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

Le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques au Burundi: Réflexions à la lumière du droit international des droits de l'homme et du droit social

NZEYIMANA, Moïse

2021-08
UB
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/29

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES SCIENCES POLITIQUES ET JURIDIQUES

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

ANNEE ACADEMIQUE : 2019-2020

LE DROIT A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE POUR LES TRAVAILLEURS DOMESTIQUES AU BURUNDI : Réflexions à la lumière du droit international des droits de l'homme et du droit social

Par :

Moïse NZEYIMANA

<u>Sous la direction de</u> :

Professeur Egide MANIRAKIZA

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

Bujumbura, août 2021

LES MEMBRES DU JURY

1. Dr. Laurent NZOSABA : Président
2. Professeur Egide MANIRAKIZA : Membre
3. Dr. Joseph NDAYISABA : Secrétaire

DEDICACE

A mon père,

A ma mère,

A mon épouse,

A mes enfants, Berny Laël IHEZAGIRE, Erica KAZE et Orly Alyssa IGIRANEZA.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je ne saurais ne pas exprimer ma vive et sincère reconnaissance à toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à sa réalisation.

Je tiens d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de mémoire, Monsieur le Professeur Egide MANIRAKIZA, Doyen de la Faculté de droit de l'Université du Burundi, qui a promptement accepté de diriger ce mémoire, malgré ses multiples charges administratives. Sa grande expérience, ses sages conseils et sa disponibilité m'ont été d'une utilité inestimable.

Je remercie ensuite tous les professeurs de la Faculté de droit, Master complémentaire en droits de l'homme et résolution pacifique des conflits, pour leur inlassable accompagnement intellectuel et moral durant le cursus de ce master.

Mes remerciements vont également à l'endroit du personnel de l'Université du Burundi affecté aux différentes bibliothèques, pour l'accueil et l'accès facile à la documentation dont j'avais tant besoin.

Je ne pourrais pas oublier de remercier toutes les personnes qui m'ont fourni des informations relatives à ma recherche. Il s'agit notamment des responsables de certains organismes de gestion des risques sociaux, des employeurs et des travailleurs domestiques.

Enfin, je remercie vivement les personnes qui m'ont encouragé à suivre cette formation qui vient d'aboutir. Je pense particulièrement à mon épouse, à mes collègues et à mes condisciples.

RESUME

Malgré son importance considérable pour les ménages, le travail domestique n'est pas apprécié à sa juste valeur et est souvent exercé par de jeunes filles et jeunes gens souvent analphabètes ou à bas niveau d'études et issus des familles rurales.

C'est dans cette vulnérabilité que les travailleurs domestiques burundais exercent et jouissent des droits fondamentaux, dont le droit à l'accès aux soins de santé. A l'instar d'autres individus, les travailleurs domestiques sont sujets du droit international et se voient, à ce titre, reconnaître le droit à l'accès aux soins de santé par les instruments juridiques internationaux et régionaux auxquels le Burundi est partie.

Au niveau interne, depuis novembre 2020, un nouveau Code du travail est entré en vigueur. Néanmoins, le législateur a subordonné l'application de ce Code aux travailleurs domestiques à l'existence d'une loi particulière qui leur est applicable. L'inexistence juridique de cette loi spécifique aux travailleurs domestiques fait que ceux-ci soient exclus du champ d'application du Code du travail.

A cet effet, les travailleurs domestiques ne peuvent pas accéder aux prestations de soins de santé garantis par les régimes de base, dont le régime d'assurance maladie de base, le régime des risques professionnels et le régime des prestations familiales et qui sont gérés par les organismes publics.

Même si le Code de la protection sociale prévoit que les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis au régime des travailleurs mobiles et indépendants, ce régime n'est pas encore fonctionnel suite à l'inexistence d'un texte réglementaire qui en fixe les modalités de fonctionnement.

Le seul moyen pour les travailleurs domestiques de jouir du droit à l'accès aux soins de santé, par l'assurance maladie, consiste en l'usage de la Carte d'assistance médicale. Dans ces conditions, les organismes publics de gestion des régimes sociaux existants, comme l'INSS et la Mutuelle de la Fonction publique, ne sont pas ouverts aux travailleurs domestiques.

Dans la pratique, l'exercice et la jouissance du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques se heurtent à plusieurs contraintes, dont notamment, le cadre légal existant défavorable à la jouissance de ce droit, l'incapacité socio-économique des ménages employeurs, la faiblesse des travailleurs domestiques à réclamer leurs droits, la précarité de la relation contractuelle et l'isolement du travailleur domestique dû au milieu dans lequel ce travail s'exerce.

ABSTRACT

Despite its considerable importance for households, domestic work is often carried out by young girls and young people, often illiterate or with a low level of education and from rural families.

It is in this vulnerability that Burundian domestic workers exercise and enjoy fundamental rights, including the right to access health care. Like other individuals, domestic workers are subject to international law and, as such, have the right to access to health care recognized by international and regional legal instruments to which Burundi is a party.

In domestic law, since November 2020, a new Labor Code has entered into force. However, the legislator has made the application of this Code to domestic workers to the existence of a specific law applicable to them. The lack of this specific law for domestic workers means that they are excluded from the scope of the Labor Code.

Thus, domestic workers cannot access to the health care benefits guaranteed by the basic schemes, including the basic health insurance scheme, the occupational risks scheme and the family benefits scheme and which are administered by the public organizations.

Even if the Social Protection Code provides that domestic workers are potentially subject to the mobile and self-employed workers regime, this regime is not yet functional due to the inexistence of a regulatory text, which sets out the modalities of its operation.

The only way for domestic workers to enjoy the right to access health care, through health insurance, is through the use of the Health Assistance Card. Under these conditions, the public organizations that manage existing social schemes, such as the INSS and the MFP, are not open to domestic workers.

In practice, the exercise and enjoyment of the right to access to health care by domestic workers come up against several constraints, including in particular, the existing legal framework unfavourable to the enjoyment of this right, socio-economic disability of employer households, the weakness of domestic workers to claim their rights, the precariousness of the contractual relationship and the isolation of the domestic workers due to the environment in which this work is carried out.

TABLE DES MATIERES

LES MEMBRES DU JURY i
DEDICACE ii
REMERCIEMENTS iii
RESUME iv
ABSTRACT v
LISTE DE PRINCIPAUX SIGLES ET ABREVIATIONS ix
AVANT-PROPOS xi
INTRODUCTION GENERALE 1
A. Contexte, justification et problématique du sujet 2
B. Délimitation du sujet 5
C. Méthodologie 6
CHAPITRE I : LES GENERALITES SUR LE TRAVAIL DOMESTIQUE AU BURUNDI 7
Section 1 : Quelques précisions sur les concepts-clés 7
§ 1. Le travail domestique 7
§ 2. Le travailleur domestique 8
§3. L'économie informelle et le travail domestique 9
§4. Le contrat de travail domestique 11
§ 5. Le travail des enfants 12
Section 2 : Aperçu sur le profil et les conditions de travail des employés domestiques 13
§ 1. Le profil des travailleurs domestiques burundais 13
A. L'âge et le sexe des travailleurs domestiques burundais 13
B. Le statut matrimonial des travailleurs domestiques burundais 14
C. La situation socio-économique et le niveau d'instruction des travailleurs domestiques 15
§ 2. Les conditions générales de travail des employés domestiques 16
A. Le contenu du travail domestique et ses modalités d'exercice 16
B. Le salaire et ses modalités de paiement 17
Section 3 : Evolution historique du cadre légal pour les travailleurs domestiques au Burundi 19
§ 1. L'évolution historique du droit du travail burundais et le travail domestique 19
A. L'arrêté-loi n°001/31 du 02 juin 1966 portant code du travail du Burundi 19
B. Le décret-loi n°1/037 du 07 juillet 1993 portant révision du code du travail 20
C. La loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du Code du travail du Burundi 21
§ 2. L'évolution historique de la sécurité sociale pour les travailleurs domestiques 22
A. La loi portant institution du régime de sécurité sociale 22
B. La loi n°1/010 du 16 juin 1999 portant code de sécurité sociale 23
C. La loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré 24

D. La loi n° 1/05 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés....24

E. La loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale au Burundi....26

CHAPITRE II : LE DROIT A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE POUR LES TRAVAILLEURS DOMESTIQUES ET SES FONDEMENTS JURIDIQUES 28

Section 1 : La notion de droit à l'accès aux soins de santé 29

§ 1. Les notions de soins et d'accès aux soins de santé....29

§ 2. Le droit à l'accès aux soins de santé et le droit à la santé 31

Section 2 : Les fondements juridiques du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques....33

§ 1. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé en droit international....34

A. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé en droit international des droits de l'homme 34

B. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé par les normes du droit international du travail et de la santé....37

§ 2. La confirmation du droit à l'accès aux soins de santé en droit interne et régional 40

A. La garantie du droit à l'accès aux soins de santé au niveau africain....40

B. La garantie du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques au niveau national....41

Section 3 : Les obligations de l'Etat burundais vis-à-vis du droit à l'accès aux soins de 44

santé pour les travailleurs domestiques....44

§1. L'obligation de respecter....45

§2. L'obligation de protéger....45

§3. L'obligation de réaliser progressivement le droit à la santé....46

Section 4 : Quelques mécanismes institutionnels garantissant le droit à l'accès aux soins 47

de santé....47

§ 1. L'Institut national de sécurité sociale (INSS) 48

§ 2. La Mutuelle de la fonction publique 49

§ 3. Le régime assurantiel de la Carte d'assistance médicale (CAM)....50

§ 4. Les autres assurances sociales publiques ou privées....52

§ 5. Les mutuelles sociales....52

Conclusion du chapitre....55

CHAPITRE III : LES DEFIS LIES A LA JOUISSANCE DU DROIT A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE PAR LES TRAVAILLEURS DOMESTIQUES AU BURUNDI....57

Section 1 : Les défis liés à l'état actuel du cadre légal....57

Section 2 : Les défis tenant à la situation socio-économique des ménages employeurs....59

Section 3 : Les défis tenant à la précarité du contrat de travail domestique....60

Section 4 : Les contraintes relatives au milieu dans lequel s'effectue le travail domestique....61

Section 5 : Les contraintes relatives à la faiblesse des travailleurs domestiques 64

Conclusion du chapitre.....66
CONCLUSION GENERALE 67
LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 70
LES ANNEXES 76

LISTE DE PRINCIPAUX SIGLES ET ABREVIATIONS

AFIC	: African Freedom of Information Centre
AGNU	: Assemblée générale des Nations Unies
al.	: alii (autres)
AMS	: Assemblée générale de la santé
Art.	: Article
BIT	: Bureau international du travail
CAM	: Carte d'assistance maladie
CCLAT	: Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CDE	: Convention internationale relative aux droits de l'enfant
CEACR	: Commission d'experts pour l'application des conventions et des recommandations
CIST	: Conférence internationale des statisticiens du travail
CIT	: Conférence internationale du travail
CODESC	: Comité des droits économiques, sociaux et culturels
D.-L.	: Décret-loi
Doc.	: Document
DUDH	: Déclaration universelle des droits de l'homme
EHPAD	: Etablissement d'hébergement pour des personnes âgées dépendantes
ESSPROS	: *European System of integrated Social Protection Statistics*
HRW	*: Human Rights Watch*
Ibid.	*: Ibidem* (même auteur, même ouvrage, même page)
Id.	*: Idem* (même auteur, même ouvrage)
ILO	*: International Labor Organization*

INSS	: Institut national de sécurité sociale
Lit.	*: litera*
MPF	: Mutuelle de la fonction publique
MSPLS	: Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida
OG	: Observation générale
OHCHR	*: Office of the High Commissioner for Human Rights*
OIT	: Organisation internationale du travail
OMC	: Organisation mondiale du commerce
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
Op.cit.	: *Opere citato* (ouvrage déjà cité)
p.	: page
PARCEM	: Paroles et actions pour le réveil des consciences et l'évolution des
PIDESC	: Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
Rés.	: Résolution
RSI	: Règlement sanitaire international
SMIG	: Salaire minimum interprofessionnel garanti
SNIS	: Système national d'information sanitaire
UN	: *United Nations*
UNESCO	*: United Nations for Education, Science end Culture Organization*
V.	: Voir
VIH/Sida	: Virus d'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience
Vol.	: Volume
WHA	*: World Health Assemblee*

AVANT-PROPOS

Les travailleurs domestiques sont une réalité dans les foyers urbains du Burundi depuis le début du XX^{ème} siècle. Malgré cette longue histoire, les droits des travailleurs domestiques n'ont jamais évolué à la hauteur des droits d'autres travailleurs du secteur officiel. Alors que c'est essentiellement de la loi que dépend la protection de toute personne, les travailleurs domestiques ont vu, au cours de l'histoire, leurs droits remis en cause, avant qu'ils ne soient implicitement exclus du cadre juridique national. Mais, en tant que sujets du droit international des droits de l'homme, les travailleurs domestiques se voient reconnaître des droits - dont l'accès aux soins de santé auquel s'intéresse la recherche- par les instruments juridiques internationaux et régionaux auxquels le Burundi est partie.

Nous avons choisi de traiter du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques burundais au lendemain de l'entrée en vigueur de deux textes légaux. Il s'agit de la loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi et de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale. Tous ces textes ont, entre autres pour point commun de parler des travailleurs domestiques, contrairement aux textes qu'ils révisent.

Ici, le but poursuivi est d'abord celui d'indiquer dans quelle mesure le cadre juridique international et interne garantit aux travailleurs domestiques burundais le droit à l'accès aux soins de santé dans le contexte particulier de leur vulnérabilité. Ensuite, il sera question de voir si les mécanismes institutionnels internes existants sont de nature à garantir ce droit à cette catégorie de travailleurs. Enfin, nous avons jugé utile d'analyser les défis liés à la jouissance du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques.

Malgré son omniprésence, le travail domestique semble peu intéresser la littérature scientifique, à part quelques mémoires et rapports sur le travail infantile et la condition de travail des filles employées

C'est à ce constat de carence dans la recherche académique que ce mémoire veut répondre, en se focalisant sur le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques.

INTRODUCTION GENERALE

De nos jours, tous les Etats sont conscients que la santé des travailleurs conditionne le revenu du ménage, la productivité et le développement économique. En effet, l'accès aux soins de santé pour tous est l'une des préoccupations importantes pour tous les Etats. Il a même été choisi comme troisième objectif par l'Assemblée générale des Nations Unies pour son Agenda 2030, lors de l'adoption, le 25 septembre 2015, de dix-sept Objectifs de développement durable en vue de réaliser un développement économique, social et environnemental durable, inclusif et équitable[1].

Comme le dit clairement l'OMS, la réalisation du droit à la santé est la condition *sine qua non* à la réussite des politiques de développement au sein des Etats. En effet, « la bonne santé, à la fois droit de l'homme et mesure du bien-être de l'être humain, est également un moteur de croissance »[2]. Le préambule de la Constitution de l'OMS déclare en outre que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Le droit à la santé, et plus particulièrement l'accès aux soins et services sanitaires est donc un droit fondamental de la personne qui doit être mis en place et offert par l'Etat.

En tant que membre de l'OMS, de l'OIT et partie à différents instruments internationaux relatifs des droits de l'homme, le Burundi est tenu d'assurer, pour tous, le droit à l'accès aux soins de santé, y compris en faveur des couches sociales les plus défavorisées. Parmi celles-ci figurent les travailleurs domestiques, une catégorie de la population à laquelle s'intéresse notre recherche.

Les travailleurs domestiques font face à plusieurs risques pour leur santé, suite notamment à des conditions de travail qui exigent une dose particulière d'efforts physiques, des salaires indécents, l'exclusion du cadre légal national, des tâches et des horaires de travail démesurés, etc.

---

[1] ONU, *Objectifs de développement durable*, disponible sur https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/, consulté le 14/07/2021.
[2] OMS, *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*, Genève, 2005, p. 46., cité par C. FOE NDI, *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun*, Thèse, Université d'Avignon, 2019, p. 1.

Suite à ces risques, les travailleurs domestiques méritent, comme tout travailleur, de jouir du droit à l'accès aux soins de santé qui est d'une importance éthique particulière, parce que les soins de santé contribuent à préserver le statut de ceux qui en bénéficient comme citoyens pleinement fonctionnels[3].

Dans son rapport sur la santé dans le monde portant sur la recherche pour la couverture sanitaire universelle, l'OMS affirme que « nombre des questions portant sur la couverture sanitaire universelle nécessitent des réponses locales à travers la recherche empirique »[4].

Ce rapport précise en outre que l'objectif de la couverture sanitaire universelle est de veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans risquer de se ruiner financièrement ou de s'appauvrir aujourd'hui et à l'avenir. Les facteurs responsables de la mauvaise santé, ainsi que la capacité financière à protéger les personnes de la mauvaise santé, diffèrent d'un pays à l'autre. Par conséquent, chaque pays doit déterminer ses priorités sur le plan de l'amélioration de la santé, des services nécessaires et des mécanismes appropriés pour la protection contre le risque financier[5].

A. Contexte, justification et problématique du sujet

En droit interne, depuis le 20 novembre 2020, un nouveau Code du travail est entré en vigueur et parle expressément de relations entre les travailleurs et les employeurs de maison, contrairement au décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 qu'il remplace. C'est la loi n°1/11 du 20 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi[6].

En effet, aux termes de l'article 2, alinéa 2, « les relations entre les travailleurs et les employeurs de maison et du secteur informel sont également régies par le présent code dans la limite des lois qui leur sont applicables ».

---

[3]M. MOUBE, *Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès équitable aux soins de santé : le cas des travailleurs de l'informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité*, Université de Montréal, Thèse, 2016, p.2.
Ibid.
[4]OMS, *Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle*, 2013, p.7, disponible sur http://accesauxsoins.msf.lu/files/MSF_la-recherche-pour-la-couverture-sanitaire-universelle.pdf.
[5] *Ibid*.
[6] Loi n°1/11 de la 20/11/2020 portant révision du D.-L. N°1/037 de la 07/07/1993 portant révision du code du travail du Burundi, *in BOB, n°11Ter/2020*.

L'article 3 ajoute que les conditions d'emploi et de travail des employés de maison qui sont liés au maître de maison par une relation de travail sont fixés par une loi spéciale.

Etant donné que cette loi particulière n'a pas encore vu le jour, une question se pose de savoir si les travailleurs domestiques sont en droit de revendiquer tous les droits reconnus aux travailleurs régis par le nouveau Code du travail, dont le droit à l'accès aux soins de santé. En effet, le droit à l'accès aux soins de santé est reconnu à tous les travailleurs salariés régis par le Code du travail, à travers le régime d'assurance maladie de base, le régime des risques professionnels et le régime des prestations familiales prévus par le Code de la protection sociale. L'article 23 de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant Code de la protection sociale au Burundi dispose que les régimes de base ont, entre autres pour champ d'application, tous les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code du travail[7].

Au niveau international, les travailleurs domestiques burundais sont, en leur qualité de sujets de droit international des droits de l'homme, titulaires des droits qui leurs sont reconnus par les conventions qui garantissent le droit à l'accès aux soins de santé. En effet, l'article 19 de la Constitution du Burundi dispose que les droits et devoirs proclamés et garantis par les textes internationaux relatifs aux droits de l'homme régulièrement ratifiés font partie intégrante de la Constitution. Or, le Burundi est partie à plusieurs instruments internationaux qui garantissent le droit à l'accès aux soins de santé, sans discrimination.

