de santé

Déterminée par la loi n° 62/2007 du 30-12-2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, la structure organisationnelle des mutuelles de santé s'est adaptée à celle du cadre institutionnel mise en place par les réformes de la décentralisation. En effet, des comités mutualistes existent à partir de la Cellule, du Secteur et du District.[48] Elles sont coordonnées au niveau de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé du Ministère de la Santé. Les mutuelles de Santé au niveau des Districts sont renforcées par le Fonds National de Garantie attaché au Ministère de la Santé.

La représentativité dans tous ces organes mutualistes est démocratique, volontaire et s'acquiert à travers les élections.

II.19. La politique des mutuelles

L'objectif général de cette politique est d'appuyer les communautés de base et les districts dans la mise en place de systèmes d'assurance maladie pour promouvoir l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé, la protection des ménages contre les risques financiers associés à la maladie et le renforcement de l'inclusion sociale dans la santé. En complément des systèmes d'assurance sociale, comme par exemple celle du Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) et des systèmes d'assurance privée qui ciblent les segments des populations du secteur formel de l'économie, le programme de développement des mutuelles de santé cible les communautés rurales et du secteur informel pour leur garantir un accès équitable aux services de santé de qualité[49]. Cette politique vise notamment à : -mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé au Rwanda. -renforcer les capacités de mise en place et de gestion des mutuelles de santé. -renforcer l'adhésion de la population dans les mutuelles de santé.

[48] Innocent B. (2005) Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population

[49] République du Rwanda, ministère de la santé, politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda, Kigali 2005, p.11.

II.20. Le développement des mutuelles de santé

Le plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé (PSDMS) a contribué à la réduction de la pauvreté en permettant à toute personne qui en a besoin d'accéder à des soins de santé de qualité quel que soit son niveau de revenu. A travers les efforts pour atteindre ce but, le plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé a été une réponse concertée du Ministère de la Santé et des acteurs du développement des mutuelles de santé à la problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé. Ce plan a amélioré l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé. Il a mis en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé en accroissant l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays. Il a également promu la mise en place des mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles[50]

II.21. Le recourt aux services de santé des personnes vulnérables

Certaines catégories de personnes ont moins recours au système de santé par méconnaissance de leurs droits ou des dispositifs, ou en raison d'obstacles pratiques, selon l'enquête menée en France en 2014, le manque de mobilité ou leur absence de domiciliation. « Le non-recours au droit commun est plus fréquent chez les jeunes peu qualifiés sans emploi ni formation (28 % contre 18 % en moyenne), les jeunes chômeurs (27 %), les inactifs non-étudiants (24 %), les parents (26 %), les bas revenus (26 %), ainsi que les femmes (21 %).

Les personnes en situation d'exclusion, les gens du voyage et les personnes migrantes, ainsi que les personnes placées sous-main de justice, qu'elles soient incarcérées ou suivies en milieu ouvert sont concernées »[51]. Vue cette enquête, il semble par exemple que les jeunes vulnérables, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et par la protection judiciaire de la jeunesse ou sortant de ces dispositifs, les jeunes en errance, les mineurs non accompagnés et les mineurs de retour de zones de combat doivent également bénéficier d'une attention particulière.

---

[50] BOIDIN B., *Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*, revue de l'institut d'économie publique, Novembre 2012, p.11. Disponible sur : file:///C:/Users/BEBE/Downloads/economiepublique-8820.pdf (visité le 20/4/2025)

[51] Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, (2014), Lever P36

Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun. Leur prise en charge nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures dans leurs parcours de santé. Le programme expérimental « un chez soi d'abord » a ainsi démontré que le logement (accès à la sécurité et à l'intimité) est un prérequis à l'accès à la santé pour les personnes en situation d'exclusion.

II.22. Santé de la personne âgée au Burundi

Selon les résultats de l'évaluation de la santé et du bien-être des personnes âgées au Burundi réalisée en septembre 2019, les maladies liées à la vieillesse surtout les troubles auditifs et visuels et difficultés de mobilité due aux lombalgies, arthrites et œdèmes des membres inférieurs ainsi que le chômage chronique à la base de la pauvreté, des difficultés d'accès aux soins de santé, de la malnutrition, vieillissement précoce, ont été relevés parmi les principaux problèmes de santé et sociaux qui affectent les personnes âgées au Burundi.

Le Burundi dans sa Politique Nationale de Santé (PNS 2016-2025) donne des orientations pour garantir l'accès à tout le monde sans laisser personne derrière dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. La politique nationale de santé a placé les personnes âgées dans la catégorie des personnes vulnérables vis -à -vis de la malnutrition, des maladies en général et des maladies non transmissibles en particulier[52].

Ainsi, le MSPLS a inscrit l'amélioration de la qualité de soins de santé des personnes âgées, au 7ème rang de résultats du premier axe stratégique du PNDSIII 2019-2023. La santé des personnes âgées reste un domaine presque non exploré. Les services de prévention des maladies de la vieillesse et les besoins des personnes âgées restent moins satisfaisants. L'accès aux services de santé pour les personnes âgées reste faible, Absence de politique et de stratégies pour améliorer l'accès aux soins de santé à cette catégorie de la population. Dans le but de relever ces défis, des efforts ont été fournis notamment:

Le Décret n° 100/062 du 16 Septembre 2020 portant subvention des soins de santé pour le personnel de l'Etat mis en retraite pour limite d'âge. Une évaluation pour produire des évidences sur l'état de la santé et du bien-être des personnes âgées a eu lieu en septembre 2019 afin d'avoir une base factuelle de formulation d'une stratégie d'amélioration du

[52] MSPLS, (2023), « *politique national de sante 2016-2025, politique nationale genre du Burundi 2012-2025* » p 37

vieillissement actif et en bonne santé une stratégie nationale sur le vieillissement en bonne santé est en cours d'élaboration.

Conclusion du deuxième chapitre

La revue de la littérature a montré que l'accessibilité à la carte d'assurance maladie dépend d'une combinaison complexe de facteurs économiques, sociaux, institutionnels et culturels. Les travaux existants soulignent que la possession de cette carte constitue un déterminant majeur de l'accès aux soins, en réduisant les coûts directs, en facilitant le recours aux services sanitaires et renforçant la sécurité sociale des ménages.

Cependant, les acteurs convergent pour reconnaitre que les groupes vulnérables demeurent largement exclus, en raison de la pauvreté, des pratiques administratives rigides, du manque d'information, de la marginalisation sociale et des rapports de pouvoir au sein des communautés. Cette synthèse relève que la carte d'assurance maladie n'est pas seulement un instrument technique de protection sociale, elle s'inscrit dans un système d'inégalités plus profondes, façonnées par les structures socio-économiques et les dynamiques locales. C'est précisément cette dimension structurelle qui ouvre la voie au deuxième chapitre. En effet, pour comprendre réellement les difficultés rencontrées par populations vulnérables de Gisagara, il est indispensable d'examiner les inégalités sociales qui traversent le Burundi. Le chapitre suivant analysera ainsi comment ces inégalités influencent l'accès aux soins et conditionnent les possibilités d'obtenir ou d'utiliser la carte d'assurance maladie.

CHAPITRE III : LES INEGALITES SOCIALES EN MATIERE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI

III.1. Introduction

Les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi se fait référence dans la distribution des ressources et des opportunités en matière de santé entre les diffèrent groupes sociaux au sien du pays. Ces inégalités sont souvent liées à des facteurs tels que le revenu, l'éducation, la profession, le genre ou le lien de résidence (urbain vs rural) et le statut socio-économique. Plusieurs facteurs contribuer à ces inégalités, notamment la pauvreté, le manque des infrastructures, la pénurie de personnel de santé qualifié et les barrières culturelles.

III.2. Facteurs socio-économiques

La pauvreté est obstacle majeur à l'accès aux soins de santé au Burundi une grande partie de la population vit avec au moins 1dollar par jour, ce qui rend difficile le paiement de services de santé, des médicamentent, l'assurance maladie même si elle coute moins cher. Selon MSF (Médecin sans frontière), (2004) rapporte que des centaines de milliers de burundais n'ont pas accès aux soins de santé de base en raison de leur incapacité à payer. Depuis février 2002, le gouvernement burundais, avec le soutien de la banque mondiale et du FMI, a mis en œuvre une politique de recouvrement des coûts pour les services de santé.

Selon PMC (2004), cette politique a conduit à ce que 17% de la population se voit refuser une simple consultation médicale, et 82% de ces personnes ont déclaré que c'était parce qu'elles n'avaient pas les moyens de payer. Human Rights watch (2006) souligne que l'accès aux soins de santé est rendu plus difficile pour les burundais pauvres par l'adoption d'un système de recouvrement des coûts en février 2002. Les patients, quelque que soient leurs moyens, doivent payer tous les frais médicaux, tels que les consultations médicales, les tests, les médicaments, les fournitures et leur séjours à l'hôpital.

III.3. Facteurs géographiques

Le Burundi est pays majoritaires rural, avec une population dispersée, un accès limité aux infrastructures de transport. Cela rend difficile l'accès aux centres de soins de santé pour les personnes vivant des zones reculées.

Selon Louvain Coopération (2010-2019) affirme que l'accès à des soins de santé adéquats et abordables pour tous reste difficiles pour de nombreux pays à faible revenu ,y compris le Burundi ,où 90% de sa population appartient au secteur informel et vit également dans les zones rurales . Severe Malaria Observatory note que l'accès géographique aux services de santé est relativement bon, avec plus de 80% de la population ayant accès à un établissement de santé dans un rayon de moins de 5Km. Cependant, cela ne tient pas compte de la qualité des services offerts ou de capacité des populations à payer ces services .Generis Global Légal Service (2024) confirment que les zones rurales sont confrontées à des défis importants en raison d'infrastructures inadéquates et d'un manque d'agents de santé, les zones rurales étant souvent tributaires d'un petit nombre de professionnels dévoué.

III.4. Facteurs culturels et sociaux

Les normes culturelles et sociales peuvent influencer l'accès aux soins de santé par exemple les femmes et les filles peuvent être confrontées à des obstacles spécifiques en raison des inégalités de genre et des pratiques traditionnelles. Selon ADF(2023) montre que la pénurie de personnel de santé exacerbe les inégalités d'accès aux soins, en particulier pour les femmes. Pour résoudre ce problème, le projet de l'Etat doit intégrer des considérations de genre et donner la priorité au besoin de santé des femmes et des enfants dans les programmes de formation fournis afin d'améliorer leurs soins. UN (2024) met en évidence l'importance de lutter contre les pratiques traditionnelles néfastes, y compris les accusations de sorcellerie, qui affectent le bien-être, la santé, la vie et la dignité des personnes âgées en particuliers des femmes âgées.

III.5. Conséquences sur les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé

Les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé ont des conséquences néfastes sur la santé de population burundaise, entrainant une augmentation de la morbidité, de la mortalité prématurée et diminution de la qualité de vie. UNICEF (2021-2022) rapporte qu'au Burundi ; 52,2% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, ce qui correspond à une privation nutritionnelle pour plus d'un enfant sur deux. Word Bank (2020) souligne qu'un environ 73% des Burundais vivent dans la pauvreté que plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retards de croissance. WHO (2023) indique que l'Esperance de vie à la naissance au Burundi est environ 64 ans ce qui est inférieur à la moyenne africaine.

III.6. Les politiques publiques

Le gouvernement du Burundi a mis en place plusieurs politiques et programmes visant à améliorer l'accès aux soins de santé, notamment la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes en enceintes, ainsi que la mise en disposition des cartes d'assurances maladie pour chacun membre de la famille âgé de 18 ans et plus. Selon WHO (2016-2025) souligne que le gouvernement du Burundi, à travers le ministère de la santé publique et de lutte contre le sida (MSPLS), se réjouit d'avoir la nouvelle politique Nationale de santé. Celle-ci couvrirait la période de 2016-2025 et s'inscrit dans la continuité de la précédente qui couvrait la période de 2005-2015. Cette politique nationale de santé 2016-2025 est phase avec les actes, les déclarations et les engagements.

III.7. Le système de santé du Burundi

Le système de santé est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 4 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire, le niveau périphérique et le niveau communautaire. Le niveau central est responsable de la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention et de planification, ainsi que la définition et l'évaluation des normes de qualité des soins et des services de santé[53].

Le niveau intermédiaire est composé de 18 Bureaux Provinciaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida (BPSLS). Ceux-ci sont chargés de la coordination des activités sanitaires et de la lutte contre le Sida au niveau provincial. Le niveau périphérique est composé de 47 districts sanitaires. Ceux-ci sont régis par une équipe cadre de district (ECD) au sein du Bureau du District Sanitaire et de lutte contre le Sida (BDSLS).

Leur responsabilité est d'assurer la planification décentralisée, de veiller à livrer des soins de qualité et d'assurer un bon fonctionnement des Centres de Santé (CDS), des structures associatives de lutte contre le Sida et de promotion de la santé et des Hôpitaux de District (HD). Le niveau communautaire assure un paquet d'activités composées de soins promotionnels, préventifs et curatifs. Il comprend essentiellement les associations locales, les comités de santé, les agents de santé communautaire, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels. Les ASC (un par sous-colline) se réunissent en groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC) et jouent l'interface entre la communauté et les centres de santé.

[53] UNDP. *Rapport mondial sur le développement humain* 2007-2008

La médecine traditionnelle est utilisée depuis des siècles pour améliorer le bien-être des populations et elle continue de jouer un rôle essentiel dans les soins de santé au Burundi.

Bien que la médecine traditionnelle n'est pas encore intégrée dans le système de santé, des avancées en la matière nécessitent d'être mentionner ici. On peut citer notamment:

La célébration de la journée africaine dédiée à la médecine traditionnelle depuis 2003 jusqu'aujourd'hui ; La signature par son Excellence le Président de la République du Burundi du décret-loi n° 100/253 du 11 novembre 2014 portant réglementation de médecine traditionnelle et l'art de tradipraticiens; La mise en place des ordonnances ministérielle de mise en application dudit décret vers la fin 2018; L'existence de la base de données de tous les tradipraticiens regroupés en association au sein de la Direction de la Promotion de la Médecine Traditionnelle, de l'Alimentation équilibrée et l'alimentation naturelle à visée thérapeutique (DPTA); La mise en place du Réseau National des Associations des Tradipraticiens(RNATB) et des antennes provinciales de ce réseau; Existence du laboratoire d'analyse des principes actifs contenus dans les médicaments traditionnels à l'INSP; La création de la Direction Générale de l'Offre des Soins, de la Médecine moderne et traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations (DGOSA) qui date du 09/11/2020 avec le décret n°100/093 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Malgré les efforts déjà fournis dans ce domaine, d'importants défis restent encore à relever ; La culture à grande échelle de plantes médicinales s'intensifie; L'intégration des données de la médecine traditionnelle dans le système national d'information sanitaire de routine ; Manque de réactifs pour analyser les principes actifs contenus dans les médicaments traditionnels à l'INSP ; Budget de l'Etat alloué à la médecine traditionnelle très minime; La réticence des tradipraticiens à collaborer pour des informations utiles à la recherché; Les textes et normes régissant la médecine traditionnelle non encore élaborés.

a) Les centres de santé

Le Burundi comptait 1182 centres de santé (CDS) fonctionnels dont 658CDS publics, 340CDS privés, 144 CDS confessionnels et 40 CDS associatifs (DHS2, 2020).Le CDS constitue la porte d'entrée du réseau de soins et offre un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant les soins promotionnels, préventifs et curatifs. Précisons que certains soins préventifs, promotionnels et curatifs, sont offerts au niveau communautaire sous l'encadrement des CDS avec l'appui des agents de santé communautaire (ASC).

b) Hôpitaux et cliniques

Quant aux hôpitaux et cliniques, ils étaient au nombre de 149 dont 51 publics, 28 confessionnels, 69 privés et 1 associatif (DHIS2, 2020). Un ménage sur deux (49%) effectue moins de 30 minutes pour accéder à une FOSA, 46% utilise entre 31-120 minutes, tandis que 5% déclarent utiliser plus de 120 minutes (EDSB III 2016- 2017 p13 : accès au CDS). L'Hôpital de District est le premier niveau de référence et offre un paquet complémentaire d'activités (PCA) pour les patients provenant des CDS. En plus des hôpitaux de Districts, il existe des hôpitaux publics, professionnels et privés offrant un paquet comparable à celui de l'hôpital de district. Le pays compte 44 hôpitaux de districts. Néanmoins, trois (3) districts sanitaires (Vumbi, Busoni et Nyabikere,) ne disposent pas d'hôpitaux de district. L'hôpital régional est défini comme un niveau de deuxième référence qui accueille des patients provenant des hôpitaux de district.

Le pays compte 5 hôpitaux régionaux à savoir : Hôpital Bururi, Mpanda, Ngozi, Gitega et Rumonge. L'Hôpital National constitue le sommet du réseau de soins et offre des services spécialisés. Ces Hôpitaux Nationaux sont au nombre de sept (7) dont six (6) sont situés dans la capitale économique, ce qui cause un problème d'équité : Hôpital Prince Régent Charles, Clinique Prince Louis Rwagasore, Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge, Hôpital Militaire de Kamenge, Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, Hôpital de Police Nationale et NATWE TURASHOBOYE de Karusi (EDSB III 2016-2017).

c)services subventionnés

En termes de disponibilité et d'accès, la quasi-totalité des services préventifs et promotionnels sont subventionnés. En outre, les soins curatifs aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes ou qui accouchent sont gratuits depuis l'an 2006. Ceci a boosté l'utilisation des services de santé avec un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié passé de 60.7%(Annuaire statistique 2018) à 98.6% entre 2010 et 2019(DHIS2) même si les inégalités sociales d'accès aux soins restent persistées.