Ces dispositions constitutionnelles sont corroborées par l'article 6 la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale du Burundi qui dispose que le Gouvernement doit assurer le respect des droits et devoirs prévus par la Déclaration universelle des droits de l'homme, des Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ainsi que la Charte de l'unité nationale.

Notre travail est intitulé « Le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques au Burundi : réflexion à la lumière du droit international des droits de l'homme et du droit social ».

En faisant cette recherche, nous avons voulu savoir si l'entrée en vigueur d'un nouveau Code du travail et du Code de la protection sociale a eu pour effet de permettre aux travailleurs domestiques de jouir du droit à l'accès aux soins de santé au même titre que les autres

[7] Art.23 de la loi n°1/12 du 12/05/2020 portant Code de la protection sociale au Burundi, *in BOB, n°5bis/2020*, p.737.

travailleurs qu'ils régissent. Outre le droit social, le droit international des droits de l'homme nous servira de base dans cette réflexion sur le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques burundais.

Il sera tenu compte de cette autre réalité que les travailleurs domestiques constituent une catégorie de travailleurs en difficultés sociales. Issus de milieux sociaux défavorisés, recrutés et logeant chez des particuliers, les travailleurs domestiques sont essentiellement de jeunes adolescents, souvent liés par un contrat de travail non écrit et pouvant être résilié à tout moment.

Souvent, ils se mettent au travail très tôt afin de pourvoir non seulement à leurs besoins mais également aux besoins de leurs familles restées dans les milieux ruraux. Ils sont vulnérables à l'exploitation et aux abus : souvent malmenés, sous-payés et victimes de violence.

Néanmoins, malgré 1'apport fondamental de ces travailleurs à travers 1' exécution de diverses tâches (soins aux enfants, cuisine, lessive, etc.), les travailleurs domestiques au Burundi restent dans leur grande majorité des employés non qualifiés.

Bref, dans le cadre de ce travail, nous avons voulu analyser et essayer de répondre aux interrogations suivantes :

Dans quelle mesure le cadre juridique international et interne garantit aux travailleurs domestiques burundais le droit à l'accès aux soins de santé dans ce contexte particulier de leur vulnérabilité ?

Existe-t-il des mécanismes institutionnels burundais qui garantissent ou pouvant garantir le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques ?

La situation de vulnérabilité des travailleurs domestiques a-t-il des incidences sur l'exercice et la jouissance de leur droit à l'accès aux soins de santé ?

Quels sont les défis liés à la jouissance du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques au Burundi ?

B. Délimitation du sujet

Intitulée « Le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques au Burundi : réflexion à la lumière du droit international des droits de l'homme et du droit social », notre recherche est délimitée dans le temps et dans l'espace. Elle porte sur le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques au Burundi, au lendemain de l'entrée en vigueur de la loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi et de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale au Burundi.

Loin de pouvoir épuiser tous les aspects autour de cette recherche, et par souci de clarté, nous avons subdivisé le travail en trois chapitres. Le premier se rapporte aux généralités sur les travailleurs domestiques. Il s'agira d'examiner qui sont les travailleurs domestiques burundais, les conditions générales dans lesquelles ils s'acquittent de leurs obligations contractuelles. Il sera tracé l'évolution historique du cadre légal pour les travailleurs domestiques.

Au second chapitre, nous analyserons la notion de droit à l'accès aux soins de santé, son cadre juridique international, régional et interne. Ici, nous répondrons à la question de savoir si ce cadre juridique est applicable aux travailleurs domestiques burundais. Nous ferons aussi un aperçu sur les mécanismes institutionnels burundais chargés de la gestion des prestations de soins de santé pour les travailleurs salariés et conclurons si ces mécanismes sont applicables ou non aux travailleurs domestiques.

Le troisième chapitre sera consacré à l'analyse des défis liés à l'exercice et à la jouissance, par les travailleurs domestiques burundais, du droit à l'accès aux soins de santé, en tenant compte surtout de leurs conditions générales et du cadre juridique national et international de ce droit.

Pour relever ces défis et ainsi améliorer la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques burundais, quelques mesures à prendre seront proposées au terme d'une conclusion générale.

C. Méthodologie

Comme tout travail scientifique, la réflexion sur le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques burundais ne saurait aboutir à des résultats sans une approche méthodologique adaptée à la thématique.

Notre méthodologie a consisté en une revue documentaire de la doctrine, des textes légaux tant nationaux qu'internationaux. Nous avons également fait des entretiens avec les responsables des organismes de gestion des régimes d'assurance maladie, des prestations familiales et des risques professionnels.

Enfin, nous nous sommes servi des résultats des enquêtes par questionnaires que nous avons administrés individuellement aux travailleurs et employeurs domestiques.

CHAPITRE I : LES GENERALITES SUR LE TRAVAIL DOMESTIQUE AU BURUNDI

Au Burundi, les travailleurs domestiques sont omniprésents dans les foyers urbains en général, et en mairie de Bujumbura en particulier, où ils accomplissent de multiples tâches ménagères. La contribution des travailleurs domestiques à la croissance économique est considérable. En effet, grâce aux travailleurs domestiques, plusieurs personnes réussissent à vaquer, en toute liberté, à d'autres activités génératrices de revenus étant déchargées du travail qu'elles feraient normalement au sein du ménage.

Dans ce chapitre, il s'agira de faire un aperçu sur les concepts clés autour du travail domestique, avant d'analyser l'état des lieux du travail domestique et l'évolution historique de son cadre légal

Section 1 : Quelques précisions sur les concepts-clés

Dans le but de faciliter la compréhension au lecteur, certains concepts liés au travail domestique méritent d'être élucidés.

§ 1. Le travail domestique

L'expression de travail domestique n'est pas aisée à cerner, étant donné que les devoirs des travailleurs domestiques ne sont pas bien définis et varient selon l'employeur pour le compte duquel ce travail est effectué.

La Convention (n°189) de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques définit le travail domestique comme le « travail exercé au sein de ou pour un ou plusieurs ménages [8]».

Selon la Classification internationale type par industrie (CITI), la restriction du travail domestique aux tâches effectuées au sein d'un ménage est un moyen pratique d'identifier les travailleurs domestiques[9].

---

[8] Art. 1, lit. a) de la Convention 189 de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques. Cette Convention n'a pas encore été ratifiée par le Burundi.

[9] OIT, *Faire avancer la justice sociale, promouvoir le travail décent*, disponible sur https://www.ilo.org/global/topics/wages/minimum-wages/domestic-workers/WCMS_569940/lang--fr/index.htm#1, consulté le 11/04/2021.

Les professions et les tâches considérées comme « domestiques » varient selon les pays : cuisine, ménage, soin des enfants, des personnes âgées et handicapées, entretien du jardin, s'occuper des animaux de compagnie ou conduire la voiture familiale. Il peut s'agir d'un travail à temps partiel ou à temps plein[10].

Parmi ces tâches, un travailleur domestique peut en exercer une ou plusieurs. Ici, nous allons nous intéresser à celui qui effectue plusieurs tâches compatibles, notamment le nettoyage, la lessive, le repassage, la cuisine, la garde des enfants et assistance dans d'autres tâches ménagères quotidiennes au sein d'un seul ménage.

A la différence de la prestation faisant l'objet d'un contrat de travail à domicile et correspondant à un travail réalisé par un salarié chez lui, le travail domestique est effectué au domicile de l'employeur[11]. L'article 4 du Code du travail fait référence au travail à domicile en définissant le travailleur à domicile comme étant un travailleur qui effectue à son domicile ou dans des locaux de son choix, autres que les locaux de travail de l'employeur, moyennant une rémunération, en vue de la réalisation d'un produit ou d'un service répondant à des spécifications de l'employeur, quelle que soit la provenance de l'équipement, des matériaux ou des autres éléments utilisés à cette fin[12].

§ 2. Le travailleur domestique

Dans le langage courant, l'expression « travailleur domestique » est définie comme une personne engagée à temps partiel ou à temps plein dans le service domestique, en échange d'une rémunération, pour une période déterminée ou indéterminée. Les conditions d'emploi peuvent être explicites ou implicites[13].

---

[10] *ILO, Les travailleurs domestiques*, disponible sur https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/domestic-workers/lang--fr/index, consulté le 17/10/2020.

[11] P. AUVERGNON, *Le travail domestique sur le chemin du travail décent ?* J.-L. Gil y Gil. Migraciones internacionales e impacto de la crisis económica: Compromisos de la OIT, Juruá Editora, pp.279-310, 2013. halshs-00908660.

[12] Art.4 de la loi n°1/11 du 24/11/2020 portant revision du D-L.n°1/037 du 07/07/1993 portant révision du Code du travail du Burundi, *in BOB, n°11Ter/2020*, p.732.

[13] N.NEETHA, *Contours of Domestic Service: Characteristics, Work Relations and Regulations*, Indian Journal of Labour Economics, Vol.52, No. 3, 2009., disponible sur file:///C:/Users/ttt/Downloads/Contours+of+Domestic+Service+Characteristics,+Work+Relations+and+Regulations.pdf, consulté le 17/10/2020.

La Convention (n°189) de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques considère le travailleur domestique comme toute personne de genre féminin ou masculin exécutant un travail domestique dans le cadre d'une relation de travail[14]. Cette Convention -que le Burundi n'a pas encore ratifiée- précise qu'une personne qui effectue un travail domestique seulement de manière occasionnelle ou sporadique sans en faire sa profession n'est pas un travailleur domestique[15].

Alors que la loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi parle de travailleurs de maison sans définir cette expression[16], la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale définit « les travailleurs domestiques » comme étant un personnel astreint aux travaux domestiques et assimilés.

L'article 2, alinéa 2 du Code du travail dispose que les relations entre les travailleurs et les employeurs de maison sont régis par le Code du travail dans les limites des lois qui leur sont applicables.

§3. L'économie informelle et le travail domestique

L'OIT définit l'économie informelle[17] dans son ensemble comme « toutes les activités économiques des travailleurs et des unités économiques qui – en droit ou en pratique – ne sont pas couvertes ou sont insuffisamment couvertes par des dispositions formelles »[18]. Cette notion regroupe une grande diversité d'entreprises, d'emplois et de types de travailleurs.

[14] Art. 1, lit. b) de la Convention 189 de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques.
[15] Art. 1, lit. c) de la Convention (n°189) de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques.
[16] Il s'agit des articles 2 et 3 de la loi n°1/11 du 24/11/2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi, *in BOB, n°11Ter/2020*, p.1940.
[17] En 2002, la CIT a ouvert une nouvelle voie dans le débat sur l'informalité, passant du concept de « secteur » à celui plus vaste de phénomène économique et du concept fondé sur l'entreprise à un concept qui n'incluait pas uniquement l'unité de production mais également les caractéristiques de l'emploi ou du travailleur.
[18] BIT, *Travail décent et économie informelle, Rapport VI*, CIT, 90ème session, Genève, 2002, p.4.

La Recommandation (n°204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle[19] reconnaît la diversité des formes que l'économie informelle peut revêtir dans les Etats membres, et recommande à l'autorité compétente d'identifier la nature et l'étendue de l'économie informelle, telle que décrite dans la recommandation.

Les activités du secteur informel échappent aux statistiques officielles et aux réglementations publiques et sont, presque toujours, en marge des systèmes officiels de protection sociale et de protection des travailleurs[20].

D'après la Conférence internationale des statisticiens du travail (17e session de la CIST), les salariés sont considérés comme occupant un emploi informel si leur relation d'emploi, en droit ou en pratique, n'est pas réglementée par la législation du travail nationale, n'est pas soumise à la fiscalité et à la protection sociale, ou n'ouvre pas le droit à certains avantages liés à l'emploi [21].

Etant donné l'inexistence d'une particulière réglementant le travail domestique, celui-ci relève toujours du secteur informel. Par ailleurs, en 2003, la 17ème Conférence internationale des statisticiens du travail (ICLS) établit une liste de ces catégories à partir du concept élargi[22]. Elle inclut dans cette liste la catégorie des travailleurs familiaux contribuant, dans laquelle figurent les travailleurs domestiques[23].

Mais, le législateur burundais distingue le secteur informel et le travail de maison[24] et précise que les deux sont tous régis par les dispositions du Code du travail, dans la limite des lois particulières qui leur sont applicables.

---

[19] Recommandation (n°204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, Genève, 104ème session CIT (12 juin 2015), *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 1103-1113.

[20] OIT, *Résolution concernant les statistiques de l'emploi dans le secteur informel*, adoptée par la quinzième Conférence internationale des statisticiens du travail, (janvier 1993), disponible sur https://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/standards-and-guidelines/resolutions-adopted-by-international-conferences-of-labour-statisticians/WCMS_087485/lang--fr/index.htm, consulté le 15/04/2021.

[21] BIT, *Travail décent et économie informelle, Rapport VI*, Conférence internationale du Travail, 90ème session, Genève, 2002, p.4.

[22] La catégorisation élargie de l'« économie formelle » proposée en 2002 identifie mieux le phénomène non seulement des entreprises non enregistrées et non reconnues, mais également des travailleurs en situation précaire, que ce soit dans l'économie formelle ou informelle.

[23] BIT, *Travail décent et économie informelle, Rapport VI*, Conférence internationale du Travail, 90e session, Genève, 2002, p.6.

[24] V. les art 2 et 3 de la loi n°1/11 du 24/11/2020 portant révision du D.-L. n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi, *in BOB, n°11Ter/2020*, p.1940.

L'article 4 *in fine* du Code du travail définit le travailleur du secteur informel comme étant le travailleur employé par une entreprise ou un individu pour un emploi non inscrit au registre des sociétés ou auprès d'une autorité publique.

§4. Le contrat de travail domestique

Le Code du travail définit le contrat de travail comme étant toute convention, écrite ou verbale, par laquelle une personne, le travailleur, s'engage à fournir à une autre personne, l'employeur, un travail manuel ou intellectuel, sous la direction et l'autorité directe ou indirecte de celui-ci et moyennant salaire ou toute autre rémunération[25].

Selon le Lexique des termes juridiques, le contrat de travail est une convention par laquelle une personne, le salarié, exerce son activité professionnelle au profit et sous la subordination d'une autre personne, l'employeur, qui lui verse en contrepartie une rémunération[26].

Le contrat de travail domestique est un accord par lequel un travailleur s'engage, sous l'autorité d'un employeur et contre rémunération, à effectuer des travaux ménagers d'ordre manuel pour les besoins du ménage de l'employeur ou de sa famille[27].

Le travail domestique comporte toute une série de dispositions spécifiques. Parmi celles-ci figurent notamment les dispositions concernant l'hébergement et les soins nécessaires au domestique, les conditions de résiliation du contrat, la durée du travail et les congés.

Un contrat de travail domestique peut être conclu pour une durée déterminée ou indéterminée. Il peut être écrit ou oral. Selon les recommandations de l'OIT, les travailleurs domestiques devraient avoir le droit de recevoir une description claire et écrite des conditions précises de leur emploi, y compris une description précise de leurs tâches, des horaires, de la rémunération, des jours de repos, des conditions de travail, etc.[28]

---

[25] Art.34 de la loi n°1/11 du 24/11/2020 portant révision du D.-L. n° 1/037 du 07/07/ 1993 portant révision du code du travail du Burundi, BOB n°11Ter/2020, p.1945.
[26] S. GUINCHARD et T. DEBARD, *Lexique des termes juridiques*, 25ème éd., Dalloz, Paris, p.578.
[27] https://www.belgium.be/fr/emploi/contrats_de_travail/types_de_contrats/autres_types_de_contrats/travail_domestique, consulté le 17/10/2020.
[28] HRW, *Un travail décent pour les travailleurs domestiques*, disponible sur https://www.hrw.org, consulté le 06/07/2021.

Au Burundi, la plupart des travailleurs domestiques sont régis par un contrat de travail conclu verbalement. Le rapport d'enquête sur les travailleurs domestiques au Burundi renseigne que parmi les travailleurs interrogés, 94,2% jouissent du contrat de travail verbal alors que 4,6 sont régis par un contrat de travail écrit, ces contrats étant généralement conclus pour une durée indéterminée[29].

§ 5. Le travail des enfants

L'expression « travail des enfants » est souvent définie comme un travail qui prive les enfants de leur enfance, de leur potentiel et de leur dignité, et qui nuit à leur développement physique et mental. Il s'agit d'un travail qui est mentalement, physiquement, socialement ou moralement dangereux et nocif pour les enfants et/ou interfère avec leur scolarité en les privant de la possibilité d'aller à l'école, les oblige à quitter l'école prématurément ou les oblige à essayer de combiner la fréquentation scolaire avec un travail excessivement long et lourd[30].

On parle aussi de « pires formes de travail des enfants » lorsque les enfants sont réduits en esclavage, séparés de leur famille, exposés à des risques et des maladies graves, et/ou livrés à eux-mêmes dans les rues des grandes agglomérations, souvent dès leur plus jeune âge[31].

Le fait que des formes spécifiques de travail puissent ou non être appelées « travail des enfants » dépend de l'âge de l'enfant, de la nature du travail effectué, du nombre d'heures de travail effectué, des conditions dans lesquelles il est effectué et des objectifs poursuivis par chaque pays.

Le Code du travail burundais interdit le travail des enfants et de ses pires formes. L'article 10 précise que l'âge d'admission au travail est fixé à 16 ans mais qu'un enfant de 14 ans est autorisé à faire des travaux légers uniquement dans le cadre de l'apprentissage.

Notons, à toutes fins utiles, que toutes les tâches exécutées par des enfants ne doivent pas être considérées comme du « travail des enfants » qui est interdit[32].

---

[29] IDAY et Terres des hommes, *Rapport sur le travail domestique, en particulier des enfants, au Burundi*, 2015, p.29.
[30] OIT, *Qu'est-ce que le travail des enfants*, disponible sur https://www.ilo.org/ipec/facts/lang--fr/index.html, consulté le 18/10/2020.
[31] *Ibid*.
[32] OIT, *Qu'est-ce que le travail des enfants*, disponible sur https://www.ilo.org/ipec/facts/lang--fr/index.htm#:~:text=Le%20terme%20%C2%ABtravail%20des%20enfants,leur%20d%C3%A9veloppement%20physique%20et%20mental, consulté le 18/10/2020.

C'est ainsi que lorsque l'OIT précise la notion de « travail des enfants », elle exclut l'aide domestique apportée par l'enfant à ses parents. Cette forme d'aide a effectivement toujours été tolérée au sein de l'OIT[33].

Section 2 : Aperçu sur le profil et les conditions de travail des employés domestiques

L'étude du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques, d'un point de vue juridique, nécessite de situer socialement ce travail et prendre en compte le profil de ces travailleurs, ainsi que leurs conditions générales de travail.

§ 1. Le profil des travailleurs domestiques burundais

L'analyse du profil des travailleurs domestiques burundais permet de répondre à la question de savoir qui sont les travailleurs domestiques, d'un point de vue social. A cet effet, il convient de s'interroger sur leur âge, le sexe, le statut matrimonial, la situation socio-économique de leurs familles d'origine et le niveau d'instruction.

A. L'âge et le sexe des travailleurs domestiques burundais

Dans le monde, l'OIT estime que le travail domestique représente la catégorie d'emploi la plus importante parmi les filles de moins de 16 ans[34].
Au Burundi, même si des données actualisées ne sont pas disponibles, il est permis de reconnaître, à partir d'un rapport d'enquête sur le travail domestique au Burundi, que le travail domestique est exercé par les deux sexes, avec une prédominance masculine dans l'ensemble.

---

[33] V. notamment BIT, *Le travail des enfants : Manuel d'information,*
1ère éd., Genève, BIT, 1987, aux pp. 1 et 2 ; IPEC, Coup de main ou vie brisée ? Comprendre le travail domestique des enfants pour mieux intervenir, Genève, 2004, disponible en ligne sur OIT < Http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2004/104B09_138Jren.pdf > (Date d'accès : 10 juillet 2010), à la p. 17 ; À propos du travail des enfants, en ligne, OIT : < http://www.ilo.org/ipec/facts/lang--fr/index.htm > (Date d'accès: 7 juin 2010), consulté le 10/04/2021.
[34] OIT, *Travail des enfants : l'intolérable en point de mire*, OIT, Genève, novembre 1996. 30 Strategies

C. DESLAURIER constate cette prééminence des hommes adultes mais fait observer que l'apparition de filles dans le monde du travail domestique date de l'époque du désastre de guerre civile de 1993 qui a engendré un désastre économique et social généralisé[35].

Notons toutefois que cette situation s'inverse dans la catégorie des enfants travailleurs domestiques où il s'observe une prédominance des filles par rapport aux garçons[36].

S'agissant de l'âge, le même rapport précise que la tranche courante est celle comprise entre 18 et 24 ans, encore qu'il s'observe des enfants dont l'âge est surtout compris entre 7 et 17 ans. Bien que le pourcentage des enfants de 7 à 12 ans soit petit (5,3%), ces enfants ne devraient absolument pas être sur le marché du travail, pire encore dans le travail domestique[37].

B. Le statut matrimonial des travailleurs domestiques burundais

L'état matrimonial légal désigne la situation conjugale d'une personne au regard de la loi. Cette expression se définit par l'existence ou non des liens conjugaux entre deux personnes de sexes différents. Au regard des lois et coutumes, on distingue l'état de célibataire, marié, divorcé, veuf ou d'union libre[38].

Dans l'ensemble, les proportions des travailleurs domestiques célibataires (avec enfants ou sans enfants) restent toujours plus élevées par rapport aux autres statuts matrimoniaux. IDAY et Terres des hommes rapportent qu'entre 2013 et 2014, plus de 86% étaient des célibataires.

La prédominance des célibataires dans le travail domestique témoigne du caractère passager de ce travail. Le travail domestique devient donc un passage obligé du fait de la facilité d'acquisition de l'emploi et d'en changer, le moment voulu. Peu de personnes en font un métier de carrière eu égard aux sous-rémunérations, aux conditions de travail non confortables, aux longues heures de travail, sans repos, alors même que certains employeurs ne sont jamais satisfaits des tâches accomplies.

---

[35] C.DESLAURIER, (2019). *Des « boys » aux « travailleurs de maison » au Burundi, ou le politique domestiqué*. Politique africaine, 2(2), 49-73. https://doi.org/10.3917/polaf.154.0049
[36] IDAY et Terre des hommes, *Op.cit.*, p.29.
[37] *Ibid*.
[38] https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1531, consulté le 20/02/2021.

C. La situation socio-économique et le niveau d'instruction des travailleurs domestiques

La situation socio-économique des travailleurs domestiques est intimement liée aux conditions de vie de leurs familles d'origine. A ce sujet, A. GASSAMA considère que le travail domestique est l'effet de la reproduction familiale et celui de l'imitation des membres du groupe d'âge auquel on appartient. Filles et garçons y adhèrent à la suite de rupture scolaire ou de drames familiaux, comme le décès du père qui subvenait aux besoins de la famille, le divorce ou le décès d'un ou des parents[39].

Au Burundi, le travail domestique constitue une occupation d'une part importante de la population, des jeunes et adolescents. Ces travailleurs domestiques sont issus des familles rurales au bas niveau socioéconomique, et sont souvent analphabètes ou à bas niveau d'études.

L'analyse selon le niveau d'instruction des travailleurs domestiques permet de distinguer plusieurs groupes : les travailleurs sans niveau ou ayant le niveau de l'école fondamentale, ceux ayant le niveau de l'école fondamentale ou post-fondamentale. Selon le rapport d'enquêtes de IDAY et Terres des hommes, près de 95% des travailleurs domestiques avaient, de façon globale, au plus le niveau primaire.

Même si l'enquête ne donne pas de résultats concernant les individus de niveau supérieur, il ne serait pas surprenant de trouver des travailleurs domestiques ayant le niveau universitaire au regard du niveau de chômage très élevé, surtout dans les milieux urbains.

[39] A. GASSAMA, *Les marchés du travail domestique au Sénégal, Innovations*, 2005/2 (no 22), p.173. DOI : 10.3917/inno.022.0171. URL : https://www.cairn.info/revue-innovations-2005-2-page-171.htm, consulté le 21/05/2021.

§ 2. Les conditions générales de travail des employés domestiques

Pour analyser les conditions générales de travail des employés domestiques, nous jugeons bon de nous s'interroger sur le contenu du travail domestique et ses modalités d'exercice ainsi que sa contrepartie numéraire.

A. Le contenu du travail domestique et ses modalités d'exercice

Le contenu et les modalités spécifiques d'exercice du travail domestique ne sont pas encore formellement établis, faute d'une loi spéciale. En effet, l'article 3 du Code du travail indique que les conditions d'emploi et de travail des employés de maison qui sont liés au maître de maison par une relation de travail sont fixées par une loi spéciale[40].

L'inexistence de cette loi spéciale fait qu'en pratique, le travail domestique s'exerce toujours dans la forme traditionnelle, dans des conditions déplorables, caractérisées par un long temps de travail, un accès quasi inexistant à la sécurité sociale, et l'insécurité en matière d'emploi et de revenus.

Selon P. AUVERGNON, dans le secteur du travail domestique, « conditions de travail » et « conditions de vie » entretiennent des liens étroits. En effet, la maison est le lieu de travail pour les travailleurs domestiques qui sont payés pour exercer diverses responsabilités familiales chez des particuliers[41].

Les tâches du travailleur domestique sont multiples et ont parfois la particularité de se cumuler et font apparaître une dichotomie entre le travail et la famille. Les travailleurs domestiques peuvent être chargés, de cuisiner, nettoyer, faire la lessive, de s'occuper d'enfants, de personnes âgées, handicapées ou malades, voire d'animaux domestiques, surveiller la maison, tâches qui ne sont pas toujours clairement définies dès le départ et qui peuvent varier fortement avec le temps.

Les travailleurs domestiques n'ont généralement pas d'horaires précis ni de tâches bien définies à accomplir. Ils font ce que les employeurs leur demandent, à toute heure du jour ou de la nuit.

---

[40] Art.3 de la loi n°1/11 du 24/11/2020 portant révision du D.-L. n° 1/037 du 07/07/ 1993 portant révision du code du travail du Burundi, *in BOB, n°11Ter/2020*, p1940.
[41] P. AUVERGNON, *Op.cit.,* p.7.

Ils passent presque tout leur temps à l'intérieur du domicile de leurs employeurs, et même s'ils ont du temps libre pendant la journée, ils ne sont généralement pas autorisés à quitter la maison. Toutes ces tâches sont exécutées sans qu'il ne soit tenu compte ni de l'état de santé du travailleur, encore moins de ses capacités physiques.

Les travailleurs domestiques que nous avons rencontrés disent qu'ils n'ont même pas le droit de se faire des amis, car les employeurs estiment que cela peut les distraire de leur travail. Pendant la semaine de travail, ils ne sortent que les dimanches juste pour le temps réservé au culte religieux. Du fait de l'éloignement de leur foyer, ils n'ont la possibilité de retourner dans leur famille d'origine qu'à l'occasion des grandes fêtes religieuses.

B. Le salaire et ses modalités de paiement

En principe, les salaires des travailleurs domestiques sont faibles et varient selon les capacités financières des ménages qui les emploient. A ce sujet, le BIT écrit : « Les travailleurs domestiques sont structurellement dépendants de la capacité des familles de s'offrir leurs services, ce qui explique peut-être le niveau généralement faible des salaires et le pouvoir relatif que possèdent les employeurs de les tirer vers le bas »[42].

C'est ainsi que l'OIT recommande pour les travailleurs domestiques l'existence d'un mécanisme de fixation du salaire minimum qui devrait être essentiellement le même que pour les travailleurs d'autres secteurs, ainsi que des lois qui protègent les salaires pour garantir des conditions de travail décentes[43].

Au Burundi, la fixation des salaires par référence aux lois et règlements existants ne seraient d'aucun avantage pour les travailleurs domestiques. En effet, le SMIG en vigueur a été établi par l'ordonnance ministérielle n° 650/11/88 du 30/04/1988[44] et est fixé à 160 francs par jour dans les centres urbains de Gitega et Bujumbura et à 105francs par jour en milieu rural et dans

[42] BIT, *Travail décent pour les travailleurs domestiques*, CIT, Genève, 2010, p.42.
[43] OIT, Salaire minimum des travailleurs domestiques, disponible sur https://www.ilo.org/global/topics/wages/minimum-wages/domestic-workers/lang--fr/index.htm, consulté le 07/07/2021.
[44] V. l'O.M. n°650/11/88 du 30/04/1988 portant fixation du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) dans le secteur structurel de l'économie nationale, *in BOB, n°9/88*, p.187.

le reste du pays. Ce règlement qui est complètement obsolète n'est plus appliqué par les employeurs burundais.

L'article 186 du Code du travail indique que les taux minima des salaires sont établis compte tenu de la nécessité d'assurer au travailleur une juste rétribution des services rendus. Des ordonnances du Ministre ayant le travail dans ses attributions, prises après avis du Comité national du travail, fixent au maximum après 4 ans les zones de salaire et les salaires de base minima interprofessionnels garantis[45].

Nous estimons qu'il est urgent que le SMIG en vigueur au Burundi soit revu à la hausse, en vertu des dispositions de cet article, et que la révision tienne compte de la capacité et de la condition du travailleur concerné.

La CEACR souligne qu'il est essentiel de ne pas oublier la finalité réelle du système de salaire minimum, qui est « de contribuer à l'éradication de la pauvreté et d'assurer un niveau de vie décent aux travailleurs et à leurs familles ». Pour que les travailleurs domestiques soient traités décemment, il faut que les particuliers veuillent et puissent verser un salaire minimum défini selon cet objectif[46].

[45] Art.186 de la loi n°1/11 du 24/11/2020 portant révision du D.L. n° 1/037 du 07/07/ 1993 portant révision du code du travail du Burundi, *in BOB, n°11Ter/2020*, p.1963.
[46] BIT, *Travail décent pour les travailleurs domestiques,* CIT, 99ème session, Genève, 2010, p.44.

Section 3 : Evolution historique du cadre légal pour les travailleurs domestiques au Burundi

Dans cette section, nous allons analyser la place des travailleurs domestiques dans les textes juridiques qui ont régi le droit social du Burundi depuis l'indépendance jusqu'à ce jour.

§ 1. L'évolution historique du droit du travail burundais et le travail domestique

A. L'arrêté-loi n°001/31 du 02 juin 1966 portant code du travail du Burundi

A l'instar des autres pays membres de l'OIT, le Burundi a, de bonne heure, contribué à la réalisation des objectifs de l'OIT[47], en se dotant d'une législation sur le droit du travail. C'est ainsi que l'arrêté-loi n°001/31 portant code du travail du Burundi fut promulgué le 02 juin 1966.

L'article 4 litera k) de ce texte définissait les travailleurs domestiques comme étant « ceux qui s'adonnent de façon habituelle et continue à des travaux, au service d'une personne ou au service d'une maison, dans un ménage ou tout autre lieu de résidence ou d'habitation particulière ».

Cet article montre que les travailleurs domestiques étaient aussi légalement reconnus comme une catégorie des travailleurs du secteur officiel.

Cependant, 11 ans plus tard, cette formalisation du travail domestique sembla contrariée par un simple communiqué public signé par le ministre d'alors ayant le travail et les affaires sociales dans ses attributions. En effet, le 05 décembre 1977, les médias locaux ont diffusé le communiqué qui exclut les travailleurs domestiques de la classification générale des emplois.

Ce communiqué était libellé comme suit :

« Le Ministre du Travail et des Affaires sociales porte à la connaissance du personnel domestique (cuisiniers, gardiennes d'enfant, boys de maison, jardiniers, sentinelle) ainsi qu'à leurs employeurs, qu'en attendant une législation spécifique à ce genre de profession qui est en cours d'élaboration, les deux parties restent liées par leurs propres conventions. C'est pourquoi l'O.M. n°630/138 du 28 juin 1977 fixant les salaires minima par catégorie professionnelle ne s'applique pas à ce genre de travailleurs[48].

---

[47] L'OIT a pour principaux objectifs de promouvoir les droits au travail, d'encourager la création d'emplois décents, de développer la protection sociale et de renforcer le dialogue social dans le domaine du travail.

[48] ADP, Bulletin officiel n°2115 du 5/12/1977.

Malgré son illégalité[49], ce communiqué n'a pas été moins suivi car les salaires des travailleurs domestiques n'ont jamais été fixés conformément à cette ordonnance ministérielle. Malheureusement, la législation spécifique aux travailleurs domestiques n'a jamais vu le jour.

B. Le décret-loi n°1/037 du 07 juillet 1993 portant révision du code du travail

Vingt-sept ans après son entrée en vigueur, l'arrêté-loi n°001/31 du 02 juin 1966 a été abrogé par le décret-loi n°1/037 du 07 juillet 1993 portant révision du code du travail. Alors que cette nouvelle loi devait renforcer les objectifs de la justice sociale pour tous les travailleurs, elle est restée muette, dans son champ d'application, sur les relations entre les employeurs et les travailleurs domestiques.

En effet, selon l'article 14, ce Code du travail s'appliquait, sauf hypothèse particulière, aux entreprises dont l'activité s'exerce sur le territoire de la République du Burundi et régissait les relations de celles-ci et leur personnel lorsque le lieu de travail est situé au Burundi.
Cet article était ainsi libellé : « En demeurent seul exclus : le personnel fonctionnaire de l'Etat, les magistrats, le personnel des forces armées et le personnel de différents corps de police ».

Si cet article mentionnait, *in fine,* les seules personnes exclues du champ d'application du Code du travail[50], sans citer les travailleurs domestiques, ceux-ci n'ont jamais joui des droits et des avantages instaurés par le Code en faveur des travailleurs qu'il régissait.

Loin de vouloir inclure, dans le champ d'application du Code du travail, tous les travailleurs qu'il ne cite pas, dont les travailleurs domestiques, le législateur a voulu exclure expressément le personnel de l'Etat qui est déjà régi par des statuts spécifiques.

Ce silence du législateur sur les travailleurs domestiques a fait que ceux-ci ont toujours eu du mal à se considérer comme régis par le Code du travail même si le contrat de travail domestique répondait adéquatement à tous les critères d'un contrat de travail retenus par les articles 14 et 15 du décret-loi n°1/037 du 07 juillet 1993 portant révision du code du travail.

---

[49] Ce communiqué était illégal dans la mesure où une ordonnance ministérielle ne peut pas être abrogée par un simple communiqué.

[50] L'article 14, *in fine,* de ce Code du travail était ainsi libellé : « En demeurent seul exclus : le personnel fonctionnaire de l'Etat, les magistrats, le personnel des forces armées et le personnel de différents corps de police ».

F. NIRAGIRA estime que l'omission des travailleurs domestiques par le législateur de 1993 semble particulièrement avoir été influencée par le communiqué du Ministre du travail et des affaires sociales du 05 décembre 1977 qui excluait cette catégorie de travailleurs du champ d'application du Code du travail[51].

Il ajoute qu'il n'est pas juste de mettre sur pied une législation spécifique aux travailleurs domestiques ou à d'autres catégories de travailleurs défavorisés et vulnérables car elle contribuerait à les marginaliser davantage. La meilleure protection juridique, selon lui, consisterait à les intégrer dans la protection générale des autres travailleurs nationaux[52].

A notre sens, une législation spécifique aux travailleurs domestiques pourra être juste si elle contient des dispositions plus favorables que celles applicables au reste des travailleurs, fondées sur la condition de vulnérabilité de cette catégorie de travailleurs.

C. La loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du Code du travail du Burundi

Contrairement au décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du Code du travail du Burundi, cette loi qui institue un nouveau Code du travail parle expressément des travailleurs domestiques. En effet, l'article 2, alinéa 2 de cette loi indique que « les relations entre les travailleurs et les employeurs de maison et du secteur informel sont également régies par le présent Code dans la limite des lois particulières qui leur sont applicables ».

A première vue, les dispositions de cet article sembleraient innover et répondre aux attentes des travailleurs domestiques qui peuvent se croire régis par le Code du travail.

Néanmoins, jusqu'à ce jour, l'inexistence juridique d'une particulière applicable aux travailleurs domestiques implique que ces derniers ne sont pas encore régis par le nouveau Code du travail.

Cette interprétation est d'ailleurs renforcée par les dispositions de l'article 3 de la même loi qui ajoutent : « Les conditions d'emploi et de travail des employés de maison qui sont liés au maître de maison par une relation de travail sont fixées par une loi spéciale ».

---

[51] F. NIRAGIRA, *La problématique de la jouissance et de l'exercice des droits du travail par les employés domestiques : cas de la mairie de Bujumbura*, UB, Chaire UNESCO, 2015, p.21.
[52] *Ibid.*

§ 2. L'évolution historique de la sécurité sociale pour les travailleurs domestiques

A. La loi portant institution du régime de sécurité sociale

La première loi portant institution du régime de sécurité sociale est entrée vigueur le 20 juillet 1962. Cette loi attribuait à l'Institut national de sécurité sociale (I.N.S.S.) la mission de gérer les prestations à octroyer aux bénéficiaires en cas d'accident de travail, et de maladie professionnelle, les pensions ou allocations de retraite, d'invalidité et de survivants.

Au sujet des travailleurs domestiques, l'article 14 alinéa 5 de cette loi prévoyait que le Ministre ayant le travail dans ses attributions pouvait fixer les cotisations d'après les classes de rémunérations et prescrire des modalités particulières pour le paiement des cotisations.
Le jour de l'entrée en vigueur de la loi portant institution du régime de sécurité sociale, les travailleurs domestiques ont été immatriculés à la sécurité sociale grâce à l'arrêté royal n°01/116 du 20 juillet 1962[53]. Tous les employeurs d'un ou plusieurs travailleurs domestiques étaient assujettis à cet arrêté.
Cet arrêté définissait l'expression de travailleurs domestiques au sens très large :
« […] sont considérés comme travailleurs domestiques les travailleurs occupés exclusivement par l'employeur soit pour les besoins de son ménage, soit à son service personnel, quelle que soit la dénomination qui leur est donnée ».
Ainsi, selon cette définition, les taximen, les vendeurs ambulants, les maçons et aide-maçons, etc. faisaient partie des travailleurs domestiques, du moment qu'ils travaillaient pour le compte d'un employeur pour les besoins de son ménage à son service personnel[54].

L'assiette de la cotisation fut fixée à 7,5% du montant de la rémunération, dont 3% à charge du travailleur domestique, le reste incombant à l'employeur. Au début de chaque année civile ou lors de l'entrée en fonction d'un travailleur domestique, l'employeur devait établir, au nom du travailleur, une carte de versement des cotisations. Les versements étaient matérialisés par des timbres apposés sur ce que l'on appelait « carte de versement ».