III.8. Les administrations personnalisées

Sont rattachées au Cabinet du MSPLS les administrations personnalisées suivantes (référencé : Décret N° 100/093 du 09 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida)

L'Institut National de Santé Publique (INSP) ; La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) ; Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; Les Hôpitaux Nationaux de troisième référence (HN) ; Le Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale(CNRKR) L'Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments(ABREMA)

III.9. Direction, programmes et services de santé

Selon le Décret n°100/093 du 09 novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du MSPLS, il existe des Départements /Directions du niveau central dans différentes directions générales tels que le décrit le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Représentation de l'organisation et le fonctionnement du MSPLS au Burundi

Direction Général des services de santé et lutte contre le Sida	Direction de la planification	Direction General des ressources	Direction Général de l'offre des soins de la médecine moderne et traditionnelle
Direction de la promotion de la santé, de la demande des soins, de la santé communautaire et environnementale.	Direction de la planification et de suivi-évaluation des politiques de santé	Direction des ressources humaines	Direction des accréditations
Direction des laboratoires de biologie médicale.	Direction du système d'information sanitaire.	Direction du budget et des approvisionnements	Direction de l'assurance –qualité des soins, de l'hygiène et la santé et de la sécurité en milieu de soins.

Source *: MSPLS, (mai, 2021), Résume analytique du profil sanitaire du Burundi, p27*

Sur base de la situation et de l'ampleur épidémiologique, le pays a mis en place des programmes spécifiques pour renforcer les interventions relatives à certaines problématiques de santé. C'est ainsi que le Burundi dispose actuellement 9 programmes verticaux repris ci-dessous :

Le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) ; Le Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT) ; Le Programme National Intégré Lèpre et Tuberculose (PNILT) ; Programme Elargi de Vaccination (PEV) ; Le Programme National de Santé Reproductive (PNSR) ; Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles PNLS/IST ; Le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissible (PNILMCNT) ; Le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC) ; Programme de Gestion d'Informatique du Système de Santé(PROGISSA).

Ces programmes sont des structures du niveau central qui collaborent avec les niveaux intermédiaire et périphérique pour la mise en œuvre des interventions spécifiques. Ce sont des structures qui ont une certaine autonomie dans la prise de décision et qui bénéficient des appuis substantiels des partenaires techniques et financiers, en plus des subventions du Gouvernement. En vue de renforcer le suivi des activités en périphérie, certains programmes ont affecté des points focaux dans les provinces et ou des districts sanitaires en vue d'assurer un suivi rapproché des interventions menées par le programme concerné. Il a cependant le désavantage de perpétuer la faible intégration des activités du programme dans le fonctionnement du district avec une faible appropriation par les responsables de ce dernier. Signalons aussi que le manque d'intégration des programmes perturbe la planification et la comptabilité des Bureaux Provinciaux de Santé (BPS), des Bureaux de District Sanitaire(BDS) et des hôpitaux. Dans le cadre du PNDSIII 2019-2023 les plans stratégiques des services et programmes de santé sont alignés aux orientations stratégiques nationales et renforcent le paquet de soins intégrés pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.

III.10. Produits médicaux, vaccins, infrastructures et équipements

Le pays dispose d'une centrale d'achat de médicament et d'une chaine d'approvisionnement fonctionnel jusqu'au niveau opérationnel. Ainsi, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) a instauré en 2020 un système d'approvisionnement actif jusqu'au niveau des Districts sanitaires afin d'améliorer l'accessibilité aux produits médicaux. Cependant, les capacités institutionnelles de la CAMEBU à satisfaire les commandes sont encore à améliorer. Pour les médicaments qui ne sont pas disponibles à la CAMEBU, les districts peuvent s'approvisionner dans le secteur privé sur autorisation de l'Autorité Burundaise de la Régulation des Médicaments et des Aliments (ABREMA).

Il existe une liste des médicaments essentiels qui est mise à jour tous les deux ans. Une liste des médicaments sous prescription obligatoire médicale.

L'accès aux produits médicaux de qualité et au prix abordable est l'un des défis du système de santé au Burundi. Le mécanisme de contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé n'est pas satisfaisant car on fait souvent recours aux laboratoires extérieurs du pays et il en est de même de la pharmacovigilance et la matériovigilance. Le pays dispose d'un Plan National d'action de Lutte contre la résistance antimicrobienne (PAN-RAM 2021-2023), d'un comité national de pilotage ,sous la coordination de la Primature de la République du Burundi est mis en place pour lutter contre ce risque sanitaire qui se classe en 5éme position (référence :Plan National de Sécurité Sanitaire au Burundi « PAN-SS 2020- 2023 » et d'un Comité National multisectoriel (One Health) qui assure la supervision des actions de lutte contre la RAM au Burundi.

L'Enquête (SARA 2017) sur la disponibilité des intrants (produits de santé) a montré que 70% des médicaments traceurs pour les soins de santé primaires étaient disponibles au cours de l'enquête, et en considérant les médicaments essentiels standards de l'OMS, la disponibilité moyenne, tous types de FOSA confondus (N=206), était de 29%. Un tiers des hôpitaux provinciaux (hôpitaux de 1ère référence ou hôpitaux de District Sanitaire) disposait de toutes les molécules, la disponibilité globale des médicaments était de 70% dans les hôpitaux de référence nationale contre une moyenne de 27% dans les centres de santé avec un léger mieux pour les structures urbaines (30%) que celles du milieu rural (20%), suggérant un problème d'équité en plus du faible accès et des déficiences dans le système de gestion des approvisionnements. [54]

Selon la même enquête SARA 2017, la capacité moyenne de diagnostic des maladies pour l'ensemble des structures était de 52% avec seulement 10% des formations sanitaires disposant tous les tests essentiels de diagnostic biologique. Un Plan Stratégique National de la chaine d'approvisionnement des produits pharmaceutiques et autres produits de santé est en cours d'élaboration par l'ABREMA, en collaboration avec les parties prenantes. Neufs sites sentinelles fonctionnels pour la surveillance de la RAM sont identifiés dans le cadre de l'EAC par le MSPLS. Des textes réglementaires pour améliorer la qualité de diagnostic biologique des maladies existent au niveau de la Direction des Laboratoires de biologie médicale Politique Nationale des laboratoires de biologie médicale, 2014-2025. Plan Stratégique

[54] MSPLS, (2017), *Enquête SARA*, p28

National des Laboratoires de biologie médicale, 2021-2023. Normes et standards des laboratoires de biologie médicale (paquets d'activités des laboratoires à chaque niveau de soins, personnel de laboratoires, Directives nationales de référence et contre référence des échantillons biomédicaux.[55] Guide d'harmonisation et standardisation des équipements des laboratoires d'analyses biomédicale, régulièrement mis à jour (tous les 2ans).

III.11. Personnel de santé au Burundi

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les ressources humaines pour la santé signifient toutes les personnes qui travaillent directement ou indirectement en vue d'entretenir la santé et le bien-être. « *Pour le Burundi avec sa démographie galopante, garder sa population en bonne santé avec les ressources humaines suffisantes et qualifiées devient ainsi un impératif pour en tirer les meilleurs dividendes* [56]». Le personnel de santé au Burundi se compose essentiellement de médecins, de Techniciens médicaux, de Techniciens d'assainissement, des infirmiers, des auxiliaires médicaux, des sages-femmes etc. Les données y relatives montrent que ce sont les infirmiers qui sont nombreux par rapport à d'autres catégories et que les médecins spécialisés sont les moins nombreux et la majorité des provinces n'ont aucun médecin spécialiste car 70 % d'entre eux sont basés en Mairie de Bujumbura. Les statistiques de 2020 montrent que le nombre du personnel de santé de toutes catégories a connu une énorme augmentation comparativement aux années antérieures.

III.12. Prestations de services

« *L'organisation du réseau des soins est pyramidale à quatre niveaux : le niveau de base (Centre de santé), la première référence (Hôpital de district), la deuxième référence vers les hôpitaux nationaux et centres spécialisés. Quelques prestations sont organisées au niveau communautaire* » [57] . La mission des CDS est d'offrir à sa population les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'hôpital de première référence (hôpital de district) est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement du PMA de qualité dans les CDS. Le système de référence et contre-référence des malades n'est pas bien organisé car tous les hôpitaux (première et deuxième référence) assurent tous presque les mêmes paquets.

[55] Plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2021-2023

[56] Source : MSPLS, *Annuaires Statistiques sanitaires* 2012-2022

[57] Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; *Analyse de la situation du Plan stratégique des Ressources Humaines en Santé* 2019-2023

Particulièrement et de façon générale, en mairie de Bujumbura, les malades se rendent directement au niveau des hôpitaux nationaux, obligeant ces derniers à offrir le PMA.

III.13. Mécanismes de financement de la santé

Depuis 2006, le Gouvernement Burundais prend en charge les soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et, à partir de 2010, il a été associé au financement basé sur la performance pour plus d'efficacité. Les mutuelles de santé communautaires initiées par des associations caritatives ou des initiatives privées avec parfois l'appui d'intervenants essentiellement du secteur mutualiste belge, ne couvrent à l'heure actuelle qu'à peine 2% de la population et ont des palettes variées de prestations de prises en charge, (des taux allant de 80% en FOSA publique à moins de 60% dans les FOSA privées confessionnelles). Les mécanismes de prépaiement existant sont de deux ordres à savoir les mécanismes volontaires et les mécanismes obligatoires.