---

[53] Il s'agit de l'arrêté royal n°01/116 du 20 /07/1962 portant affiliation des travailleurs domestiques à la sécurité sociale et modalités de versement des cotisations sociales par les personnes occupant des travailleurs domestiques, inédit.
[54] F. NIRAGIRA, *Op.cit.*, p.22.

En cas de cessation de contrat pour quelque cause que ce soit, les cartes de versement devraient être remises au bureau de la Régie nationale des postes dans un mois pour être retransmises à l'I.N.S.S.[55].

B. La loi n°1/010 du 16 juin 1999 portant code de sécurité sociale

Cette loi prévoit, dans les principes fondamentaux, que toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale, elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, et au libre développement de la personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale[56].
Elle ajoute que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement nécessaire ; elle a droit à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté[57].

S'agissant de son champ d'application, la loi n°1/010 du 16 juin 1999 portant code de sécurité sociale prévoyait qu'elle couvre l'ensemble des secteurs d'activité économique ainsi que les professions qui s'exercent sur tout le territoire de la République du Burundi en faveur des régimes de sécurité sociale de base ainsi que les régimes complémentaires, particuliers ou spéciaux[58].

Toutefois, parmi les bénéficiaires de ces régimes, cités aux articles 11 et 12 de cette loi, les travailleurs domestiques ne figurent nulle part. L'Etat n'a jamais mis en place des mécanismes de nature à permettre aux travailleurs domestiques de jouir des droits garantis par ce Code.

---

[55] F. NIRAGIRA, *Op.cit.*, p.22.
[56] Art. 1 de la loi n° 1/010 du 16 juin 1999 portant Code de sécurité sociale du Burundi, *in B.O.B., 1999, n° 7,* p. 411.
[57] Art.2, point 1 du même Code, *in BOB, 1999, n° 7,* p. 411.
[58] Art.6 du même Code, *in BOB, 1999, n° 7,* p. 411.

C. La loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré

Cette loi instituait le régime d'assurance-maladie-maternité contre les risques résultant de la maladie ou de l'accident d'origine non professionnelle, de la grossesse ou de l'accouchement et de leurs suites en faveur du secteur privé structuré.

L'article 4 de cette loi énonce les catégories de travailleurs et employeurs assujettis à ce régime. Il s'agit :

- des employeurs du secteur privé structuré, en qualité d'affiliés;
- des travailleurs salariés sous contrat soumis aux dispositions du Code du travail et relevant du secteur privé structuré, en qualité d'assurés sociaux;
- des bénéficiaires des pensions et rentes du secteur privé structuré[59].

Cet article ajoute que les modalités pratiques d'assujettissement des travailleurs journaliers, temporaires ou occasionnels seront déterminées par convention collective ou à défaut, par ordonnance du Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, après avis du Conseil national du travail.
Les travailleurs domestiques ne rentraient pas dans le champ d'application de cette loi pour la simple raison qu'ils ne relèvent pas du secteur privé structuré.

D. La loi n° 1/05 10 septembre 2002 portant réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés

Cette loi fixe les règles générales régissant le régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

Le régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés garantit ses bénéficiaires contre les risques résultant de la maladie et de la grossesse en leur assurant des prestations de soins de santé médicaux.

Ce régime prend à sa charge en tout ou partie les risques suivants :
a) tout état pathologique quelle qu'en soit l'origine, maladie ou accident à l'exception toutefois des actes médicaux pratiqués en vue de la délivrance d'un certificat et des maladies

[59] Art.4 de la loi n°1/002 du 29/02/2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré, in Codes de lois du Burundi (31/12/2006), p.91.

ou blessures qui relèvent d'une réglementation particulière, notamment la législation sur la protection des risques professionnels et sur la responsabilité de droit commun.
b) la grossesse, les couches pathologiques, l'interruption thérapeutique de grossesse et l'accouchement, ainsi que leurs suites.

L'article 4 de cette loi cite les personnes ayant la qualité d'agents, à savoir les agents de l'Etat soumis à un statut général des fonctionnaires, les agents de l'Etat soumis à un statut spécial ou à un statut particulier, les agents de l'Etat engagés sous contrat, les agents des collectivités locales, les personnes des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et personnels politiques de l'Etat.

L'article 5 reconnaît à certaines personnes la qualité d'assimilés aux agents publics. Il s'agit des personnes qui, en raison de la spécificité de leurs activités et pour autant qu'elles ne relèvent pas d'un autre régime d'assurance-maladie-maternité, peuvent demander et obtenir une dérogation spéciale d'affiliation au titre de l'une des catégories d'affiliés suivantes :

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

Ces dispositions montrent que les personnes de droit privé relevant des catégories ci-haut citées peuvent avoir la qualité d'assimilés aux agents publics. Mais force est de constater que les travailleurs domestiques n'y trouvent pas leur place car ils ne font pas partie des catégories prévues à l'article 8 de cette loi.

E. La loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale au Burundi

Cette loi institue un régime de protection sociale qui couvre la population contre les risques économiques et sociaux. L'article 2 énonce que les dispositions de cette loi s'appliquent à l'ensemble des secteurs d'activités économiques ainsi qu'aux professions qui s'exercent sur le territoire national.

Quant à l'article 4, elle indique que toute personne a droit à la protection sociale, à la satisfaction des droits économiques et au libre développement de sa responsabilité, grâce à l'effort national et à la coopération.

Ce Code institue des régimes de base obligatoires pour tous les travailleurs régis par le Code du travail, à savoir le régime d'assurance maladie de base, le régime des risques professionnels, le régime des pensions, le régime des prestations familiales et le régime d'assurance chômage[60].

L'article 126 de ce Code prévoit que les travailleurs domestiques font partie des travailleurs potentiellement assujettis aux régimes des travailleurs mobiles et indépendants, à côté des avocats, des notaires, des artisans et des commerçants[61]. L'alinéa 2 de cet article indique que les modalités de fonctionnement du régime des travailleurs mobiles et indépendants sont fixées par un texte réglementaire. Mais ce règlement n'a pas encore été mis en place.

[60] Art. 22 et 23 de la loi n°1/12 du 12/05/2020 portant code de la protection sociale au Burundi, *in BOB, n°5bis/2020*, p.737.
[61] Art.126 de la loi n°1/12 du 12/05/2020 portant code de la protection sociale au Burundi, *in BOB, n°5bis/2020*, p.746.

Conclusion du chapitre

L'objectif de ce chapitre était de montrer qui sont les travailleurs domestiques et les conditions générales d'exercice de leur travail. On aura constaté que malgré son importance considérable, le travail domestique n'est pas évalué à sa juste valeur au regard des conditions dans lesquels il s'exerce. L'ampleur de leur travail, le faible salaire offert par les employeurs, leurs exigences vis-à-vis de ce personnel qui travaillent plus de huit heures par jour, sans jour de repos, sans congé font que les travailleurs domestiques ne subissent plus seulement des remplacements arbitraires mais les provoquent également.

C'est avec raison que A. GASSAMA déclare que les travailleurs domestiques, ne jouissant que d'une liberté formelle et étant obligés de travailler, s'engagent très vite mais n'hésitent pas à rompre leurs contrats tacites, non écrits et peu avantageux, dès qu'ils trouvent de meilleures conditions de travail ou une rémunération plus élevée[62].

Au regard des textes législatifs qui ont existé depuis l'indépendance jusqu'à ce jour, les droits des travailleurs domestiques n'ont jamais évolué à la hauteur des droits d'autres travailleurs du secteur officiel. Alors que c'est essentiellement de la loi que dépend la protection de toute personne, les travailleurs domestiques ont, au cours de l'histoire, vu leurs droits remis en cause, avant qu'ils ne soient implicitement exclus du cadre juridique. Ils demeurent encore dans cet état, même depuis l'entrée en vigueur de la loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 07 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi.

Malgré les conditions précaires de travail, les employés domestiques ont le droit, comme tout être humain, de jouir et d'exercer des droits fondamentaux, dont le droit à l'accès aux soins de santé, notamment en leur qualité de sujets de droit international des droits de l'homme. Ainsi, dans le chapitre qui suit, nous allons examiner dans quelle mesure le droit à l'accès aux soins de santé est reconnu aux travailleurs domestiques burundais, en analysant ses fondements juridiques et institutionnels.

[62] C. GASSAMA, *Op.cit*, p.173.

CHAPITRE II : LE DROIT A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE POUR LES TRAVAILLEURS DOMESTIQUES ET SES FONDEMENTS JURIDIQUES

Aucun développement ne peut être atteint sans des mesures pouvant assurer efficacement la protection de la santé des populations. Dès lors, la réalisation du droit à la santé devient la condition *sine qua non* à la réussite des politiques de développement au sein des Etats[63].

Le droit à l'accès aux soins de santé est un droit fondamental qui est garanti à tout être humain, sans exception, quelque que soit sa condition sociale. Ainsi, les couches défavorisées de la population, comme les employés domestiques, ont besoin de jouir du meilleur état de santé dans leur vie socioprofessionnelle.

En effet, les maladies, les accidents, d'origine professionnelle ou non, peuvent avoir des conséquences particulièrement néfastes sur leur vie professionnelle ainsi que sur leurs responsabilités familiales et les empêcher de participer pleinement aux activités de leur communauté. Dans ces conditions, les travailleurs domestiques doivent pouvoir avoir accès aux soins de santé dont ils ont besoin.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de préciser, d'abord, la notion de droit à l'accès aux soins de santé, avant de faire un aperçu sur les fondements juridiques de ce droit dans l'ordre international, régional et interne. Ensuite, nous indiquerons les obligations qui incombent à l'Etat burundais vis-à-vis du droit à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les travailleurs domestiques. Enfin, nous passerons en revue quelques mécanismes institutionnels de gestion des prestations de soins de santé pour les travailleurs salariés en général, et nous verrons s'ils sont accessibles ou non aux travailleurs domestiques.

[63]C. FOE NDI, *Op.cit*., p.7.

Section 1 : La notion de droit à l'accès aux soins de santé

Pour circonscrire la notion de droit à l'accès aux soins de santé, nous estimons nécessaire de préciser les concepts de soins et d'accès aux soins de santé, avant d'examiner la relation qui existe entre le droit à l'accès aux soins de santé et le droit à la santé.

§ 1. Les notions de soins et d'accès aux soins de santé

D'un point de vue médical, les soins correspondent aux traitements réalisés sur une personne malade, les remèdes prodigués et des attentions portées pour soulager une éventuelle douleur. C'est un ensemble d'actions thérapeutiques[64].

Mais dans une démarche sociale, les soins correspondent aux attentions portées à une personne, les services rendus et les peines épargnées. Le concept de soin est lié à une volonté de mettre à disposition un ensemble d'éléments (actions thérapeutiques, hygiéniques, listes d'actions, professionnels de santé, etc.) pour maintenir ou pour rétablir l'´état de santé d'une personne[65].

Les soins de santé couvrent les biens et services utilisés aux fins de prévention, de traitement ou de réadaptation. Les services médicaux et paramédicaux sont fournis par les médecins généralistes et spécialistes ou d'autres professionnels médicaux : analyses de laboratoire et autres examens, soins dentaires, physiothérapie, cures thermales, transport de malades, traitement préventif tel que les vaccinations, l'hébergement en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un autre établissement médical. Les services médicaux relevant de cette catégorie couvrent à la fois les services fournis dans et en dehors des établissements médicaux.

Les biens comprennent les produits pharmaceutiques, les prothèses médicales (aides optiques et acoustiques, orthopédiques, prothèses dentaires et autres), les pansements et autres fournitures médicales[66].

---

[64] Q. CHIBAUDEL., *Personnes en situation de handicap mental avançant en âge - Accès aux soins à travers l'étude de l'accessibilité des dispositifs médicaux en EHPAD*, Université de Bordeaux, Thèse, Bordeaux, 2018, p.36.
[65] *Ibid*.
[66]ESSPROS, 2011, Edition, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2011, disponible sur https://www.tarifdouanier.eu/info/abreviations/14371, consulté le 24/02/2021 à 18h 21.

Il existe deux types de soins :

a) Les soins de santé primaires qui sont « des soins essentiels comme les soins curatifs, préventifs et promotionnels qui reposent sur des méthodes, des techniques et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables. Elles sont rendues universellement accessibles à tous avec la pleine participation de la communauté et à coût supportable par le pays[67].

Selon l'article 6 de la Déclaration d'Alma-Ata, les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiellement fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire[68].

Depuis la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, les soins de santé primaires sont l'obligation minimale qui est attendue des Etats africains en termes de mise en œuvre du droit à la santé, compte tenu de leur situation économique et financière précaire[69].

Les soins de santé primaires sont identifiés comme étant les principaux moyens de garantir à tous les peuples un niveau de santé suffisant pour leur permettre de mener une vie socialement et économiquement productive[70].

b) Les soins secondaires sont des soins spécifiques et prodigués par des spécialistes A titre illustratif, la gastroentérologie, la cardiologie, la dermatologie ou la gériatrie sont des soins secondaires[71].

---

[67] C. BINET., *Op.cit.*, p. 28.
[68]A. CRISMER et al., *Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne*, Santé publique 2016/3 (Vol. 28), pages 375 à 379, disponible sur https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm, consulté le 24/03/2021.
[69] C. FOE NDI, *Op.cit*., p.195.
[70] *Ibid*.
[71] P. LOMBRAIL et J. PASCAL, *Inégalités sociales de santé et accès aux soins*, Les

Les soins de santé primaires sont prodigués en amont et permettent, si nécessaire, une redirection vers des soins secondaires. L'entrée par les soins primaires permet de filtrer l'accès aux soins secondaires pour éviter une surcharge.

L'accès aux soins de santé est l'un des droits fondamentaux de la personne humaine. Il se définit comme la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé[72].

En matière de santé publique, l'accès aux soins est l'un des déterminants de la qualité du système de soins. L'individu est doté d'une prédisposition à consommer des soins (ses préférences qui peuvent être culturellement déterminées) et d'un besoin de consommer, lié à son état de santé ; il réalise alors sa demande de soins latente plus ou moins bien selon les obstacles qu'il rencontre[73].

§ 2. Le droit à l'accès aux soins de santé et le droit à la santé

La Déclaration universelle des droits de l'homme du 18 décembre 1948 et l'OMS établissent un concept large de la notion de santé. En évoquant le droit à la santé, la Déclaration universelle des droits de l'homme énonce que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté »[74].

Quant à l'OMS, il définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le droit à la santé apparaît donc comme un droit plus générique accordant une importance aux « déterminants fondamentaux de la santé », c'est-à-dire les facteurs et conditions qui protègent et favorisent l'exercice d'un droit à la santé au-delà des services, biens et infrastructures

---

Tribunes de la santé, 2005, p.35.

[72] *L'accès aux soins pour tous*, disponible sur www.hopital.fr, consulté le 24/03/2021.

[73] A. ADAY et A. DONABEDIAN, *Conception et définition de l'accès aux soins de santé* [en ligne] Rwanda : Doc Mémoire online de BAYEGE Innocent. Mise à jour : 2005 [réf. du 01/07/2013]. Disponible sur :http://www.memoireonline.com/07/08/1302/m_contribution_mutuelles_santé_accessibilite_population_services_de_sante3html, consulté le 20/05/2021.

sanitaires. Le droit à la santé dépend non seulement de la réalisation de beaucoup d'autres droits de l'homme mais y contribue également[75].

Le droit à la santé comprend des libertés et des droits. Parmi les libertés se trouvent le droit de contrôler sa santé et son corps, ce qui comprend la liberté sexuelle et génésique, et le droit à l'intégrité, par exemple, le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis, sans son consentement, à un traitement ou une expérience médicale[76].
Les droits comprennent le droit d'accès à des établissements et à des soins de santé adéquats, ainsi que l'adoption par l'État de mesures appropriées concernant les déterminants socio-économiques de la santé, tels que l'alimentation, l'eau et l'assainissement, la sécurité et l'hygiène au travail, le logement et la pauvreté.

Le droit à la santé est étroitement lié à de nombreux autres droits humains, dont le droit à l'alimentation, à l'eau, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination, au respect de la vie privée, l'accès à l'information, l'interdiction de la torture, entre autres[77].

Au contraire, le droit à l'accès aux soins présente un aspect plus concret et plus réel que le droit à la santé. L'accès aux soins présente l'aspect le plus tangible, le plus exigible même du droit « générique » à la santé. Comme l'écrit M. BELANGER, c'est l'accès à la santé qui est véritablement un droit, le droit à la santé étant alors « un programme, un objectif » [78].

Cet auteur en vient à souligner qu'il n'existe nul droit à être en bonne santé et que « droit à la santé » signifie pouvoir être soigné de manière adaptée. Comme partie la plus subjective du droit à la santé, l'accès aux soins impliquerait une obligation de résultat en dépit d'une faible cohérence conceptuelle[79].

Le droit à la santé ne peut être considéré, de manière générale, comme un droit subjectif mais comme une obligation pesant à l'Etat ou les collectivités publiques (les professionnels, les organismes d'assurance maladie, les établissements et réseaux de santé, les autorités sanitaires, etc.).

---

[75] OHCHR, *Le droit à la santé, fiche d'information n°31*, Genève, 2009, disponible sur https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf, consulté le 26/10/2020.
[76] OMS, *Santé et droits de l'homme*, disponible sur https://www.who.int/fr/news-room/fact sheets/detail/human-rights-and-health, consulté le 20/05/2021.
[77] OMS, *Santé et droits de l'homme*, disponible sur https://www.who.int/fr/news-room/fact sheets/detail/human-rights-and-health, consulté le 20/05/2021.
[78] M. BELANGER, *Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne*, Journal international de bioéthique, Vol. 9, n°3, 1998, p.59.
[79] *Ibid.*

Par contre, droit à l'accès aux soins présente deux faces selon la classification de X. BIOY : la première, de droit commun, est celle d'un droit objectif, consacré pour tous et dépendant des politiques publiques d'offre des soins. La seconde serait celle d'un droit subjectif qui se révèle alors plutôt catégoriel, garanti à certaines catégories ou situations seulement, comme les victimes des conflits armés, les enfants, les étrangers, les personnes handicapées, etc.[80].

Notons toutefois qu'en fonction de sa capacité, l'Etat gradue l'accès aux soins de santé par la politique de prise en charge par l'assurance maladie. A ce sujet, X. BIOY écrit que seuls les soins considérés comme vitaux, formant le noyau dur, impliquent éventuellement la gratuité pour les catégories les plus économiquement faibles. Au-delà, le législateur peut établir des différences de traitement ne garantissant pas nécessairement l'accès à tous les soins, mais assurant un simple accès au système sanitaire, notamment aux urgences[81].

En définitive, il apparaît que l'accès aux soins est consubstantiel au droit à la santé[82]. Le droit à l'accès aux soins de santé se présente comme une composante du droit fondamental à la santé. Quand on fait référence au droit à l'accès aux soins de santé, on ne peut pas éviter de parler du droit à la santé qui présente des caractéristiques spécifiques au sein des droits fondamentaux.
Ainsi, pour parler du droit à l'accès aux soins de santé, une référence sera faite aux instruments juridiques qui garantissent ce droit générique à la santé.

Section 2 : Les fondements juridiques du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques

Le droit à l'accès aux soins de santé est un droit fondamental garanti par de très nombreux instruments juridiques relevant du droit international des droits de l'homme, mais aussi d'autres branches du droit international. En ce qui concerne les travailleurs domestiques, ce droit trouve son fondement juridique dans des dispositions générales relatives au droit à la santé et donc applicables à tout être humain, dans les normes du droit international du travail qui ont été adoptées par l'OIT, ainsi que celles du droit international de la santé adoptées par l'OMS.

---

[80] X. BIOY, *Le droit à l'accès aux soins : un droit fondamental ?, L'accès aux soins*, Actes du colloque n°8, Presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, p.42.
[81] Id., *Op.cit*., p.48.
[82] M. BÉLANGER, *Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits : 1981-2011)*, LEH, Bordeaux, 2012, p. 18.

Depuis 1946, la protection du droit à l'accès aux soins de santé en droit international a été progressivement renforcée à travers l'inscription de ce droit dans de nombreux instruments juridiques internationaux, ainsi qu'à travers la confirmation de cette reconnaissance aux niveaux régional et national.

§ 1. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé en droit international

Le droit à l'accès aux soins de santé est garanti par le droit international des droits de l'homme, mais aussi par d'autres normes juridiques internationales relevant notamment du droit international du travail et de la santé.

A. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé en droit international des droits de l'homme

L'accès aux soins de santé en tant que droit humain a été consacré de manière répétée de 1946 à ce jour. La première expression du droit à l'accès aux soins de santé dans un instrument des droits humains se trouve dans la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée en 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies.

L'article 25 proclame que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, […] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas […] de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Après l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme, le droit à l'accès aux soins de santé est inscrit dans de nombreux traités internationaux et régionaux juridiquement contraignants relatifs aux droits de l'homme.
L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels[83] constitue la pierre angulaire de la protection du droit à la santé sur le plan international. Il introduit les dispositions juridiquement contraignantes applicables à toutes les personnes pour les pays qui l'ont ratifié.

[83] Art. 12 du PIDESC, *in Recueil d'instruments internationaux, Vol.1(1ère partie), Instruments universels*, Genève, 1994, p.13.

Selon cet article, les Etats parties reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Cet article identifie quelques mesures que l'Etat devrait prendre pour assurer le plein exercice de ce droit. Il s'agit entre autres de la diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant, la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies et la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant, quant à elle, prévoit que les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services[84].

La CDE, adoptée le 20 novembre 1989 par l'AGNU, exige des Etats parties à s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit à la santé et, en particulier, en prenant les mesures appropriées pour assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires, lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires[85].

La Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale, adoptée peu avant en 1965, reconnaît pour sa part le droit de chacun de jouir sans discrimination du droit à la santé et aux soins médicaux[86].

L'accès aux soins de santé en tant que droit humain est ensuite consacrée par les conventions internationales protégeant des groupes de personnes[87]. Ces textes soit garantissent expressément le droit à la santé d'une manière générale, soit insistent sur un aspect particulier du droit à la santé.

---

[84] Art. 24, 1. de la CDE, *in Recueil d'instruments internationaux, Vol.1(1ère partie), Instruments universels*, Genève, 1994, p.185.
[85] Art. 24, 2., c) de la CDE*, in Recueil d'instruments internationaux, Vol.1(1ère partie),* Instruments universels, Genève, 1994, p.185.
[86] Art. 5, e) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, *in Recueil d'instruments internationaux, Vol.1(1ère partie), Instruments universels*, Genève, 1994, p.70.
[87] Il est nécessaire de préciser ici que les normes du droit humanitaire, qui ne sont pas incluses dans notre analyse en raison de leur champ d'application (normes applicables en cas de conflit armé), garantissent aussi la santé des catégories de personnes protégées. V. notamment les Conventions de Genève adoptées en 1949 relatives respectivement au traitement des prisonniers de guerre (arts. 13, 15, 21, 25 à 33.) et à la protection des personnes civiles en temps de guerre (arts. 16 à 20, 23, 27).

La Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes adoptée en 1979 reconnaît ainsi expressément le droit des femmes aux soins de santé. Le paragraphe 1 de l'article 12 dispose que les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille[88].

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, adoptée en 1990, protège pour sa part uniquement le droit des migrants concernés « de recevoir tous les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence pour préserver leur vie ou éviter un dommage irréparable à leur santé » [89].

Enfin, parmi les traités internationaux, il est nécessaire de mentionner la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée en 2006 qui protège le droit de ces personnes de jouir, sans discrimination fondée sur le handicap, « du meilleur état de santé possible »[90].

Sur le modèle de la DUDH, la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme rappelle l'engagement des gouvernements en faveur de la promotion de la santé et du développement social au bénéfice de leurs peuples.

En outre, elle affirme que le progrès des sciences et des technologies devrait favoriser l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants. En effet, la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain. Elle affirme, en outre, que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »[91].

Cette reconnaissance du droit à la santé en tant que droit humain dans un instrument non contraignant n'est pas unique. De nombreux autres instruments de *soft law* confirme le large consensus autour de ce droit.

---

[88] Art. 12, 1. de la Convention sur l'é1imination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979, *in Recueil d'instruments internationaux, Vol.1(1ère partie), Instruments universels*, Genève, 1994, p.156.

[89] Art. 28 de Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille adoptée par l'AGNU le 18 décembre 1990 (Rés. 45/158), disponible sur https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cmw.aspx, consulté le 07/06/2021.

[90] Id., art. 25.

[91] Art. 14, Déclaration adoptée par la Conférence générale de l'UNESCO le 19 octobre 2005.

Il s'agit, d'une part, d'instruments généraux des droits de l'homme à l'instar de la Déclaration de Vienne, adoptée à l'issue de la Conférence mondiale sur les droits de l'Homme en 1993[92], qui cite à de nombreuses reprises le droit à la santé parmi les droits à protéger.

D 'autre part, ce sont des instruments touchant directement à la santé et ses éléments clés en tant que droit humain, à l'instar de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en juin 2001. Celle-ci rappelle l'importance du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible[93]. Les deux Déclarations politiques adoptées par l'AGNU en octobre 2018 sur la lutte contre la tuberculose et la prévention et le traitement des maladies non-transmissibles, s'inscrivent dans ce cadre[94].

B. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé par les normes du droit international du travail et de la santé

1. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé par les normes du droit international du travail

Le droit à l'accès aux soins de santé est aussi garanti par certaines normes qui relèvent d'autres branches du droit international. C'est le cas des conventions et recommandations adoptées par l'Organisation internationale du travail (OIT) relatives à la protection du droit à la sécurité sociale.

La Recommandation (n°69) adoptée en 1944 encourage les Etats à développer leurs services de soins médicaux. Selon cette recommandation, lorsque les soins médicaux sont fournis par un service d'assurance sociale, tous les membres de la communauté devraient avoir droit aux

---

[92] OHCHR, *La déclaration et programme d'action de Vienne, 1993*, disponible https://www.ohchr.org/FR/ABOUTUS/Pages/ViennaWC.aspx, consulté le 08/05/2021.

[93] AGNU, *Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, Rapport de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida*, 25-27 juin 2001, §§ 15 et 37. Ce rappel est aussi fait dans les déclarations subséquentes sur le VIH et le sida. V. : Résolution 60/262 de l'AG ONU du 2 juin 2006 adoptant la déclaration politique sur le VIH/sida, 15 juin 2006 (A/RES/60/262) ; Résolution 65/277 de l'AGNU du 10 juin 2011 adoptant la déclaration politique sur le VIH/Sida et le sida, 8 juillet 2011 (A/RES/65/277), § 32.

[94] Rés.73/3 de l'AGNU du 10 octobre 2018 adoptant la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la lutte contre la tuberculose, 18 octobre 2018 (A/RES/73/3) ; Rés.73/2 de l'AGNU du 10 octobre 2018 adoptant la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, 17 octobre 2018 (A/RES/73/2).

soins fournis en qualité d'assurés, ou, en attendant qu'ils soient englobés dans le régime d'assurance, devraient avoir droit à recevoir des soins aux frais de l'autorité compétente s'ils ne sont pas à même de s'en procurer à leurs propres frais[95].

La Recommandation (n°202) sur les socles de protection sociale, adoptée conjointement par l'OIT et l'OMS en 2012, demande aux Etats d'assurer au minimum à toute personne dans le besoin l'accès aux soins de santé essentiels[96].

Quant à la Convention (n°130) de 1969 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, elle impose aux Etats membres l'obligation de garantir aux personnes protégées les soins médicaux de caractère curatif et préventif. Ces soins doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels[97].

La Recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie de 1969 complète la Convention (n°130) en étendant les soins médicaux visés par la Convention aux personnes qui exécutent des travaux occasionnels[98].

Enfin, la Convention (n°102) concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952[99] impose aux Etats membres l'obligation de garantir l'attribution des prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif.

En ce qui concerne les travailleurs domestiques, l'OIT a adopté, en 2011, la Convention (n° 189) sur le travail décent pour les travailleuses et travailleurs domestiques[100]. Cette Convention impose aux Etats parties l'obligation de prendre des mesures appropriées,

---

[95] § 11 de la Recommandation (n° 69) sur les soins médicaux du 12 mai 1944, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, p.627.
[96] § 4 de la Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale du 14 juin 2012, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, p.606.
[97] Art.8 et 9 de la Convention (n°130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie du 25 juin 1969, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, p.614.

[98] La Recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie du 25 juin 1969, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp.625-626
[99] Art. 7 de la Convention (n°102) concernant la sécurité sociale (norme minimum) du 28 juin 1952, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, p. 568.
[100] Art.14 de la Convention (n°189) sur le travail décent pour les travailleuses et travailleurs domestiques du 16 juin 2011, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, p.1078.

conformément à la législation nationale et en tenant dûment compte des caractéristiques spécifiques du travail domestique, afin d'assurer que les travailleurs domestiques jouissent, en matière de sécurité sociale, y compris en ce qui concerne la maternité, de conditions qui ne soient pas moins favorables que celles applicables à l'ensemble des travailleurs.

Il en est de même de la Recommandation (n°201) sur les travailleuses et travailleurs domestiques dont les dispositions complètent celles de la Convention. Le paragraphe 5 de cette Recommandation indique que les Membres qui prévoient des examens médicaux à l'intention des travailleurs domestiques devraient envisager :

a) de mettre à la disposition des ménages et des travailleurs domestiques des informations de santé publique sur les principaux problèmes de santé et maladies pouvant justifier, selon le contexte national, la nécessité de se soumettre à des tests médicaux ;

b) de mettre à la disposition des ménages et des travailleurs domestiques des informations sur les tests médicaux volontaires, les traitements médicaux et les bonnes pratiques en matière de santé et d'hygiène, conformément aux initiatives de santé publique destinées à la société dans son ensemble.

2. La reconnaissance du droit à l'accès aux soins de santé par les normes du droit international de la santé

Le droit à l'accès aux soins de santé est aussi garanti de manière directe par les normes relevant du droit international de la santé, développées par l'OMS. La valeur fondamentale de la santé, reconnue dans la Constitution de l'OMS en 1946, a été réaffirmée dans de nombreuses déclarations de nature programmatoire à commencer par la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de soins de santé primaires de 1978[101].

Cette déclaration a marqué un tournant dans la façon d'envisager la santé pour tous à travers le renforcement des soins de santé primaires et reste aujourd'hui encore un texte de référence[102]. Elle a inspiré d'autres textes dans lesquels a été réaffirmé le droit à la santé

[101] OMS, *Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978*, disponible sur https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, consulté le 08/06/2021.

[102] V. en ce sens la Déclaration d'Astana pour le 40ème anniversaire d'Alma Ata : OMS, UNICEF, Déclaration d'Astana « Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable », Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61), I.

comme droit fondamental et objectif social à atteindre. C'est le cas notamment de la Déclaration mondiale sur la santé adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 1998.

Au-delà de ces textes, l'OMS a aussi favorisé l'adoption de normes contraignantes et non contraignantes qui reconnaissent le droit à la santé ou, du moins, visent la protection d'éléments clés de ce droit. Il en est ainsi du Règlement sanitaire international adopté en 2005 et qui est le premier règlement sanitaire à faire une référence aux droits humains et aux textes qui garantissent le droit à la santé en tant que valeur centrale encadrant et guidant la mise en œuvre du texte[103]. Enfin, la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac adoptée en 2003 retient clairement le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé comme une valeur fondamentale[104].

§ 2. La confirmation du droit à l'accès aux soins de santé en droit interne et régional

La garantie internationale du droit à l'accès aux soins de santé a été renforcée par sa confirmation aux niveaux africain et national.

A. La garantie du droit à l'accès aux soins de santé au niveau africain

Au niveau régional, les textes pertinents à relever sont la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples[105] et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant[106].

Le paragraphe 1 de l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples précise que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Le paragraphe 2 du même article énonce que les Etats parties

---

[103] Règlement Sanitaire International (RSI 2005), adopté par l'AMS le 23 mai 2005 (Résolution WHA58.3 (WHA58/2005/REC/1), art. 3 al. 1 et 2., disponible sur https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/fr/, consulté le 08/06/2021.

[104] Convention Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) du 22 juin 2003, préambule, disponible sur https://www.who.int/fctc/text_download/fr/, consulté le 08/06/2021.

[105] CADHP, (adoptée en juin 1981), art. 16. Le Protocole additionnel à la Charte relatif aux droits des femmes garantit aussi le droit à la santé. V. Protocole adopté par la 2ème session ordinaire de la Conférence de l'Union Africaine à Maputo le 11 juillet 2003, art. 14.

[106] Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée par l'Assemblée des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'unité africaine (actuelle Union africaine), réunie en sa seizième session ordinaire à Monrovia (Libéria) du 17 au 29 juillet 1979.

à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant reconnaît aussi le droit à l'accès aux soins de santé. L'article 14 de cette Charte, qui porte sur la santé et les services médicaux, prévoit que tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible.

Le même article énumère une série de mesures que les Etats parties s'engagent à prendre dans le but de la réalisation du droit à la santé des enfants. Il s'agit, entre autres, de la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires, lutte contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires, moyennant l'application des techniques appropriées.

En ratifiant la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et la Charte des droits et du bien-être de l'enfant, le Burundi a entendu, en ce qui concerne le droit à la santé, en assurer la jouissance à toute sa population sans exception aucune, y compris donc les travailleurs domestiques.

B. La garantie du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques au niveau national

Au niveau interne, il n'existe pas de cadre légal particulier qui garantit le droit à la santé pour les travailleurs domestiques. Toutefois, le droit à l'accès aux soins de santé pour cette catégorie de travailleurs est garanti, de façon générale, par la Constitution, les lois et les actes réglementaires relatifs au droit à la santé et à la protection sociale.

1. La garantie du droit à l'accès aux soins de santé par Constitution du 7 juin 2018

L'article 55 de la Constitution du 7 juin 2018 fait une mention expresse du droit qu'a toute personne d'accéder aux soins de santé. Il dispose que : « Toute personne a le droit d'accéder aux soins de santé ».

Les travailleurs domestiques burundais jouissent d'un droit constitutionnel d'accéder aux soins de santé en vertu des dispositions de cet article.

En outre, l'article 19 de la Constitution prévoit que les droits et devoirs proclamés et garantis par les textes internationaux relatifs aux droits de l'homme régulièrement ratifiés font partie intégrante de la Constitution.

Il en résulte que les droits reconnus à toute personne et, partant, aux travailleurs domestiques en matière d'accès aux soins par les conventions internationales relatives aux droits de l'homme ont une valeur constitutionnelle, dès lors que ces conventions ont été régulièrement ratifiées par la Burundi.

En définitive, le droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques a une valeur constitutionnelle au Burundi.

2. La garantie du droit à l'accès aux soins de santé par la loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant code de l'offre des soins et services de santé au Burundi

Cette loi fixe les principes fondamentaux ainsi que les règles d'organisation et de fonctionnement du système national de santé publique.

L'article 4 de cette loi énonce plusieurs principes directeurs de la politique nationale de santé, notamment :

- la priorisation des soins de santé primaires ;
- l'acceptabilité, l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins de santé ;
- la gestion axée sur les résultats ;
- la décentralisation ;
- la coordination, la collaboration intersectorielle, le partenariat et la durabilité ;
- le respect de la bonne gouvernance et la réactivité du système de santé ;
- l'éthique dans le domaine de la santé et des droits humains ;
- l'équité, la solidarité, la participation, l'identité culturelle et les points de vue tenant compte du genre[107].

[107] Art.4 de la loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant code de l'offre des soins et services de santé au Burundi, *in BOB, n°5 Quinquies/2018,* p.1028.

L’article 8 ajoute que tout citoyen a droit, quels que soient ses revenus, à l’accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle ou communautaire. L'accès doit tenir compte des circonstances notamment d'urgence et des thérapeutiques dont l’efficacité est reconnue.

Il en résulte que les travailleurs domestiques burundais ont, comme tout citoyen, droit à l’accès aux soins de santé de base.

3. Quid de la législation sociale en faveur des travailleurs domestiques ?

Le droit à l’accès aux soins de santé est aussi inscrit dans les textes législatifs internes relatifs au droit social.

L’article 122 de la loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi institue, à charge de tout employeur, un droit à la sécurité sociale pour tout travailleur régi par ce Code. L’article 29 de ce Code dispose que « tout employeur a l'obligation de s’affilier et de faire immatriculer tous les travailleurs, de collecter et payer régulièrement les cotisations aux organismes de gestion des régimes de base obligatoire de la sécurité sociale tel que prévu par la législation y relative. Tout travailleur bénéficie des prestations des régimes de base de la sécurité sociale telles que prévues par la législation y relative ».

En ce qui concerne les travailleurs domestiques, le législateur prévoit que le Code du travail leur est applicable dans la limite d’une loi particulière. L’article 3 du Code du travail souligne que les conditions d'emploi et de travail des employés de maison qui sont liés au maître de maison par une relation de travail sont fixées par une loi spéciale.
L’inexistence de cette loi spéciale applicable aux travailleurs domestiques fait que ceux-ci soient exclus du champ d’application du Code du travail. En conséquence, ils ne peuvent pas se prévaloir du droit à l’accès aux soins de santé garanti par le Code de la protection sociale aux travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail.

Il convient de noter toutefois que les travailleurs domestiques peuvent être assujettis aux régimes spéciaux applicables aux travailleurs mobiles et indépendants. Il s’agit des régimes

institués en faveur des catégories particulières auxquelles peuvent appartenir des personnes à un moment donné de leur vie professionnelle[108].

En effet, selon l'article 126 de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale, les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis aux régimes des travailleurs mobiles et indépendants.

L'alinéa 2 de cet article indique que les modalités de fonctionnement du régime des travailleurs mobiles et indépendants sont fixées par un texte réglementaire. Mais ce règlement n'a pas encore été mis en place ce qui fait que les travailleurs domestiques n'ont pas encore le droit à l'accès aux soins de santé prévu par le Code de la protection sociale.

Section 3 : Les obligations de l'Etat burundais vis-à-vis du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques

En général, les obligations qui incombent aux États sont classées en deux grandes catégories. La première catégorie comprend les obligations imputables à l'État dès l'instant où il devient partie à une convention internationale des droits de l'homme. La deuxième catégorie regroupe les obligations qui s'imposent à un État en cas de violation ou de non- respect des obligations définies dans la première catégorie. Ici, notre attention porte sur les obligations qui s'imposent à l'Etat burundais en tant que partie à des conventions internationales qui garantissent le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques.

Ainsi, trois obligations incombent au Burundi, qui est partie à divers instruments tant internationaux que régionaux qui prévoient le droit à l'accès aux soins de santé. Il s'agit de l'obligation de respecter, l'obligation de protéger et l'obligation de réaliser.