Les mécanismes volontaires comprennent la carte d'assurance maladie, les mutuelles communautaires et les assurances privées tandis que les mécanismes obligatoires comprennent la mutuelle de la fonction publique et la prise en charge des soins des entreprises privées de leur employé selon le règlement du travail au Burundi. « *La Carte d'Assistance Médicale (CAM) vise essentiellement le secteur informel notamment les populations rurales et les ménages à faible revenu (soit les 2/3 de la population burundaise qui vit en dessous du seuil de pauvreté) »*[58]. La cotisation annuelle par ménage est de 3.000 BIF et donne droit aux prestations de base dans les formations sanitaires (FOSA) publiques. L'adhérent doit payer un ticket modérateur de 20% et les 80% sont pris en charge par l'Etat.

L'analyse de la situation faite en 2018 dans le cadre du PNDS 2019-2023 a identifié un certain nombre de défis en rapport avec le développement d'une stratégie nationale de financement solide, durable, équitable pour tendre vers la CSU. Cette stratégie mettra un focus sur l'approche programme pour le financement de la santé (achat stratégique, CDMT), Allocation budgétaire selon des critères épidémiologique et démographique, extension de la couverture maladie en tenant compte de l'équité contributive selon les quantiles et utilisation rationnelle des ressources dans l'investissement en santé.

[58] Ministère de la sante publique et de lutte contre le sida, (mai, 2021), *Résume Analytique du profil sanitaire du Burundi* P19

III.14. Qualité des soins et services de santé

La revue à mi-parcours du PNDS II (2011-2015) réalisée en 2015 a montré que les résultats des différentes approches d'amélioration de la qualité des soins sont mitigés à cause d'une application insuffisante des protocoles et guides thérapeutiques.

D'après l'enquête SARA 2016, l'indice de capacité opérationnelle générale des services de santé est de 61% avec une disponibilité des éléments traceurs pour la prescription d'ARV et le suivi médical des patients parmi les établissements de santé offrant ce service qui est de 26% seulement. Quant au diabète, la capacité opérationnelle dans les centres de santé est limitée à 38% contre 57% dans les hôpitaux. Le nouveau plan de développement sanitaire du Burundi devra contribuer au renforcement des capacités techniques à tous les niveaux et de l'application des protocoles, des guides, surveillance active, et de l'assurance qualité des soins à tous les niveaux.

La quasi-totalité des services préventifs et promotionnels est subventionnée. En outre, les soins curatifs aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes ou qui accouchent sont gratuits depuis l'an 2006. Ceci a boosté l'utilisation des services de santé avec un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié qui a passé de 60.7% à 98.6% entre 2010 et 2019(Annuaire statistique 2019).

III.15. Source de financement du secteur de santé au Burundi

En 2020, le reste du monde a accompagné le financement des dépenses courantes de santé au Burundi à hauteur de 358,5 milliards de BIF. Cela représente 56,6% de l'ensemble des dépenses courantes de santé enregistrées dans année cette année[59]. Le reste du monde s'inscrit ainsi comme le principal acteur du financement de la santé dans le pays. Cette performance résulte d'une participation significative des multilatéraux (232,7 milliards de BIF) et des bailleurs bilatéraux (84,1 milliards de BIF) dont les financements des dépenses courantes de santé représentent respectivement 36,73% et 13,27% de l'ensemble.

Les ménages représentent le deuxième principal acteur du financement de la santé dans le pays. Leur contribution est évaluée à 129,6 milliards de BIF, soit 20,5% des dépenses courantes de santé. Ils sont suivis de l'administration publique qui justifie 20,1% des dépenses courantes de santé en raison d'un financement de 127,4 milliards de BIF. La part des dépenses courantes de santé prises en charge par les entreprises est de 2,4%, ce qui

[59] Plan National de Développement du Burundi 2018-2027

correspond à un montant de 15,0 milliards de BIF. Cette part est de seulement 0,3% pour les ISBLSM pour un montant de 1,9 milliards BIF[60].

Ces différentes performances enregistrées révèlent d'une amélioration de la collecte des données, ce qui a permis une forte contribution dans l'estimation des dépenses de la santé des différentes structures. A cela s'ajoute, l'amélioration de la gouvernance politique à travers un plus grand engagement de l'Etat et de ses partenaires dans le financement de la santé.

Conclusion du troisième chapitre

L'examen des inégalités sociales en matiere d'acces aux soins au Burundi a relevé un système sanitaire fortement marqué par des disparités structurelles, lesquelles touchent de manière disproportionnées les groupes vulnérables .Les analyses ont montré que la pauvreté , l'éloignement Géographique, la faiblesse de l'information sanitaire, les barrières culturelles, ainsi que les contraintes administratives constituent des obstacles majeurs aux recours aux services de santé. Ces inégalités, enracinées dans des dynamiques socio-économiques et institutionnelles complexes, influencent directement la capacité des ménages à accéder à la carte d'assurance maladie, instrument pourtant essentiel pour réduire les coûts et garantir un accès plus équitable aux soins.

Ce chapitre a aussi permis de comprendre que les difficultés d'accès ne relèvent pas uniquement des individus, mais d'un ensemble de mécanisme social et structurel qui conditionne leurs possibilités d'agir. Cette compréhension théorique et contextuelle ouvre logiquement la voie à l'analyse empirique. Le dernier chapitre présentera les résultats collectés a Gisagara et examinera comment ces inégalités se manifestent concrètement dans des expériences vécues par les groupes vulnérables. Il permettra d'interpréter les données recueillies à la lumière du cadre analytique, afin de discuter des dynamiques locales et des implications pour la justice sociale en santé.

[60] Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; *Analyse de situation du Plan de Développement sanitaire* 2019-2023

CHAPITRE IV. PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Introduction

Le présent chapitre concerne la présentation, l'analyse et la discussion des résultats collectés pendant notre enquête au mois d'août en 2025 auprès des bénéficiaires de la carte d'assurance maladie, des professionnels de santé, des agents de santé communautaires ainsi que des leaders de la communauté en commune Gisagara. Avant d'entrer dans le vif du chapitre, nous pouvons d'abord dérouler comment était notre séjour sur terrain à l'hôpital MURORE.

Cet hôpital est un établissement de santé clé pour les habitants de Gisagara. A mon arrivée l'atmosphère est chargée de tensions d'anxiété. Les patients, principalement des femmes et des enfants, attendent dans une salle d'attente bondée. Les murs sont décollés, et le bruit des enfants pleurant se mêle aux conversations chuchotées des adultes .Les patients avec une carte d'assurance sont prioritaires, mais la réalité est que beaucoup d'entre eux se heurtent à des obstacles admiratifs .Une mère, explique « j'ai une carte, mais il y a des moments où ils disent que le médicament sont épuisées. Je dois attendre ou acheter mes médicaments ailleurs».

IV.1.1. Présentation du profil des participants

Dans le cadre de notre recherche, nous avons recueilli les profils de 19 personnes, représentant une diversité de professions et des situations sociales. Chacun de ces participants apportent un éclairage unique sur les défis liés à l'accès de la carte d'assurance maladie. Ainsi nous avons préféré de codifier leurs noms en fonction de leurs métiers dans le but de la protection de leur anonymat comme nous allons le voir lors de la discussion des résultats. .

IV.1.2. Procédure de collecte des données

Un échantillonnage par convenance a été utilisé pour sélectionner les participants. Les bénéficiaires de la carte d'assurance maladie tels que les personnes vivant avec handicap, les femmes du foyer, les ménages à faibles revenus etc... Ainsi que les professionnels de la santé composés par les médecins, infirmier, pharmaciens et les agents de santé communautaire ont été ciblés. Un total de 19 participants a été recruté pour garantir une diversité des perspectives.

IV.1.3. Techniques de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide des techniques suivantes:

Entretien semi-structurés : Des entretiens individuels ont été menés avec les participants. Un guide d'entretien a été élaboré, comprenant des questions ouvertes sur leur expérience d'accès à la carte d'assurance maladie, la perception de son utilité et les obstacles rencontrés. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants.

Observation directe : Des visites de terrain ont été réalisés dans des centres de santé et hôpital pour observer directement le processus d'inscription et d'accès aux soins. Cela a permis de compléter les données recueillies par des entretiens et d'ajouter une dimension contextuelle d'analyse.

Récit de vie : un dialogue confidentiel a été entretenu avec une seule femme agricultrice dans une période de 5jours relatant son expérience à la découverte de la carte d'assurance maladie.

IV.1.4. Matériel utilisé lors de la collecte des données

Enregistrement audio : utilisé pour capturer les entretiens et les discussions de groupe, permettant une transcription fidèle des échanges.