L'observation générale 14 (OG14) sur le droit à la santé, adoptée par le CODESC, en 2000, sur la base des analyses du droit et de la pratique des Etats apporte des précisions essentielles concernant les obligations à charge des Etats vis-à-vis du droit à la santé.

[108] Art.122 de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale, *in BOB, n°5bis/2020*, p.747.

§1. L'obligation de respecter

L'obligation de respecter les droits, qui s'impose aux États sous la forme essentiellement d'une obligation d'abstention, leur interdit de porter activement atteinte aux droits des individus. Cette obligation d'abstention vaut pour les droits civils (comme l'interdiction de recourir à la torture) et pour les droits sociaux (comme l'interdiction pour les États de discriminer dans l'application des droits sociaux et de refuser, par exemple, l'accès aux soins aux travailleurs domestiques).

L'obligation de respecter requiert des États parties qu'ils s'abstiennent d'entraver directement ou indirectement l'exercice du droit à l'accès aux soins de santé. Les États sont en particulier liés par l'obligation de respecter le droit à l'accès aux soins de santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs, en s'abstenant d'ériger en politique d'État l'application de mesures discriminatoires[109].

Ainsi, le Burundi qui est partie à divers instruments internationaux et régionaux qui garantissent le droit à l'accès aux soins de santé doit s'abstenir de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès à toutes les personnes, dont les travailleurs domestiques.

§2. L'obligation de protéger

L'obligation de protéger requiert des États parties qu'ils prennent des mesures pour empêcher des tiers de s'immiscer dans l'exercice du droit à l'accès aux soins de santé.
Selon l'Observation générale n°14, l'obligation de protéger le droit à la santé englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'État d'adopter une législation ou de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers.

L'Etat doit aussi veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services

---

[109] CODESC, *Observation générale 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000*), réimprimé en Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 (2004), paragraphe 34.

sanitaires, de contrôler la commercialisation de matériel médical et de médicaments par des tiers. Il doit faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés[110].

§3. L'obligation de réaliser progressivement le droit à la santé

Appelée aussi obligation de mettre en œuvre, l'obligation de réaliser progressivement le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé.

L'Observation générale n°14 explicite que l'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé requiert des États parties, entre autres, de lui faire une place suffisante dans le système politique et juridique national (de préférence par l'adoption d'un texte législatif) et de se doter d'une politique nationale de la santé comprenant un plan détaillé tendant à lui donner effet. Les États sont tenus d'assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, et de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé tels qu'une alimentation sûre sur le plan nutritif et de l'eau potable, un assainissement minimum et des conditions de logement et de vie convenables.

Pour réaliser le droit à la santé, le Burundi a, par exemple, adopté une politique nationale de santé[111] et un plan stratégique du système national d'information sanitaire[112].
Il a aussi mis en place une loi pour assurer la prestation de soins de santé, y compris des programmes de vaccination contre les maladies infectieuses.

En ce qui concerne les travailleurs domestiques, la réalisation du droit à la santé apparaît notamment à travers la promulgation du Code du travail de 2020 et du Code de la protection sociale. Mais ici, des actions concrètes doivent être réalisées pour que le droit à l'accès aux

---

[110] *Id*., paragraphe 35.

[111] Il s'agit de la politique nationale de santé qui s'étend sur la période de 2016 à 2026. Par cette politique, le Burundi a pour but d'amener la population à un niveau de santé le plus élevé possible en vue de sa pleine participation aux efforts multiformes du développement durable.

[112] S'étendant sur la période de 2019 à 2023, le SNIS est un dispositif mis en place par le MSPLS pour produire et diffuser l'information sanitaire nécessaire à la planification, au pilotage et au suivi-évaluation des politiques et programmes de santé.

de santé soit effective pour cette catégorie de travailleurs. Il s'agit notamment de la mise en place d'une loi particulière applicable aux travailleurs domestiques, comme il est indiqué à l'article 2 du Code du travail, la prise de mesures d'application de l'article 126 du Code de la protection sociale pour que les travailleurs domestiques puissent bénéficier des soins de santé dans le cadre des régimes de base.

Notons que la violation de cette obligation de réaliser résultera soit de l'absence de progrès dans la réalisation des droits, soit et à plus forte raison la rétrogression dans la protection accordée aux droits.

A ce sujet, le CODESC, dans son observation n°9 (1990), affirmait : « Avant qu'un Etat ne justifie l'échec de la réalisation de ses obligations minimums par le manque de ressources, il doit établir que tous les efforts ont été déployés et qu'il a utilisé toutes les ressources qui sont en sa disposition dans le but de satisfaire à titre prioritaire ces obligations minimum »[113]. Au demeurant, si la mise en œuvre du droit à la santé, de manière générale, peut s'inscrire dans la progressivité, il n'en demeure pas moins que l'obligation fondamentale minimale de mise en œuvre du droit à la santé est d'application impérative.

Section 4 : Quelques mécanismes institutionnels garantissant le droit à l'accès aux soins de santé

A partir de la section précédente, nous constatons que le droit à l'accès aux soins de santé trouve son fondement juridique dans le droit international des droits de l'homme, dans les normes du droit international du travail et de la santé. Aussi, avons-nous remarqué que ces normes trouvent leur confirmation dans l'ordre interne burundais, mais qu'aucune d'entre elles ne s'applique, de façon spécifique, aux travailleurs domestiques, à part la Convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques et la Recommandation (n° 201) sur les travailleuses et travailleurs domestiques qui n'ont même pas encore été ratifiées par le Burundi.

Il importe de faire un aperçu sur les organismes de gestion des régimes de base existants et ceux prévus par le Code de la protection sociale pour voir si les travailleurs domestiques peuvent s'y faire immatriculer.

---

[113] CODESC, *Observation générale n°14 sur le droit à la santé*, 11 mai 2000, paragraphe 5.

§ 1. L'Institut national de sécurité sociale (INSS)

Les travailleurs salariés régis par le Code du travail ont droit à des prestations de soins de santé résultant du régime des risques professionnels prévu par l'article 29 du Code de la protection sociale. Ce régime assure le service des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle en faveur de tous les travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail.

L'article 48 du Code de la protection sociale précise que les prestations relatives aux risques professionnels comprennent entre autres, les soins médicaux nécessités par les lésions résultant de l'accident, qu'il y ait ou non interruption du travail. Quant à l'article 50 du même Code, il souligne que les soins médicaux sont fournis ou supportés par l'organisme. Dans ce dernier cas, l'organisme en verse directement le montant aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements et centres médicaux publics ou privés agréés par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

L'article 127 de ce Code ajoute que la gestion des prestations d'un régime de sécurité sociale est confiée à un organisme jouissant d'une autonomie administrative et financière. Mais, en l'absence de l'actualisation du décret n°100/034 du 26 février 1990 portant réorganisation de l'INSS[114], la gestion du régime des risques professionnels reste toujours assurée par cet institut qui répond aux conditions d'autonomie administrative et financière requises par l'article 127.

Aussi, en vertu de l'article 126 du Code de la protection sociale, les travailleurs domestiques font partie des travailleurs potentiellement assujettis aux régimes des travailleurs mobiles et indépendants, à côté des avocats, des notaires, des artisans et des commerçants.

L'alinéa 2 de cet article indique que les modalités de fonctionnement du régime des travailleurs mobiles et indépendants sont fixées par un texte réglementaire.

Suite à l'inexistence de ce texte réglementaire, il est impossible de savoir si les travailleurs domestiques relèveront ou non du domaine d'intervention de l'INSS. Il en résulte qu'en l'état actuel de la législation, l'affiliation des employeurs domestiques et l'immatriculation des travailleurs domestiques à l'INSS est juridiquement impossible. En effet, la première raison

[114] D.-L. n°100/.34 du26/02/1990 portant réorganisation de l'Institut national de sécurité sociale, *in BOB n° 4/90, pp.100-104*.

est qu'en l'absence d'une loi spéciale prévue aux articles 2 et 3 du Code du travail, les travailleurs domestiques ne sont pas encore régis par le Code du travail.

La deuxième raison est que l'article 126 du Code de la protection sociale prévoit que les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis aux régimes des travailleurs mobiles et indépendants et qu'un règlement organisant le régime des risques professionnels pour cette catégorie de travailleurs n'a pas encore vu le jour, ce qui permettrait de savoir si pour ces derniers ce régime sera géré par l'INSS ou par un autre organisme.

§ 2. La Mutuelle de la fonction publique

La MFP est un établissement public à caractère administratif. Elle a été créée par le décret n°100/107 du 27 juin 1980[115] pour gérer le régime d'assurance maladie maternité institué en faveur des agents publics et assimilés[116]. Depuis l'entrée en vigueur du Code de la protection sociale, le 20 mai 2020, les agents publics et assimilés, tous les travailleurs régis par le Code du travail peuvent bénéficier du régime d'assurance maladie et du régime des prestations familiales qui sont gérés par la Mutuelle de la fonction publique.

En effet, l'article 23, point 1 du Code de la protection sociale dispose que les régimes de base ont pour champ d'application tous les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code

[115] Ce décret a été modifié par le décret n° 100/193 du 18 octobre 1989 portant modification des statuts de la Mutuelle de la fonction publique (BOB n°11/89, pp.340-344). Par le fait de la promulgation de la loi n° 1/010 du 16 juin 1999 portant Code de la sécurité sociale, de la loi n° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés et de la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale et notamment la loi n°1/12 du 12/05/2020 portant code de la protection sociale au Burundi, ce décret a subi plusieurs modifications et devrait être actualisé pour se conformer aux lois en vigueur.

[116] Il s'agissait uniquement des agents de l'État soumis au statut général des fonctionnaires, les agents de l'État soumis à un statut spécial ou particulier (magistrats, militaires, policiers), les agents de l'État engagés sous contrat, les agents des collectivités locales, le personnel des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et le personnel politique de l'État. Ce régime pouvait également couvrir les personnes se trouvant dans l'une des conditions ci-après, à condition qu'elles ne relèvent pas d'un autre régime d'assurance-maladie, à savoir, les personnes désignées comme bénéficiaires par une convention internationale, les agents de la coopération technique internationale, les étudiants de l'enseignement supérieur, les membres ou le personnel des œuvres ou des associations employées à une mission de service public. Il couvre également, les bénéficiaires d'une pension de retraite, d'inaptitude physique ou d'une rente de survivant.

du travail[117]. L'article 89 du même Code souligne que les travailleurs salariés régis par le Code du travail rentrent dans le champ d'application des prestations familiales.

Or, conformément l'article 22, points 1 et 4, les régimes de base comprennent, entre autres, le régime d'assurance maladie de base chargé du service des prestations de soins médicaux et des indemnités de maladie, ainsi que le régime assurant les prestations familiales et des indemnités de maternité.

L'article 24 du Code de la protection sociale explicite que le régime d'assurance maladie prend à sa charge tout état morbide dû à une maladie naturelle ou à un accident d'origine non professionnelle. Les prestations relatives au régime d'assurance-maladie comprennent, selon l'article 25 du même Code, les soins médicaux et les indemnités journalières de maladie en cas d'interruption de travail pour les travailleurs salariés, les frais de transport sur présentation des justificatifs médicaux. Quant aux prestations familiales, elles comprennent, entre autres, les soins de santé liés à la grossesse et ses suites, selon l'article 100 du Code de la protection sociale.

Les autorités de la Mutuelle de la fonction publique reçoivent déjà des demandes d'affiliation des employeurs privés en vue de faire immatriculer les travailleurs à leur charge qui sont régis par le Code du travail.

Néanmoins, les travailleurs domestiques ne sont pas encore reçus, car ils ne sont pas encore régis par le Code du travail. Si les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis au régime des travailleurs mobiles et indépendants, les modalités de leur immatriculation de ceux-ci ne sont pas encore mises en place par un règlement.

Dans ces conditions, les travailleurs domestiques ne peuvent pas prétendre aux prestations de soins de santé garantis par la Mutuelle de la fonction publique.

§ 3. Le régime assurantiel de la Carte d'assistance médicale (CAM)

C'est un régime d'assistance médicale institué en faveur des travailleurs du secteur informel dans lequel les travailleurs domestiques trouvent leur place.

---

[117] Art.23 de la loi n°1/12 du 12/05/2020 portant code de la protection sociale, *in BOB, n°5bis/2020,* p.737.

En raison de multiples dysfonctionnements du régime de la « Carte d'Assistance Médicale », qui a duré entre 1984 et 2012[118], le Gouvernement a mis en place un nouveau régime dit CAM rénovée.

Mise en vigueur par l'arrêté n° 01/VP2/2012 du 25/01/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale (CAM) au Burundi[119], la CAM est destinée aux populations du secteur informel et rural.

L'article 3 indique que la CAM donne à son acquéreur, à son conjoint et aux membres de sa famille encore mineurs, moyennant un ticket modérateur de 20%, le droit aux prestations de soins correspondant au paquet de soins disponibles au niveau des centres de santé publics ou agréés (confessionnels) et au niveau des hôpitaux de district.

L'arrêté précise qu'en mairie de Bujumbura, où les hôpitaux de district n'existent pas, les détenteurs de la CAM référés par les centres de santé peuvent avoir accès aux hôpitaux nationaux de Bujumbura uniquement pour un paquet de soins de niveau hôpital de district.

Dans les faits, les centres de santé et hôpitaux de district confessionnels n'acceptent pas encore d'accueillir les détenteurs de la CAM par manque de confiance dans le processus de remboursement. L'article 4 de l'arrêté CAM consacre le respect de la filière (ou échelonnement) des soins car il indique que pour avoir accès aux soins hospitaliers, il faut être référé par un centre de santé[120].

Tous les travailleurs domestiques que nous avons interrogés disent qu'en cas de maladie, ils ne servent pas de la Carte d'assistance maladie. Les uns ont indiqué qu'ils ne sont pas informés de ce mécanisme d'assurance. Et pour ceux qui en ont pris connaissance, ils estimaient qu'elle n'est d'usage qu'en milieu rural, et non dans les villes où ils se font souvent embauchés. Dans ces conditions, presque tous les travailleurs domestiques se font soigner, totalement ou partiellement, à leurs frais ou à ceux de leurs employeurs.

---

[118] APPAIX O. et al. (2013), *Contribution au Chapitre III : Etude des mécanismes de financement de la santé au Burundi*, Union Européenne, Projet PAPSBU *« Amagara Meza »*, novembre 2013, Bujumbura

[119] Arrêté n° 01/VP2/2012 du 25/01/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale (CAM) au Burundi (inédit).

[120] MSLS, *Etude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport de synthèse*, Bujumbura, mai 2014, p.87, disponible sur http://fbpsanteburundi.bi/bdd072020/cside/contents/docs/Etude_sur_le_financement_de_la_sante_au_ Burundi.pdf, consulté le 12/07/2021.

Par ailleurs, dans les faits, les centres de santé et hôpitaux de la mairie de Bujumbura n'acceptent d'accueillir les détenteurs de la CAM par manque de confiance dans le processus de remboursement[121].

§ 4. Les autres assurances sociales publiques ou privées

Outre les organismes publics de protection sociale ci-haut cités, le législateur ouvre la voie à la création d'autres, à l'initiative de l'Etat ou des personnes privées. En effet, l'article 128 du Code de la protection sociale indique que la création d'un organisme de sécurité sociale est fixée par un décret ou par les statuts négociés par les partenaires sociaux ou par des personnes morales de droit privé et agréés par le ministre ayant la protection sociale dans ses attributions.

L'article 129 du même Code souligne que l'organisme de sécurité sociale fonctionnent sous la garantie et la surveillance de l'Etat.

Il apparaît ainsi qu'en plus des organismes de protection sociale existants, l'Etat ou les personnes morales de droit privé peuvent en créer d'autres, qui peuvent être plus accessibles et plus adaptés aux besoins de toutes les couches sociales, dont les travailleurs domestiques.

§ 5. Les mutuelles sociales

Une mutuelle est une société à but non lucratif qui organise un système solidaire, traditionnellement concernant la santé, entre des adhérents s'acquittant d'une cotisation[122].

Sans indiquer exactement en quoi consistent leurs activités, l'article 160 du Code de la protection sociale définit les mutuelles sociales comme étant des organismes privés chargés d'une mission de service public. A ce titre, l'Etat leur assure un cadre approprié pour le développement de leurs activités, assure leur protection et garantit les intérêts de leurs membres à travers les mécanismes d'appui, de suivi et de régulation.

En échange de cotisations versées par leurs membres, les mutuelles sociales offrent aux adhérents et à leurs ayants-droit soit un complément de remboursement de certains frais

---

[121] *Ibid.*
[122] https://www.daf-mag.fr/Definitions-Glossaire/Mutuelle-245421.htm, consulté le 30/05/2021.

médicaux non couverts par la sécurité sociale (mutuelle santé), soit une protection sociale (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès), soit des compléments de retraite[123].

En vue de permettre à toutes les couches de la population d'accéder aux soins de santé, le législateur burundais encourage les activités des mutuelles sociales et le refus de leur agrément ne peut intervenir que si les dispositions légales et réglementaires relatives à leur constitution ne sont pas respectées[124].

Quelques initiatives de mutuelles sociales préexistent à la loi relative à la protection sociale et sont nées de l'idée d'assurer les soins de santé aux travailleurs relevant du secteur privé et informel, qui n'avaient pas droit d'accès à la MFP.

C'est le cas de la Mutualité de Solidarité pour la Santé appelée couramment la Mutualité SOLIS, la mutualité SONAVIE, les Mutuelles de santé de l'archidiocèse de Gitega (MSAG), les Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU), les Mutuelles de santé du Diocèse de Muyinga (MSDM), les Mutuelles de santé de la province de Bujumbura rural, les Mutuelles de santé de l'Union pour la coopération et le développement (UCODE), etc.

Les mutuelles de santé communautaires assurent les prestations de soins médicaux sur base des conventions signées avec des formations sanitaires et/ou pharmaceutiques dont elles couvrent les services offerts. Les adhérents supportent un ticket modérateur qui souvent varie entre 15% et 40%, selon les catégories[125].

A l'heure actuelle, il n'existe pas de mutuelles sociales qui garantissent les soins de santé exclusivement aux travailleurs domestiques. Toutefois, la plupart de ces mutuelles sont en principe ouvertes d'accès à cette catégorie de travailleurs, soit à titre indépendant, soit par l'affiliation de leurs employeurs qui les font immatriculer sur base d'une convention et conformément aux textes qui régissent le régime d'assurance concerné.

En effet, l'article 179 du Code de la protection sociale précise que les modalités d'affiliation des employeurs, ou d'immatriculation des travailleurs salariés, des assurés sociaux

---

[123] MSLS, *Etude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport de synthèse*, Bujumbura, mai 2014, p.87, disponible sur http://fbpsanteburundi.bi/bdd072020/cside/contents/docs/Etude_sur_le_financement_de_la_sante_au_Burundi.pdf, consulté le 12/07/2021.

[124] Art.166 de la loi n°1/12 du 12/05/2020 portant code de la protection sociale, *in BOB, n°5bis/2020*, p.750.

[125] ADISCO, *Programme d'appui aux mutuelles de santé*, disponible sur http://adisco.org/adisco/programme-dappui-aux-mutuelles-de-sante/, consulté le 10/04/2021.

indépendants ou liés aux organisations professionnelles ou de l'économie solidaire, des modalités de perception des cotisations, de liquidation et du service des prestations, les obligations qui incombent aux employeurs, aux travailleurs salariés, aux assurés indépendants appartenant aux organisations professionnelles et de l'économie solidaire sont fixées par les textes régissant chaque régime.

Néanmoins, compte tenu de peu de moyens dont ils disposent, il est difficile que les travailleurs domestiques se permettent le « luxe » des assurances de santé communautaire auxquelles même leurs employeurs n'accèdent pas facilement.

Conclusion du chapitre

En étudiant le fondement juridique du droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques burundais, il a été jugé utile de préciser les expressions de droit à l'accès aux soins de santé et le droit à la santé. Le droit à l'accès aux soins de santé présente l'aspect le plus tangible et le plus exigible même du droit « générique » à la santé. C'est l'accès à la santé qui est véritablement un droit, comme le dit M. BELANGER, le droit à la santé étant un « programme », un « objectif ».

Le droit à l'accès aux soins de santé n'est pas prévu de façon spécifique pour les travailleurs domestiques. Il trouve son fondement juridique dans des instruments internationaux, régional et interne qui garantissent le droit à la santé dont il est l'un des composantes essentielles. Ce droit est largement garanti par les normes du droit international des droits de l'homme et celles du droit international du travail et de la santé, contraignantes ou non, applicables de façon générale ou à certaines catégories de personnes. C'est le cas de la Déclaration universelle des droits de l'homme, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, des conventions et recommandations adoptés par l'OIT, etc.

Au niveau africain, le droit à l'accès aux soins de santé est aussi généralement affirmé, sans discrimination, notamment par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte des droits et du bien-être de l'enfant.

Au niveau interne, le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques trouve son fondement juridique dans la Constitution du 7 juin 2018 qui prévoit que toute personne a le droit d'accéder aux soins de santé. Il est aussi garanti par d'autres textes législatifs, comme la loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant Code de l'offre des soins et services de santé au Burundi et la loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant Code de la protection sociale au Burundi.

Toutefois, dans ce dernier cas, l'inexistence d'une loi spéciale applicable aux travailleurs domestiques fait que ces derniers soient exclus du champ d'application du Code du travail. En conséquence, ils ne peuvent pas accéder aux soins de santé reconnus par le Code de la protection sociale aux travailleurs régis par le Code du travail.

Même si le Code de la protection sociale prévoit que les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis au régime des travailleurs mobiles et indépendants, ce régime n'est pas encore fonctionnel suite à l'inexistence d'un texte réglementaire qui en fixe les modalités de fonctionnement.

A cet effet, les travailleurs domestiques ne peuvent pas prétendre à l'accès aux soins de santé garantis par les régimes de base, dont le régime d'assurance maladie de base, le régime des risques professionnels et le régime des prestations familiales.

Nous avons trouvé qu'il existe des mécanismes institutionnels de gestion des régimes de soins de santé comme l'INSS et la Mutuelle de la fonction publique. Néanmoins, les travailleurs domestiques n'ont pas encore le droit de bénéficier des prestations garanties par ces organismes car, d'une part, ils ne sont pas régis par le Code du travail. D'autre part, un règlement organisant les régimes de base pour cette catégorie de travailleurs n'a pas encore vu le jour, ce qui permettrait de savoir si les travailleurs domestiques seront concernés par les prestations fournis par ces deux organismes publics.

Cependant, les travailleurs domestiques sont éligibles au régime assurantiel de la Carte d'assistance maladie institué en faveur des populations du secteur informel et rural. Il s'agit toutefois d'un régime presque méconnu des travailleurs domestiques. En cas de maladie, les travailleurs domestiques ne comptent que sur la bonne volonté de leurs employeurs qui supportent les soins de santé ou qui exigent le remboursement des frais y relatifs par une retenue sur le salaire.

En définitive, quoiqu'il existe peu d'instruments juridiques spécifiques aux travailleurs domestiques, le droit à l'accès aux soins de santé pour cette catégorie de travailleurs est généralement affirmé tant au niveau international, régional. Au niveau interne, des efforts législatifs et réglementaire doivent être concrétisés pour que les travailleurs domestiques jouissent de tous les droits reconnus aux travailleurs régis par le Code du travail.

En tenant compte du profil des travailleurs domestiques burundais, des conditions générales d'exercice de leur travailleur et du cadre légal et des mécanismes institutionnels existants, il importe de s'interroger sur les principaux obstacles à la jouissance et à l'exercice effective du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques. Cette analyse fera objet troisième et dernier chapitre.

CHAPITRE III : LES DEFIS LIES A LA JOUISSANCE DU DROIT A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE PAR LES TRAVAILLEURS DOMESTIQUES AU BURUNDI

A partir des développements précédents, nous avons trouvé que le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques trouve juridique tant en droit international qu'en droit interne, encore que d'autres efforts doivent être consentis, notamment au niveau national. Toutefois, plusieurs défis compliquent la jouissance et l'exercice de ce droit par les travailleurs domestiques.

Ici, nous analyserons les défis liés au cadre légal existant, l'impact du niveau socio-économique de la plupart des ménages employeurs, la précarité du contrat de travail domestique, l'isolement du milieu où s'exerce le travail ainsi que les faiblesses même des travailleurs domestiques.

Section 1 : Les défis liés à l'état actuel du cadre légal

Par la promulgation du nouveau Code du travail, les travailleurs domestiques pouvaient espérer tirer profit des régimes de couverture des soins de santé à travers certains mécanismes de protection sociale prévus par le Code de la protection sociale.

En effet, comme le dit B. DESTREMAU, la relation de l'employé domestique et de ses patrons avec le cadre légal joue un rôle important. L'inscription dans le registre du droit n'est pas seulement une protection, c'est aussi une façon de rendre public un rapport de travail et de vie qui est essentiellement privé. Le droit permet de sortir du régime de la faveur, en particulier en ce qui concerne la protection sociale, l'accès aux soins et la retraite[126].

Néanmoins, quoique le Code du travail parle des travailleurs domestiques, il indique, à l'article 2 alinéa 2, qu'il les régit dans la limite d'une loi particulière qui leur est applicable. L'inexistence juridique de cette particulière applicable aux travailleurs domestiques implique que ces derniers ne sont pas encore régis par le nouveau Code du travail.

[126] B. DESTREMAU, *Op.cit., p.21*.

En effet, l'applicabilité du Code du travail aux relations entre employeurs et travailleurs domestiques a été subordonnée à l'existence d'une loi particulière car, selon la formulation du législateur, c'est à la limite de celle-ci que le Code du travail régira ces relations. Seules les dispositions de cette loi spécifique détermineront dans quelle mesure le Code du travail s'appliquera aux travailleurs domestiques.

Cette interprétation est d'ailleurs confirmée par les dispositions de l'article 3 de la même loi qui ajoute que *« les conditions d'emploi et de travail des employés de maison qui sont liés au maître de maison par une relation de travail sont fixées par une loi spéciale »*.

Il apparaît que le cadre légal interne n'est pas encore favorable à la jouissance et à l'exercice du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques. Ces derniers ne peuvent prétendre aux soins de santé reconnus par le Code de la protection sociale aux travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code du travail.

Nous estimons que la subordination de l'application du Code du travail aux employés domestiques à l'existence d'une loi spéciale est une volonté manifeste de les exclure du champ de son application. Rien d'autre ne saurait justifier cette subordination, étant donné que le législateur a mis en place le nouveau Code du travail tout en sachant qu'aucune loi spécifique aux travailleurs domestiques ne préexiste.

Bien plus, depuis l'entrée en vigueur du Code du travail, aucun effort législatif ou réglementaire n'a encore été consenti par les autorités publiques, dans le sens de rentre applicable le Code du travail aux employés domestiques.

Même si l'article 126 du Code de la protection sociale prévoit que les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis au régime des travailleurs mobiles et indépendants, ce régime n'est pas encore fonctionnel suite à l'inexistence d'un texte réglementaire qui en fixe les modalités de fonctionnement.

Ainsi, l'absence des mécanismes et des modalités d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des travailleurs domestiques montre que l'actuelle législation sociale ne s'applique pas aux travailleurs domestiques et qu'elle ne le sera que lorsqu'une loi particulière sera mise en place.

A cet effet, les travailleurs domestiques ne peuvent pas accéder aux prestations de soins de santé garantis par les régimes de base, dont le régime d'assurance maladie de base, le régime

des risques professionnels et le régime des prestations familiales et qui sont gérés par les organismes publics.

Le seul moyen pour les travailleurs domestiques de jouir du droit à la santé par l'assurance maladie consiste en l'usage de la CAM, tel qu'il est prévu par l'arrêté n° 01/VP2/2012 du 25/01/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale. Or, comme nous l'avons dit, ce mécanisme est presque méconnu des travailleurs domestiques et qu'il n'est pas toujours accueilli favorablement les formations sanitaires qui ont du mal à se faire rembourser par l'Etat la contre-valeur des prestations fournis[127].

Ce défi lié au cadre légal fait que pour accéder aux soins de santé, les travailleurs domestiques restent dépendants du bon vouloir de leurs employeurs ou doivent entièrement user de leurs maigres moyens pour accéder aux soins de santé.

Section 2 : Les défis tenant à la situation socio-économique des ménages employeurs

L'accès aux soins de santé pour le travailleur domestique à charge de son employeur dépend de la capacité financière du ménage pour lequel il travaille. P. AUVERGNON dit que dans le secteur du travail domestique, « conditions de travail » et « conditions de vie » entretiennent des liens étroits[128].

Selon les Etats généraux de l'agriculture et l'élevage de juin 2014, le Burundi est le pays le plus touché par la faim au monde, avec un indice global de la faim approchant 40% et 70% des enfants vivant dans les ménages très pauvres du pays[129]. La Banque mondiale établit que la faiblesse de la croissance économique par rapport à la croissance démographique entraîne une faible croissance du revenu par habitant, estimé à environ 276 dollars pour 2020[130].

C'est dans ces conditions socio-économiques que les travailleurs domestiques, en quête de conditions de vie relativement bonnes, sont obligés d'engager leurs services auprès des ménages qui, eux-mêmes, sont en situation de pauvreté.

---

[127] MSLS, *Etude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport de synthèse*, Bujumbura, mai 2014, p.87, disponible sur http://fbpsanteburundi.bi/bdd072020/cside/contents/docs/Etude_sur_le_financement_de_la_sante_au_Burundi.pdf, consulté le 12/07/2021.
[128] P. AUVERGNON, *Op.cit*., p.2.
[129] PARCEM, *Les principaux indicateurs socio-économiques au Burundi*, 2015, p.6.
[130] Banque mondiale, 2020, disponible sur https://www.banquemondiale.org/fr/country/burundi/overview, consulté le 21/02/2021.

Parmi ces ménages, il y a ceux qui n'ont même pas accès aux soins de santé dans le cadre de mécanismes de protection sociale institués par la législation sociale. Une question se pose alors de savoir comment ces ménages, qui s'attachent les services des travailleurs domestiques, pourront pourvoir efficacement à la fois à leurs soins médicaux et à ceux des travailleurs domestiques sous leurs ordres.

Dans ces conditions, l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques dépendra de la situation socio-économique de leurs patrons. Cette situation étant l'une des pires en Afrique entravera nécessairement l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques.

Section 3 : Les défis tenant à la précarité du contrat de travail domestique

La migration qui alimente le marché du travail domestique est de moins en moins tournante et son ancrage s'accompagne de nombreuses réclamations et protestations, en particulier par des stratégies d'instabilité de la part des travailleurs domestiques, caractérisées par la fréquence avec laquelle elles abandonnent leur poste[131].

Le travail domestique est souvent répertorié comme une forme d'emploi atypique qui peut s'exercer à temps partiel. Eu égard aux conditions de travail non confortables, aux longues heures de travail sans repos alors même que certains employeurs ne sont jamais satisfaits des tâches accomplies, peu de personnes en font un métier de carrière. Le travail domestique devient donc un passage obligé du fait de la facilité d'acquisition de l'emploi et d'en changer, le moment voulu.

A ce sujet, A. GASSAMA parlant des travailleuses domestiques au Sénégal, explicite que le faible salaire offert par les employeurs, leurs exigences vis-à-vis de ce personnel qui travaille près de 12 heures par jour, sans jour de repos, sans congés ni déclaration, rencontrent désormais des travailleuses excédées qui ne subissent plus seulement les remplacements arbitraires mais les provoquent également. Ne jouissant que d'une liberté formelle et étant obligées de travailler, les travailleurs domestiques s'engagent très vite mais n'hésitent pas à rompre leurs contrats tacites, non écrits et peu avantageux, dès qu'elles trouvent de meilleures conditions de travail ou une rémunération plus élevée[132].

---

[131] A. GASSAMA, *Op. cit*., p.172.
[132] *Ibid.*

Cette précarité du contrat de travail domestique plonge les relations entre employeurs et travailleurs dans une crise latente qui handicape la prévision des engagements réciproques pour une période plus ou moins longue. Cet état de fait ne peut manquer d'impacter sur l'accès aux soins de santé à travers l'affiliation et l'immatriculation aux organismes de gestion des régimes liés aux soins médicaux.

Compte tenu de la précarité de cette relation, surtout peu bénéfique aux travailleurs domestiques, il est permis de se demander si l'affiliation de ces derniers aux organismes d'assurance des soins médicaux n'aurait pas pour effet de restreindre leur droit à la liberté de rompre facilement le contrat de travail.

Au sujet des travailleuses domestiques, B. DESTREMAU répond par l'affirmative en indiquant que nombreuses d'entre elles ne souhaitent pas entrer dans le cadre du droit, de la sécurité sociale, par exemple. Soit cela induirait des dépenses supplémentaires (enregistrement, droits à acquitter, etc.), soit cela restreindrait leur liberté (en les liant à un employeur, à la durée d'un contrat), soit encore, se « déclarer » comme employée domestique les assignerait – dans leur représentation de leur propre devenir – à un statut qu'elles trouvent dévalorisant, voire déshonorant, comme un marquage indélébile, alors qu'elles voudraient croire que ce n'est qu'un état transitoire[133].

Ces considérations sont aussi valables pour les travailleuses et travailleurs domestiques burundais, souvent employés dans des conditions non confortables, avec de bas salaires, désirant à tout moment se délier de la relation contractuelle. Leur engagement dans des organismes d'assurance ne leur serait profitable que si leurs conditions de travail sont améliorées, notamment par des salaires convenables et des garanties de stabilité d'emploi contraignantes à l'égard de l'employeur.

Section 4 : Les contraintes relatives au milieu dans lequel s'effectue le travail domestique

A la différence de la prestation faisant l'objet d'un « contrat de travail à domicile » et correspondant à un travail réalisé par un salarié « chez lui », le travail domestique est effectué au domicile de l'employeur. Les relations employeur-travailleur dans le travail domestique sont fondamentalement différentes de celles d'autres professions. La Commission d'experts

[133] B. DESTREMAU, *Op.cit*, p.30.

du BIT qualifie la relation d'« atypique» en raison du lieu de sa réalisation, à savoir un domicile privé[134].
Bien que le travail domestique soit spécifique par nature, il l'est d'autant plus que celui-ci est réalisé à domicile. Cet état de choses n'est pas sans incidence sur la jouissance et l'exercice de ses droits par le travailleur domestique, notamment le droit à l'accès aux soins de santé.

Le fait d'être logé et nourri au lieu de son travail et de voir confondre le lieu professionnel et personnel fait que le travailleur domestique bénéficie des soins médicaux, non pas comme un droit, mais plutôt comme une faveur de son employeur.

En effet, comme l'écrit A. D'SOUZA, s'il y a un secteur d'emploi où prédominent les attitudes féodales et paternalistes, c'est bien celui du secteur domestique. Beaucoup d'employeurs ne se considèrent pas comme des employeurs et ni leur domicile comme un lieu de travail. Ils pensent rendre service aux hommes et femmes pauvres et sans éducation qu'ils « accueillent » chez eux et considèrent que les services qu'elles rendent ne méritent pas nécessairement une rémunération[135].
A cela s'ajoute le fait que le travail domestique n'est pas considéré comme une activité « productive » du marché du travail dès lors que les tâches domestiques ont toujours été assurées par les femmes en tant que tâches non rémunérées dont elles se chargent normalement au sein du ménage[136].

La plupart des travailleurs domestiques avec lesquels nous avons eu un entretien disent qu'en cas de maladie, ils se font soigner à leurs frais. S'ils en bénéficient de la part de leur employeur, il n'est pas rare que celui-ci en fait la retenue lors du paiement du salaire.

L'isolement du travailleur domestique au domicile de son employeur engendre aussi des difficultés de plaintes et d'interventions auprès ou par les services compétents. En effet, au risque pris pour son emploi en cas de plainte par n'importe quel travailleur « isolé », le travailleur domestique ajoute le fait que l'appel à une intervention ou à un contrôle extérieur

---

[134] A. D'SOUZA, *Le travail domestique sur la voie du travail décent. Rétrospective de l'action de l'OIT*, BIT, Genève, 2010, p.21, disponible sur http://www.ilo.int/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_142906.pdf.
[135] A. D'SOUZA, *Le travail domestique sur la voie du travail décent. Rétrospective de l'action de l'OIT*, BIT, Genève, 2010, p.21, disponible sur http://www.ilo.int/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_142906.pdf., p.20.
[136] OIT, *Promouvoir l'intégration des travailleurs domestiques migrants en Europe. L'accès à la sécurité sociale pour les travailleurs domestiques migrants*, disponible sur *https://www.courses.itcilo.org*, consulté le 17/01/2021.

ne sera pas nécessairement suivi d'effet en raison, principalement, du fait que l'activité est développée au domicile privé de l'employeur.

« Certes, l'inspection du travail s'applique à toutes les situations d'emploi mais, dans la pratique, le domicile privé est en dehors du champ d'action des inspecteurs », souligne le dernier rapport mondial du BIT sur le travail forcé[137].

La Convention (n°81) de l'OIT indique que les inspecteurs du travail sont autorisés « à pénétrer librement sans avertissement préalable à toute heure du jour et de la nuit dans tout établissement assujetti au contrôle de l'inspection » ou « à pénétrer de jour dans tous les locaux qu'ils peuvent avoir un motif raisonnable de supposer être assujettis au contrôle de l'inspection » [138].

Toutefois, dans le cas d'un travail domestique, le consentement de l'employeur, de l'occupant ou d'une autorité judiciaire est généralement requis, en raison du principe de l'inviolabilité du domicile privé, principe ayant valeur constitutionnelle[139]. La Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) a ainsi rappelé que « les inspecteurs du travail doivent observer un strict respect de la vie privée »[140].

L'OIT considère que dans la situation actuelle, il n'est pas acquis que les inspecteurs du travail puissent visiter le lieu de travail des employés domestiques, même s'il est de notoriété publique que ce lieu est le théâtre d'un nombre impressionnant de violations de la législation du travail. Une recherche récente passant en revue les politiques et programmes de l'OIT concernant le travail domestique n'était guère plus optimiste à ce sujet : En principe, tous les lieux de travail doivent pouvoir être inspectés. […]. Dans le cas du domicile privé, cependant, le consentement de l'employeur, de l'occupant ou d'une autorité judiciaire est généralement requis[141].

---

[137] BIT, *Une alliance mondiale contre le travail forcé, rapport global en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail*, CIT, 937ème session, 2005.

[138] La Convention (n° 81) sur l'inspection du travail de1947 a été ratifiée par le Burundi par le D.L. nº 1/78 du 20 juillet 1971 portant Ratification de la Convention de l'Organisation Internationale du Travail n 81 sur l'Inspection du Travail, i*n BOB n°10/71,* p.367.