Carnet de notes: pour prendre des notes sur les observations et les impressions lors des visites de terrain, ainsi que pour enregistrer des réflexions sur les entretiens.

Guide d'entretien: un document préparé à l'avance contenant des questions clés et les thèmes pour à aborder lors de l'entretiens.

IV.2. Analyse des données

Les données recueillies ont été transcrites et analysés à l'aide d'une approche d'analyse thématique. Les thèmes émergents ont été identifiés tels que les perceptions lies à la carte d'assurance maladie, les obstacles financiers et les défis liés à l'information et à la sensibilisation etc...

IV.2.1. Accès aux soins dans centres de santé de Bunyerere et Rusigabangazi

Les centres de santé de Bunyerere et Rusigabangazi sont moins fréquentés que l'hôpital MUROERE mais joue un rôle vital dans la commune. A Bunyerere, l'ambiance est plus calme. Les agents de santé sont accueillants, mais le manque d'équipements est frappant. Les patients sont accueillis avec un sourire, mais les infirmiers sont souvent débordés. Un agent

de santé, partage «Nous faisons de notre mieux, mais les ressources sont limités. La carte d'assurance maladie aide et beaucoup de gens savent l'utiliser» ce constant souligne une réalité importante que la carte est accessible mais aussi que les habitant de Gisagara sont informées sur le processus d'inscription à la carte.

IV.2.2. Témoignages des patients à Rusigabangazi

A Rusigabangazi, j'ai rencontré plusieurs patients, dont certains n'avaient pas de la carte d'assurance maladie. Un patient raconte son expérience « j'ai essayé d'obtenir la carte mais je ne savais pas où aller. Cela m'a découragé, maintenant, je n'ai pas les moyens de payer des soins » son témoignage illustre le sentiment d'impuissance que ressentent de nombre habitants face à un système complexe .Les femmes, en particulier, sont souvent confrontées à des défis supplémentaires. Elles doivent naviguer entre la responsabilité familiale et les soins de santé, ce qui complique leur accès aux services de santé. Une mère célibataire, témoigne « je dois prendre soins de mes enfants d'abord. Si je suis malade, je ne peux pas me permettre de laisse tout ça »

IV.2.3. Impact de la carte d'assurance maladie

Bien que la carte d'assurance maladie soit en théorie un outil efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé, son impact réel est nuance .Les patients qui l'ont obtenue bénéficient de soins réduits en termes de coûts, mais la qualité des services reste inégale. Plusieurs patients rapportent des expériences mitigées, avec des soins parfois insuffisants en raison du manque des médicaments ou d'équipement.

Les agents de santé, bien engagés, sont souvent limités par des ressources disponibles. Ils sont conscients des inégalités qui persistent et explique le besoin urgent de sensibiliser l'Etat pour la disponibilité des médicaments.

Une infirmière souligne « Nous devons travailler ensemble pour informer le gouvernement que l'initiative de l'utilisation de la carte d'assurance maladie ne suffit pas aux citoyens pour l'accessibilité aux soins de qualité».

IV.2.4. Barrières socio-économiques

Les inégalités économiques jouent également un rôle crucial dans l'accès à la carte d'assurance maladies. Les participants issus des milieux défavorisés expriment les difficultés à payer même les frais d'inscription. Une femme du foyer explique « j'aimerais avoir la carte,

mais je n'ai pas les moyens de payer les frais. J'ai des enfants à nourrir ». Les inégalités de genre renforcent également ces obstacles. Les femmes, souvent responsables des soins familiaux, doivent jongler entre responsabilités domestiques et la recherche des soins, ce qui les empêche de consacre du temps à l'obtention des soins en cas des maladies non graves.

IV.2.5. Inégalités d'accès à l'information

Un autre terme reculent est l'inégalité d'accès à l'information un petit nombre de participant, en particulier ceux vivant dans des zones rurales éloignées frontaliers de BURUNDI et TANZANIE dans un quartier MUKAMBATI, déclarent ne pas avoir accès à des informations fiables sur la carte d'assurance maladie. Un leader chef du quartier affirme : « les campagnes d'informations sont souvent limitées. Peu de gens ne savent même pas qu'ils ont droit de cette carte». Cette méconnaissance a un impact direct sur l'accès aux soins .Les population les plus vulnérables, souvent moins éduquées sont plus souvent touchées par cette absence d'information.

IV.2.6. Sentiment d'exclusion

Une minorité des participants expriment un sentiment d'exclusion. Les bénéficiaires de la carte se sentent parfois stigmatisés par ceux qui n'ont pas .un agriculteur partage « je me sens chanceux d'avoir la carte, mais je vois des gens autour de moi qui n'ont pas même les moyens de payer pour l'inscription. Cela créer une division» .Les professionnel de santé reconnaisse cette dynamique .Un médecin note « nous devront travailler pour intégrer les personnes non assurées afin qu'elles ne sentent pas exclues du système de santé».

IV.2.7. Perception de la carte d'assurance maladie

a) Avantages perçus

Les bénéficiaires de la carte d'assurance maladies expriment généralement des perceptions positives. Une majorité des participants 14 sur 19 des participants considèrent que la carte facilite l'accès aux soins. Ils rapportent que les consultations médicales et les médicaments sont plus abordables. Un patient déclare « Avant d'avoir la carte je n'allais jamais chez le médecin, maintenant, je peux y aller sans me soucier des frais de consultations »

Les professionnels de santé confirment cette tendance, notant qu'ils constatent une augmentation du nombre de patients assurés. Une infirmière explique « nous voyons plus de patients avec la carte ce qui est positif, car cela signifie qu'ils prennent leur santé au sérieux ».

b) Limites de la carte d'assurance maladie

Malgré ces avantages, plusieurs participants soulignent des limitations. Environ 12 sur 19 des bénéficiaires signalent que la carte ne couvrent pas tous les frais. Par exemple par certains médicaments essentiels peuvent ne pas être inclus dans le plan d'assurance, une participante partage son expérience « j'ai dû acheter des médicaments non couverts la carte, ce qui a été un vrai coup dur pour mon budget».

IV.3. Récit de vie : parcours d'une femme agricultrice

IV.3.1. La découverte de la carte d'assurance maladie selon une femme agricultrice

Une femme agricultrice a entendu parler de la carte d'assurance maladie lors d'une réunion communautaire organisée par une ONG de santé. Elle se souvient de l'excitation qui l'envahie : « j'ai pensé que cela pourrait vraiment changer notre vie, mais je ne savais pas comme l'obtenir». Motivée par l'espoir d'améliorer sa santé et celle de sa famille, elle s'est engagée à obtenir la carte. Elle a commencée à rassembler les documents nécessaires et Elle s'est informée les procédures d'inscription grâce à ses voisins.

IV.3.2. Les obstacles à l'accès d'après une femme agricultrice

Malgré ses efforts cette femme a dû faire face à des défis. La première difficulté a été le manque d'information « Narabaza ibibazo vyinshi ababanyi gusa nabo wasanga batazi ingene bigenda mukuyironka »explique–elle ce constant illustre une réalité partagée par peu de participant rencontrées de la communauté de GISAGARA.

Apres quelques semaines d'efforts, la femme a finalement réussi à obtenir une carte d'assurance maladie. Cependant, la joie de cette réussite a été tempérée par des inquiétudes quant à l'utilisation de la carte d'assurance maladie » je ne savais pas si les soins seraient accessibles une fois que je l'aurais » confie- elle.

IV.3.3. L'utilisation de la carte d'assurance maladie

Une fois la carte en main, la femme a décidé de de consulter un médecin pour des douleurs persistantes. Elle se rappelle de l'angoisse qui l'envahie avant la consultation « Narimfise ubwaba ko muganga ahava ambwira ko imiti izimvye bivanye n'uko narindavyiteze, naratangajwe n'ukwumva ko nagabanijwe ayondiha bivanye n'uko mfise ikarata ».

Lors de cette première consultation, la femme a été accueillie par un médecin compréhensif, qui prit le temps de l'écouter. Elle a obtenu des médicaments sans payer des frais supplémentaires, ce qui lui a donné confiance dans le système de de santé « c'était la première fois depuis les années que je ne me sentais pas stressée à l'idée de devoir payer »raconte-t-elle.

IV.3.4. Les retombées sur la vie quotidienne

L'accès à la carte d'assurance maladie a eu un impact significatif sur la vie de la femme et de sa famille .Elle a pu consulter régulièrement le médecin et faire suivre ses enfants, ce qui a contribué à améliorer leur santé globale « maintenant, je peux aller chez le médecin quand j'en ai besoin et mes enfants sont moins souvent malades »dit-elle avec sourire. Néanmoins, elle a également constatée des inégalités persistantes. Bien qu'elle ait accès à la carte, de nombreux voisins n'ont pas eu cette chance en raison de faute des frais d'inscriptions ou de manque d'information « je vois des gens dans le village qui souffrent parce qu'ils n'ont pas des frais d'inscriptions ou comment obtenir la carte, cela me fait mal au cœur » avoue-elle. L'expérience de femme met en lumière les inégalités sociales qui existent en matière d'accès aux soins de santé au Burundi, bien que bien que la carte d'assurance maladie soit outil potentiellement efficace, son impact est limité par des facteurs tels que l'accès à l'information et les ressources économiques.

IV.3.5. La carte d'assurance maladie facilite l'accès aux soins de santé pour ses bénéficiaires

L'analyse des données recueillis lors de l'enquête relève que la carte d'assurance maladie joue efficacement un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès aux soins. Une majorité des participants environs de 16 sur 19 rapportent une réduction significatifs des coûts liés aux consultations médicales et aux certains médicaments .Ces résultats corroborent les recherches antérieurs sur les systèmes d'assurances maladies ;qui indiquent que tels dispositifs réduisent les barrières financières à l'accès aux soins .Des études telles que de van Doorslaer (2000) montrent que l'assurance maladie peut diminuer l'incidence des dépenses de santé catastrophiques ,permettant ainsi aux ménages d'accéder plus facilement aux soins . Dans le contexte burundais, la carte d'assurance maladie a permis à des familles qui auparavant hésitaient à consulter en raison des coûts d'accéder à des soins médicaments essentiels. Les témoignages recueillis au sein des établissements de santé renforcent cette affirmation. Un patient, a déclaré « avant d'avoir la carte, je ne pouvais pas me permettre d'aller chez le

médecin. Maintenant, je peux consulter et obtenir des médicaments sans crainte de ruiner ma famille » ce sentiment de sécurité financière et essentiel pour encourager l'utilisation des services de santé.

IV.3.6. Discrimination sur le statut de résidence

L'hypothèse selon laquelle la discrimination basée sur le statut de résidence aggrave les obstacles à l'accès à la carte d'assurance maladie n'a pas été confirmée par les données collectée. Bien que certaines disparités existent entre urbaines et rurales, les résultant montre que l'accès à la carte d'assurance maladie est relativement uniforme dans la commune GISAGARA .En effet, les enquêtés relèvent que les habitants de zones rurales, souvent considérée comme défavorisés ont réussi à obtenir la carte d'assurance grâce à des initiatives communautaires et des compagnes de sensibilisations menée par les ONG locales. Cela contredit les idées de Bourdieu sur la reproduction sociale, qui suggèrent que les inégalités sont souvent exacerbées par des structures sociales rigides. Dans ce cas la dynamique communautaire a permis une plus grande inclusion.

IV.3.7. Observations

Les observations dans les centres de santé de BUNYERERE et RUSIGABANGAZI montrent également que les agents de santé ont mis en place des mécanismes pour faciliter l'accès à la carte, indépendamment du statut de résidence. Les patients sont souvent aidés par les agents de santé communautaires qui expliquent les procédures et aider à remplir les formulaires nécessaires.

IV.3.8. Les procédures d'inscription à la carte d'assurance maladie

L'hypothèse consternant le manque d'information sur les procédures d'inscription à la carte d'assurance a également été infirmée. Les résultats indiquaient bien que certaines personnes aient effectivement signalée des difficultés à obtenir des informations, la majorité des bénéficiaires ont déclaré avoir reçu des explications claires sur les démarches à suivre

Des initiatives de sensibilisation, notamment des réunions communautaires et des campagnes d'informations menées par les ONG, ont contribué à dissiper les doutes et informer la population. Ces efforts soutiennent la thèse d'Anselme Strauss sur l'importance de l'interaction sociale dans la diffusion de l'information. Les membres de la communauté ont partagé leurs expériences et ont aidée d'autres à naviguer dans le système. Des témoignages

recueillis montrent que la majorité des bénéficiaires étaient au courant des procédures. Une participante, a déclaré « j'ai appris comment obtenir la carte grâce à une réunion organisée par notre association de femmes. Cela m'a vraiment aidée ». Ce type d'engagement communautaire a renforcée la diffusion des informations. L'assurance maladie joue un rôle clé dans la garantie de l'accès aux soins de santé. Les résultats de l'enquête montrent que les bénéficiaires de la carte d'assurance maladie consultent souvent le professionnel de santé et suivent leurs traitements de manière plus régulière. Cela est conforme aux théories de léonard et al (2016) qui affirment que l'accès à une couverture d'assurance est associé à une utilisation accrue des services de santé.

IV.3.9. Rôle des institutions de santé locales

Les institutions de santé locales telles que les hôpitaux et les centres de santé ont un rôle crucial dans la facilitation de l'accès à l'assurance maladie. Leur mission principale est de sensibiliser la population sur les avantages de cette couverture. Cependant, de nombreux témoignages relèvent quelquefois une méfiance persistance envers le système.

Un responsable de centre de santé a déclaré « Nous faisons de notre mieux pour informer la communauté, mais il y a encore ceux qui pensent que l'assurance ne fonctionnera pas pour eux» .Cela souligne l'urgence de développer des campagnes de sensibilisation adaptées aux réalités sociales des communautés .Par ailleurs, l'accessibilité physique à l'établissement de santé reste un défi. Les populations vulnérables, souvent située des zones rurales éloignées, doivent faire face à des distances importantes et à un manque de transport.

IV.3.10. Obstacles à l'accès à la carte d'assurance maladie

Les groupes vulnérables rencontrent par plusieurs obstacles majeurs qui entravent leur accès à la carte d'assurance médicale. Tout d'abord, bien que l'assurance soit gratuite, les coûts indirects, tels que le transport et les frais liés aux déplacements, peuvent être prohibitifs. Une mère de famille a témoigne « Naho ikarata zitatangwa nko kubuntu kugera ku bitaro bisaba kwiyunguruza, mpitamwo kureka kwivuza rimwe na rimwe ». Ensuite, la complexité administrative du processus d'inscription à la carte représente un autre obstacle important. Un patient a exprimé « il y a trop de démarches administratives, je ne sais pas où commencer ». Simplifier ce processus et offrir un accompagnement personnalisé est cruciale pour encourager l'inscription car les exigences des documents difficiles à satisfaire pour les populations les plus démunis constituent un obstacle majeur.

En fin la stigmatisation et la discrimination peut jouer un rôle important dans l'accès aux soins un patient vivant avec handicap a déclaré « Quand je vais au centre de santé, je sens que le personnel ne me prend pas au sérieux. Cela me décourager de me demander de l'aide »créer un environnement inclusif et respectueux est indispensable car souvent les personnes vivant avec handicap peut les dissuader de de demander de l'aide pour surmonter ces barrières.

IV.3.11. Barrières financiers

Les coûts associés aux soins de santé, même la carte d'assurance maladie, représentent un obstacle pour les groupes vulnérables. De nombreux répondants ont rapportés des frais cachés, tels que les frais de transport et le médicament non couverts « j'ai la carte, mais je ne l'utilise pas souvent. J'ai peur des coûts supplémentaires » Exprime par une maman âgée de 45 ans. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les ménages à faible revenu qui doivent souvent choisir entre les soins de santé et d'autres besoins essentiels. Un autre aspect véhicule la manière dont les prestataires de soins donnent des services de santé où il manque des médicaments pour les patients.

Elle ajoutant aussi : « les soins sont parfois de mauvaises qualité. J'ai attendu des heures pour voir un médecin et je suis rentre chez moi sans soins »

IV.3.12. Impact sur les ménages

Cette situation a des conséquences sur profondes sur la santé et le bien –être économique des ménages. Les ménages à faible revenu, souvent déjà en situation de vulnérabilité, se retrouvent dans un cercle vicieux où le manque d'accès aux soins aggrave leur situation économique. Des études montrent que les dépenses de santé imprévues conduire à l'approvisionnement des ménages, ce qui souligne l'importance d'une approche plus intégrée des politiques de santé.

IV.3.13. Réduction des inégalités

En offrant une couverture financière, la carte d'assurance maladie contribue à réduire les inégalités sociales en matière de santé. En effet, les patients qui bénéficiaient de la carte sont moins susceptibles de rencontre des obstacles qui pourraient les empêcher de consulter un médecin. Des études antérieures, comme celles de Bennett et al. (2008) sur les systèmes de santé en Afrique, soulignent que l'assurance maladie peut être un vecteur de d'équité dans l'accès aux soins de santé.

IV.3.14. Interconnexions des théories

a) Théorie de reproduction sociale

La théorie de reproduction sociale, développée par pierre Bourdieu, souligne comment les inégalités sociales se perpétuent à travers les systèmes de santé. Dans le contexte de notre étude, bien que la carte d'assurance maladie ait facilite l'accès pour de nombre bénéficiaires, il est essentiel de reconnaitre que des structures sociales plus larges continuent d'influencer l'accès aux soins. Les inégalités de statut économiques liés à l'accès aux soins bien qu'atténuées par la carte d'assurance, demeurent des facteurs critiques.

b) Théorie d'intersectionnalité

La théorie d'intersectionnalité développé par Kimberlé crenshaw, permet d'analyser comment différentes catégories d'identités, telles que le genre, la classe sociales et la résidence interagissent pour façonner l'expérience des individus. Dans notre étude, bien que l'hypothèse sur la discrimination basée sur le statut de résidence est infirmée, il est crucial de considérer d'autres facteurs, comme le degré peut influencer a carte d'assurance par exemple les femmes peuvent rencontre les obstacles spécifiques liés à leurs rôles ménagers dans la famille.

IV.4. Perspective à venir

Cependant, pour que l'assurance maladie atteigne pleinement son potentiel, des améliorations sont nécessaires. La qualité des soins doit être garantie, et les établissements de santé doivent être suffisamment équipés pour répondre à la demande croissante. Les témoignages de patient indiquent que malgré les avantages de la carte les disponibilités des médicaments et des services sont parfois limitée.

IV.5. Recommandations

Pour améliorer l'accessibilité de la carte d'assurance maladie et réduire les inégalités sociales, plusieurs recommandations peuvent être formulées :

- Campagnes d'information ciblées : Développer des programmes de sensibilisations adaptées à différentes communautés, en utilisant des médias locaux et en impliquant des leaders communautaires pour atteindre les populations vulnérables.
- Simplifications des procédures : Renforcer les démarches administratives pour faciliter l'inscription à la carte, en intégrant des agents de santé communautaires pour aider les personnes dans les besoins.

- Formation des agents de santé : offrir des formations sur la sensibilisation à la santé et sur les droits des patients, pour qu'ils puissent mieux informer les bénéficiaires sur l'assurance maladie.
- Investissement dans les infrastructures de santé : renforcer les ressources disponibles dans les hôpitaux et les centres de santé pour garantir des sons de qualité pour tous.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre recherche, il est indéniable que les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé demeurent un défi au Burundi, malgré l'instauration de l'assurance maladie obligatoire pour tous les citoyens. Cette recherche a éclaire les multiples facettes de cette problématique, en se concentrant particulièrement sur l'accessibilité du carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la communes Gisagara. La question centrale de cette étude est de comprendre pourquoi ces inégalités persistent .Les résultats relèvent que bien que la carte d'assurance maladie soit une initiative prometteuse pour améliorer l'accès aux soins ,plusieurs facteurs entravent son efficacité. En première lieu, le rôle des instructions locales de santé s'est avère crucial. Ces structures, en théorie, sont censées faciliter l'accès à l'information et assister les usages dans leurs démarches, cependant, elles souffrent de ressources limitées et d'une formation insuffisante, ce qui réduit leur capacité à répondre les besoins pour les groupes vulnérables. Les obstacles identifies sont variées et complexes. Le manque d'information sur les procédures d'inscription à la carte d'assurance maladie pour certaines populations des milieux reculées, de quelques ménages dans leurs incapacités de payer les frais d'inscriptions. Certaines hypothèses mineures ont été infirmées indiquant que d'autres facteurs sociaux et économiques, comme la pauvreté joue un rôle plus prédominant dans la dynamique d'accès aux soins.

Les politiques de santé actuelle au Burundi, bien qu'ambitieuses, nécessitent des ajustements significatifs pour aborder les inégalités sociales de manière efficace. Il parait que les initiatives doivent être mieux ciblées et adaptées aux réalités des groupes vulnérables. Les témoignages recueillis au cours de cette recherche témoignent d'une volonté d'accéder aux soins dont ils ont besoin. Cela implique un renforcement des capacités des institutions locales, une meilleure communication sur les droits et les procédures, ainsi qu'un engagement à écouter et à intégrer les voix des communautés des groupes vulnérables dans les processus de décision.

Enfin, il est essentiel de considérer cette recherche comme un appel à l'action. Les inégalités en matière de santé n'est pas une fatalité, mais plutôt un problème qui peut être abordée par des politiques éclairées par des initiatives ciblées. En favorisant l'accès aux soins pour tous y compris les groupes vulnérables, le Burundi peut faire un pas significatif vers une santé publique plus équitable et inclusive.

Ce mémoire espère ainsi contribuer à la réflexion et l'engagement au tour de ces enjeux cruciaux, en incitant les décideurs à agir pour un avenir où a accès aux soins dont il a besoins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. Références de livres

1. Berkman, l. F., t. Glass, i. Brissette et t. E. Seeman. 2000. « From social integration to health : Durkheim in the new millennium », Social Science and Medicine, p 843-857.
2. Bruchon-schweitzer, m. 2002. Epices Psychologie de la santé.
3. Maslow, « A theory of human motivation », The Psychological Review(1943), vol. 50, n°4, p.370-396
4. *Bourdieu, P. (1984).Distinction : A Social Critique of the Judgemt of taste. Cambidge : Havard University press. P 170-175*
5. Putman, R .D. (2000). Bwling Alone :the Collapse and Revival of American community . New York simon & Suchuster . p18-20
6. Bourdieu,p .(1990) . The logic of Pracice . Stanford : Stanford University press . 52-55
7. Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities . the Lancet, p 1099-1104
8. Krieger, N .(2001) .A Glossary for Social Epidemiology . Journal of Epidemiologuy and Community Health ,P 693-700
9. Link, B .G. & Phelan, J. (1995). Social conditions as Fundemental causes of diseases . Journal of Health and social Behavior , p80-94
10. Després C., Irdes P.D., Fantin R. & Legos F.(2008). *Dépense de santé et l'accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins*. pp. 85–96
11. Guend H. and Tesseron A. (2009) Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec.
12. Guend H. and Tesseron A. (2009) Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec
13. LOUBET DEL BAYLE, J.L., Introduction aux méthodes des sciences sociales, Éduard privat, Toulouse, 1978, p.162
14. N'D A, P., Recherche et méthodologie et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, L'Harmattan, Paris, 2015, p.33
15. CAMPENHOUT, L.V., et al, Manuels de recherches en sciences sociales, p.11
16. N'D A, P., Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, op.cit., p. 22
17. AUBIN-AUGER, I., Introduction à la recherche qualitative in revue française de médecine générale, vol.19 (n°84), 2008, pp : 142-145

18. BOUCHERF, K., Méthodes quantitative vs méthode qualitatif : Contribution d'un débat in les cahiers du cread, 32 (n°116), 2016, pp : 9-30
19. BARIBEAU, et ROYER, C., L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation in Revue des sciences de l'éducation, 38(1), 2012, pp : 23-45
20. N'D A, P., Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, p.144
21. BLANCHET, A., et GOTMAN, A., L'enquête et ses méthodes, Nathan, Paris, 1992, p.50 CNERER, (juin2023), *Accès aux soins : Repères éthiques face aux inégalités*, p30 Jean P., Hélène A., & Pierre L., *Inégalités sociales de sante : Quels impacts sur l'accès aux soins de préventions*, (2006), La sante au risques du social numero55 printemps, p.8

II. Références de documents institutionnels

1. CNRER&ERPACA corse, (juin, 2023), *Accès aux soins : Repères éthiques face aux inégalités*, p11-14L'ESS. (mai, 2016), *Les inégalités sociales de sante et leurs déterminants : principaux résultats de l'édition 7 de l'enquête sociale européenne* p3 OMS, (5juillet, 2023), *comment agir sur les causes sociales sur les inégalités de santé?*
2. HSFZZ, (15 fevrier2024), *Inégalités sociales d'accès aux soins dans le monde*, (ziekenhuis zonder crezen hôpital sans Frontières)
3. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, (2014), Lever P36
4. MEFICs, (juillet 10 ,2020), *disparité en matière de santé*, p8
5. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; *Analyse de la situation du Plan stratégique des Ressources Humaines en Santé* 2019-2023
6. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; Analyse de situation du Plan de Développement sanitaire 2019-2023
7. Ministère de la sante publique et de la lutte contre le sida *: Analyse de la situation du plan de développement sanitaire 2019-2023*
8. Ministère de la sante publique et de lutte contre le sida, (mai, 2021), *Résume Analytique du profil sanitaire du Burundi* P19
9. Ministère de la sante, (20 avril2022), *stratégies sectorielle de la sante 2O21-2027 alignée au plan national de développement du Burundi 2018-2027*, P17

10. MSPLS, (2017), *Enquête SARA*, p28
11. MSPLS, (2023), « politique national de sante 2016-2025, politique nationale genre du Burundi 2012-2025 » p 37
12. Plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2021-2023
13. Plan National de Développement du Burundi 2018-2027
14. Source : MSPLS, *Annuaires Statistiques sanitaires* 2012-2022
15. UNDP. Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

III. Référencéesélectroniques

1. BOIDIN B*., Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*, revue de l'institut d'économie publique, Novembre 2012, p.11. Disponible sur : file:///C:/Users/BEBE/Downloads/economiepublique-8820.pdf (visité le 20/4/2025)
2. Institut de recherche sur les mouvements sociaux, Les finalités de recherche en sciences sociales, 2016 in https://iresmo.jimdofree.com/2016/09/18/les-finalit%C3%A9s-de-l-enqu%C3%AAte-en-sciences-sociales/ consulté Dimanche le 27/4/2025 à 9h00 min
3. République du Burundi, Ministère de la santé, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Burundi*, juillet 2004, p.19. Disponible sur : http://www.hubrural.org/IMG/pdf/burundi_plan_strategique_dev_mutuelles_sante.pdf (visité le 13/5/2025)

IV. Références d'articles

1. Innocent B. (2005) Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population
2. République du Rwanda, ministère de la santé, politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda, Kigali 2005, p.11.
3. STEP-BIT-CIDR, *guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro- assurance santé,* Méthodologie, Tome 1, Bureau international du travail, Genève, 2001, p.31. Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé. 2005. Le score épices: *l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé de l'assurance maladie*. Rapport d'étude Janvier 2005. Saint-Étienne, Assurance maladieCentre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé .

ANNEXES

Guide d'entretien

- **Introduction**

Bonjour, je m'appelle BIMENYIMANA Louis et je suis étudiant chercheur en master II socio-anthropologie à l'université du Burundi. Je travaille actuellement sur une étude des inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi, plus précisément sur l'accessibilité de la carte d'assurance maladie pour les groupes vulnérables de la commune GISAGARA. Votre contribution est essentielle pour améliorer l'accessibilité à la carte d'assurance maladie. Nous vous garantissons de garder vos réponses dans l'anonymat.

Q1. Cadre de l'étude sur la carte d'assurance maladie

Q1 .1. Il vous arrive de tomber malade?

Q1.2. Quelles sont les maladies que vous vous soigner fréquemment ?

Q1.3. Comment procédez –vous pour vous faire soigner en cas de maladie?

Q1 .4 . Avez –vous déjà entendu parler du Carte d'assurance maladie? Qui peuvent en bénéficier ?

Q1.5.Est-ce que tout le monde est informé sur l'existence de carte d'assurance maladies et ses avantages ? Comment ?

Q1.6. Quelles sont les critères d'éligibilités pour bénéficier de la carte d'assurance maladie? Est-ce que les démarches sont faciles pour tout le monde? Pourquoi

Q1.7. Selon vous, quelles principales difficultés auxquelles sont confrontés ceux qui n'utilisent pas la carte d'assurance maladie?

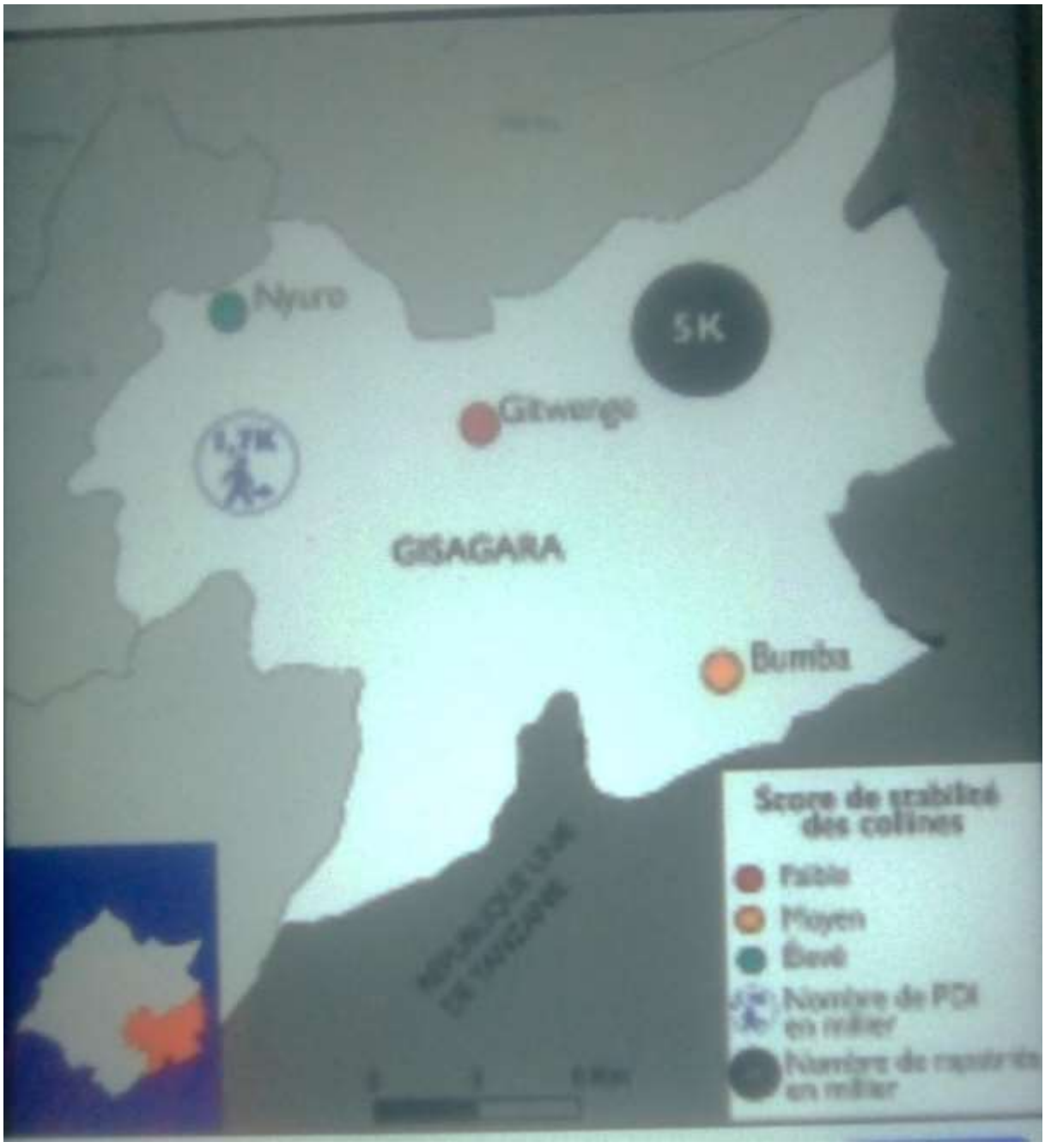
Q1.8. Comment le coût de la carte d'assurance maladie peut être un obstacle pour les groupes vulnérables ?(les personnes plus âgées, veuves, mères célibataires, personnes vivant avec handicap)

Q9. Que pouvez-vous conseiller les décideurs en matière de santé de la population burundaise ?

Liste de nos enquêtés et leur identification

N°	Nom et prénom	Métier	Lieu d'origine	Age	Genre
1.	NDAYISHIMIYE Jean-Claude	Médecin généraliste	Hôpital Murore	45	M
2.	NYANDWI Beatrice	Infirmière	Bunyerere	30	F
3.	NSHIMIRIMANA Claude	Agriculteur	Gisagara	50	M
4.	MUGENZI Alice	Médecin pédiatre	Hôpital Murore	38	F
5	NIYINTORE Fatoumata	Commerçante	Rusigabangazi	39	F
6.	NDAHIRO Samuel	Agent de santé communautaire	Gisagara	37	M
7.	NTUNZWENIMANA Jean-Pierre	Jeune actif	Rusigabangazi	28	M
8.	MUGISHA Alice	Leader collinaire	Bumba	42	F
9.	NSHIMIRIMANA Paul	Patient handicapé	Gisagara	50	M
10	NIYONZIMA Marie	Mère célibataire	Gisagara	35	F
11.	NDARUVUYEKO Eugène	Enseignant en retraite	Rusigabangazi	65	M
12.	MUKUNZI Aline	Mère de famille	Bunyerere	42	F
13.	NKURUNZIZA Joseph	Artisan	Gisagara	32	M
14.	NIYONSABA Delphine	Femme au foyer	MUKAMBATI	41	F
15.	NDIKUMANA Éric	Enseignant	Bunyerere	45	M
16.	NIYONZIMA Chantal	Etudiante	GISAGARA	31	F
17.	MBARUSHIMANA Rosine	Pharmacienne	Rusigabangazi	36	F
18.	NKUNZIMANA Augustin	Ancien politicien	GISAGARA	53	M
19.	NDAYAMBAJE Bérénice	Agricultrice	Mukambati	34	F

Carte de la commune GISAGARA



Source : Organisation International pour les Migrations au BURUNDI

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

B.P 5142

BUJUMBURA-BURUNDI

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Pr Pascal TUYUBAHE, Doyen de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines (FLSH), atteste par la présente que le nommé BIMENYIMANA LOUIS est l'étudiant de Master II en Socio-Anthropologie de ladite faculté et qu'il effectue des recherches sur le thème: « ***Inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé au Burundi ,une étude sur l'accessibilité de la carte d'assistance médicale pour les groupes vulnérables de la commune Gisagara*** »

A cet effet, je sollicite votre bienveillance pour autoriser l'accès aux données disponibles dans vos services. Cet étudiant chercheur respectera toutes les consignes que vous lui recommanderez ainsi que le droit individuel y afférant.

Espérant une suite favorable, je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Sous couvert de:

Dr sr Rosette Minani

Directrice de Mémoire

Fait à Bujumbura le 14/07/2025

Le Doyen

Pr Pascal TUYUBAHE

Faculté des Lettres et Sciences Humaines