[139] L'art. 28 de la Constitution du 7/06/2018 prévoit que toute personne humaine a droit au respect de sa vie privée et de sa vie familiale, de son domicile et de ses communications personnelles.

[140] CEACR, *Commentaires sur les visites d'inspection*, BIT, Genève, 2006.

[141] BIT, *Domestic work: Better jobs, better care. A review of ILO policies and programmes*, Document du Conseil d'administration, GB 301/2, 301e session, disponible sur www.ilo.org, consulté le 17/05/2021.

La Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations a affirmé que les inspecteurs du travail doivent observer le respect strict de la vie privé. Aussi, le fait que les travailleurs sont géographiquement dispersés et que le travail domestique est considéré comme une activité comportant peu de risques professionnels situent pratiquement ce type d'activité au-delà du contrôle de l'inspection du travail[142].

En pratique, le consentement peut souvent être obtenu d'une manière ponctuelle en tablant sur la surprise d'une visite non annoncée.

Section 5 : Les contraintes relatives à la faiblesse des travailleurs domestiques

De façon générale, pour pouvoir revendiquer les droits dont il est titulaire, il est parfois nécessaire que le travailleur mène une relation relativement équilibrée avec son employeur. Or, le travail domestique se caractérise par un déséquilibre dans les relations de pouvoir entre employeur et le travailleur domestique.

Certes un tel constat est fait, de façon générale, en matière de relation de travail subordonnée. Le BIT explicite que, depuis longtemps la doctrine se réfère, en parlant du salarié, à « la partie faible au contrat »[143]. Il faut ici toutefois convenir d'une faiblesse à la fois spécifique et, le plus souvent, plus importante du travailleur domestique.

Plus fondamentalement, la faiblesse des travailleurs domestiques tient tout d'abord au fait qu'ils relèvent, en règle générale, de catégories de personnes vulnérables. En effet, comme il a été dit supra, les travailleurs domestiques sont issus des familles rurales, au bas niveau socio-économique, est sont souvent analphabètes ou à bas niveau d'études, qui sont à la recherche d'un emploi classé parmi les moins payés.

La jouissance du droit à l'accès aux soins de santé suppose que soient réunis un ensemble de critères sociaux favorables, dont les moyens matériels. Les groupes dits vulnérables ou en marge de la société, comme les travailleurs domestiques, sont souvent moins susceptibles de jouir du droit à l'accès aux soins de santé.

---

[142] BIT, *Domestic work: Better jobs, better care. A review of ILO policies and programmes*, Document du Conseil d'administration, GB 301/2, 301e session, disponible sur www.ilo.org, consulté le 17/05/2021.
[143] P. AUVERGNON, *Op.cit.*, p.13.

Par ailleurs, on ne peut que rappeler que les travailleurs domestiques sont des personnes pratiquement isolées. De ce fait, l'exercice solitaire de leur travail au domicile privé de leur employeur ne leur permet pas facilement de s'associer à d'autres travailleurs, de voir porter leurs réclamations ou revendications par un autre travailleur. Il leur est ainsi généralement impossible de faire respecter individuellement leurs droits.

A cela s'ajoute le fait que ces droits sont peu ou pas connus des travailleurs domestiques, suite aux difficultés d'accès à l'information et de se réunir, par exemple, en syndicats. Or, il est essentiel de comprendre le fondement juridique sous-jacent des droits de l'homme pour revendiquer l'application des droits et obligations[144].

L'accès ou non à l'information fait partie d'une multitude de facteurs qui influent sur les inégalités et les obstacles dans nos sociétés. L'accès à l'information est un droit indispensable dans la réalisation d'autres droits socio-économiques tangibles, comme le droit à l'accès aux soins de santé.

La réalisation du droit à l'accès aux soins de santé nécessite que les titulaires de ce droit aient un accès facile à l'information. Ainsi, les travailleurs domestiques ont besoin d'accéder à l'information liée aux politiques de santé, les mécanismes et services disponibles. L'accès limité aux services publics ou la fourniture limitée de ces services et leur niveau de qualité respectif empêchent de nombreuses personnes d'acquérir des informations concernant leur santé, leur sécurité, leur éducation, leur emploi, leurs droits, et leurs opportunités[145].

Les travailleurs domestiques se heurtent aux difficultés d'accès à l'information, ce qui est le corollaire du milieu atypique où s'exerce le travail domestique et de leur très bas niveau d'instruction.

Les difficultés d'organisation collective des travailleurs domestiques constituent aussi l'une des grandes faiblesses explicatives de l'état de déséquilibre des rapports avec les employeurs. Plus concrètement, beaucoup de travailleurs domestiques ne disposent tout simplement pas du temps nécessaire pour assister aux réunions. Actuellement, à l'instar d'autres organisations professionnelles, les organisations des travailleurs domestiques ne sont presque pas fonctionnelles.

---

[144] AFIC et *al.*, *Manuel de formation sur le droit à information pour les journalistes africains*, 2007, p.21/90, disponible sur http://library.fes.de/pdf-files/bueros/africa-media/15708.pdf, consulté le 26/10/2020.

[145] *Humanium*, *L'accès à l'information pour tou*s, disponible sur https://www.humanium.org/fr/acces-a-linformation-pour-tous-une-bonne-fois-our-toutes/, consulté le 17/05/2021.

Conclusion du chapitre

A partir de ce chapitre, nous avons constaté que plusieurs défis entravent la jouissance effective du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques burundais au même niveau que les travailleurs régis par la Code du travail. Parmi ces contraintes, figure le problème de l'état actuel du cadre légal. L'inexistence d'une loi spécifique applicable aux travailleurs domestiques hypothèque la mise en application du Code du travail pour cette catégorie de travailleurs qui ne peuvent pas jouir du droit aux soins de santé à travers les régimes de base prévus par la Code de la protection sociale.

Même si l'article 126 du Code de la protection sociale prévoit que les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis au régime des travailleurs mobiles et indépendants, ce régime n'est pas encore fonctionnel suite à l'inexistence d'un texte réglementaire qui en fixe les modalités de fonctionnement.

En outre, compte tenu de leur bas niveau socio-économique, il se pose la question de la capacité des ménages burundais à satisfaire aux cotisations par les employeurs, étant donné que la plupart d'entre eux ne jouissent pas de la couverture en soins de santé à travers les différents mécanismes de protection.

De même, la précarité de la relation contractuelle ne manque pas de susciter des problèmes de la pérennité de droits qui naîtraient de l'application de la législation sociale en faveur des travailleurs domestiques. En outre, étant réalisé auprès des ménages plutôt que dans des lieux de travail plus traditionnels, les droits reconnus aux travailleurs sont susceptibles de rester lettre morte suite aux difficultés d'inspection des lieux par les services publics compétents. A cela s'ajoutent les faiblesses des travailleurs domestiques qui, suite à l'ignorance et aux difficultés de s'organiser, sont incapables de revendiquer leurs droits.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de ce travail, nous nous sommes efforcé d'examiner le droit à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques burundais, à la lumière du droit international des droits de l'homme et du droit social. Les travailleurs domestiques sont indispensables pour plusieurs ménages urbains et permettent à ces derniers de vaquer, en toute liberté, à d'autres activités génératrices de revenus étant déchargées du travail qu'ils feraient normalement.

Malgré son importance considérable pour les ménages, le travail domestique n'est pas apprécié à sa juste valeur et est souvent exercé par de jeunes filles et jeunes gens souvent analphabètes ou à bas niveau d'études, issus des familles rurales au bas niveau socioéconomique. Se faisant embauchés sur base d'un contrat de travail non écrit et moyennant de faibles salaires, peu de travailleurs domestiques en font une carrière.

C'est dans cette précarité de relations que les travailleurs domestiques burundais doivent exercer et jouir des droits fondamentaux, dont le droit à l'accès aux soins de santé. A l'instar de toute personne humaine, les travailleurs domestiques sont sujets du droit international et se voient, à ce titre, reconnaître le droit à l'accès aux soins de santé par les instruments juridiques internationaux et régionaux auxquels le Burundi est partie.

Au niveau interne, depuis novembre 2020, un nouveau Code du travail est entré en vigueur. Néanmoins, le législateur a subordonné l'application de ce Code aux travailleurs domestiques à l'existence d'une loi particulière qui leur est applicable. L'inexistence juridique de cette loi spécifique aux travailleurs domestiques fait que ceux-ci soient exclus du champ d'application du Code du travail.

A cet effet, les travailleurs domestiques ne peuvent pas accéder aux prestations de soins de santé garantis par les régimes de base, dont le régime d'assurance maladie de base, le régime des risques professionnels et le régime des prestations familiales et qui sont gérés par les organismes publics.

Même si le Code de la protection sociale prévoit que les travailleurs domestiques sont potentiellement assujettis au régime des travailleurs mobiles et indépendants, ce régime n'est pas encore fonctionnel suite à l'inexistence d'un texte réglementaire qui en fixe les modalités de fonctionnement.

Le seul moyen pour les travailleurs domestiques de jouir du droit à l'accès aux soins de santé, par l'assurance maladie, consiste en l'usage de la Carte d'assistance maladie. Dans ces conditions, les organismes publics de gestion des régimes sociaux existants, comme l'INSS et la Mutuelle de la Fonction publique, ne sont pas encore ouverts aux travailleurs domestiques.

Dans la pratique, l'exercice et la jouissance du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques se heurtent à plusieurs contraintes, dont notamment, le cadre légal existant défavorable à la jouissance de ce droit, l'incapacité socio-économique des ménages employeurs, la faiblesse des travailleurs domestiques à réclamer leurs droits, la précarité de la relation contractuelle et l'isolement du travailleur domestique dû au milieu dans lequel ce travail s'exerce.

Face à tous ces défis, il convient d'émettre des suggestions allant dans le sens de rendre effective la jouissance du droit à l'accès aux soins de santé par les travailleurs domestiques.

A l'égard du gouvernement :

- Mettre en place des mesures d'application du Code du travail et du Code de la protection sociale, en vue de permettre aux travailleurs domestiques de jouir du droit à l'accès aux soins de santé au même titre que les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code du travail ;
- Faire en sorte que la mise en place envisagée d'une loi spécifique aux travailleurs domestiques n'ait pas pour effet d'amoindrir, pour ces derniers, les droits déjà reconnus aux travailleurs régis par le Code du travail ;
- Réglementer de nouveau le salaire minimum interprofessionnel garanti et faire en sorte qu'il s'applique aux travailleurs domestiques ;
- Ratifier les conventions et les recommandations de l'OIT relatives à l'accès aux soins de santé pour les travailleurs domestiques, notamment la convention (n°189) et la recommandation (n°201) concernant les travailleuses et travailleurs domestiques.

A l'égard des employeurs domestiques :

- Supporter entièrement les soins de santé pour les travailleurs domestiques qu'ils emploient ;
- Permettre aux travailleurs domestiques de s'affilier aux syndicats et aux autres organisations professionnelles ;

A l'égard des travailleurs domestiques :

- S'informer sur les droits qui découlent du contrat de travail, en s'affiliant à des syndicats et aux autres organisations de promotions des droits des travailleurs,
- Réclamer la mise en place d'une loi spéciale de nature à leur permettre d'être soumis aux dispositions du Code du travail.

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A. Les instruments juridiques universels et régionaux

1. La Recommandation (n°69) sur les soins médicaux du 12 mai 1944, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 627-637.
2. La Constitution de l'OMS du 22 juillet 1946, in *Documents fondamentaux*, OMS, 49ème éd., 2020, pp. 1-20.
3. La Convention (n° 81) sur l'inspection du travail, 1947, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 141-148.
4. La Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, *in Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 11-16.
5. La Convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum) du 28 juin 1952, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 567-590.
6. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966, *in Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 40-50.
7. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale du 21 décembre 1965, in *Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 160-172.
8. La Convention (no 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie du 25 juin 1969, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 612-624.
9. La Recommandation (n°134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie du 25 juin 1969, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 625-626.
10. La Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978, disponible sur https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/.
11. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979, *in Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 174-185.
12. La Charte africaine des droits de l'homme et de peuples du 27 juin 1981, in *Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 766-780.

13. La Convention internationale relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, in *Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 196-215.
14. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant de 1990, in *Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème éd., Bruxelles, 2005, pp. 802-818.
15. La Déclaration et Programme d'action de Vienne du 25 juin 1993, disponible sur https://www.ohchr.org/FR/ABOUTUS/Pages/ViennaWC.aspx.
16. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac du 21 mai 2003, *disponible sur https://www.who.int/fctc/about/fr/.*
17. La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme du 19 octobre 2005, disponible sur https://fr.unesco.org/themes/%C3%A9thique-sciences-technologies/bioethique-droits-humains.
18. Le Règlement sanitaire international de 2005, disponible sur https://www.who.int/ihr/legal_issues/Brief_introduction_to_legislative_implementation_fr.pdf?ua=1.
19. La Convention (n°189) de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques du 16 juin 2011, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp.1074-1080.
20. La Recommandation (n° 201) sur les travailleuses et travailleurs domestiques du 16 juin 2011, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail,* BIT, Genève, 2015, pp. 1080-1085.
21. La Recommandation (n°202) sur les socles de protection sociale du 14 juin 2012, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 604-609.
22. La Recommandation (n°204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle du 12 juin 2015, *in Recueil des conventions et recommandations internationales du travail*, BIT, Genève, 2015, pp. 1103-1113.

B. Les textes législatifs et réglementaires internes

1. La Constitution du 7 juin 2018, inédit.
2. Le décret-loi n°1/78 du 20 juillet 1971 portant ratification par le gouvernement du Burundi de certaines conventions de l'Organisation internationale du travail, *in BOB*, n°10/71, p 367.
3. Le décret-loi n°1/037 du 7 juin 1993 portant révision du Code du travail du Burundi, *in BOB*, n°9/93.

4. La loi n°1/010 du 16 juin 1999 portant code de la sécurité sociale, *in BOB*, n°7/99.
5. La loi n°1/12 du 12 mai 2020 portant code de la protection sociale au Burundi, *in BOB, n°5bis/2020*.
6. La loi n°1/11 du 24 novembre 2020 portant révision du décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi, *in BOB n°11Ter/2020*.
7. L'arrêté n° 01/VP2/2012 du 25/01/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale (CAM) au Burundi, inédit.
8. Le décret n°100/107 du 27 juin 1980 portant statut de la Mutuelle de la fonction publique, inédit.
9. Le décret n° 100/193 du 18 octobre 1989 portant modification des statuts de la mutuelle de la fonction publique, *in BOB n°11/89*, pp.340-344.
10. Le décret n° 100/034 26 février 1990 réorganisation de l'Institut national de sécurité sociale, *in BOB, 1990, n°4.*
11. L'ordonnance ministérielle n°650/116/88 du 30 avril 1988 portant fixation du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) dans le secteur structurel de l'économie nationale, *in BOB*, n°9/88.

C. Les ouvrages généraux, thèses, mémoires et articles

1. ADAY A. et DONABEDIAN A., *Conception et définition de l'accès aux soins de santé* [en ligne] Rwanda : Doc Mémoire online d'BAYEGE Innocent. Mise à jour : 2005 [réf. Du 01/07/2013].
2. AUVERGNON, P., *Le travail domestique sur le chemin du travail décent ?* J.-L. Gil y Gil. Mi- graciones internacionales e impacto de la crisis económica: Compromisos de la OIT, Juruá Editora, 2013, 310 p.
3. BARBAR*, M., Le concept de santé publique devant l'OMC face au droit à la santé publique de l'OMS : le cas des médicaments génériques*, Université du Québec à Montréal, Mémoire de master, Québec, 2006, 203 p.
4. BELANGER, M., *Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne*, Journal international de bioéthique, Vol. 9, n°3, 1998, 59 p.
5. BÉLANGER, M., *Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits : 1981-2011)*, LEH, Bordeaux, 2012
6. BINET, C., *200 questions d'actualité sanitaire et sociale*, édition 2017 revue et augmentée, Studyrama, Paris, 2017, p. 28.

7. BIOY X., *Le droit à l'accès aux soins : un droit fondamental ? L'accès aux soins*, Actes du colloque n°8, Presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, Toulouse, 2010, p.42.
8. BOUKOULOU, Ph., *Le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas de la République du Congo*, Droit. Université de Bordeaux, Thèse, 2017, 703 p.
9. CARRIN, G., *L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent, Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 55, 2/2002, Editions scientifiques européennes, Berne, 2002, 14 p.
10. CEACR, *Commentaires sur les visites d'inspection*, BIT Genève 2006.
11. CHIBAUDEL, Q., *Personnes en situation de handicap mental avançant en âge - Accès aux soins à travers l'étude de l'accessibilité des dispositifs médicaux en EHPAD*, Université de Bordeaux, Thèse, Bordeaux, 2018, 404 p.
12. COGNET, M., GABARRO, C. et ADAM-VEZINA, E, *Entre droit aux soins et qualité des soins, Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 19 avril 2019.URL : http://journals.openedition.org/hommesmigrations/443 ; DOI : 10.4000/ hommes migrations.443
13. CRISMER, A. et al., *Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne, Santé Publique*, Paris, 1016, 379 p.
14. D'SOUZA A., *Le travail domestique sur la voie du travail décent. Rétrospective de l'action de l'OIT*, BIT, Genève, 2010, 118 p.
15. DAGRON, S., *Le droit à la santé, un droit internationalement protégé*. In: Société française pour le droit international. Santé et droit international. Paris : A. Pedone, 2019, 72 p.
16. DESLAURIER, C., *Des « boys » aux « travailleurs de maison » au Burundi, ou le politique domestiqué*. Politique africaine n°154, 26 p.
17. DESTREMAU, B., *Emploi domestique, vulnérabilité, pauvreté*, Revue Quart Monde [En ligne], 195 | 2005/3, mis en ligne le 01 mars 2006, consulté le 15 juillet 2021. URL : https://www.revue-quartmonde.org/367
18. FOE NDI, C, *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun*, Thèse, Université d'Avignon, Université d'Avignon, Thèse, 2019, 448 p.
19. GASSAMA, A., *Les marchés du travail domestique au Sénégal*, Innovations, 2005/2 (n° 22), p. 171-184

20. GEERAERT, J., *La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXe siècle,* Sociologie, Université Sorbonne, Thèse, Paris, 568 p.
21. GRÜNDLER, T., *Le juge et le droit à la protection de la santé. Revue de droit sanitaire et social*, Sirey, Dalloz, 2010, pp.835-846. hal-01674384.
22. GUEMATCHA, E., La justiciabilité du droit à la sante en Afrique : Les décisions de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Paris, 2018, 14 p.
23. GUINCHARD, S.et DEBARD, *T., Lexique des termes juridiques*, 25ème éd., Dalloz, Paris, 2158 p.
24. LOMBRAIL, P. et PASCAL, J., Inégalités sociales de santé et accès aux soins, *Les*
25. LOMBRAIL, P., *Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2007, vol 55 (1)
26. MOUBE, M., *Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès équitable aux soins de santé : le cas des travailleurs de l'informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité,* Université de Montréal, Thèse, 2016, 367 p.
27. NIBIGIRA, F., *La problématique de la jouissance et de l'exercice des droits du travail par les employés domestiques : cas de la mairie de Bujumbura*, UB, Chaire UNESCO, DESS, Bujumbura, 2015, 102p.
28. PHITKHAE, N., *L'accès aux soins : comparaison des systèmes français et thaïlandais*, Université de Toulouse, Thèse, 2014, 602 p.
29. SOUNDA, L., *L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé*, Université de Lorraine, Thèse, Paris, 2018, 381p.
30. *Tribunes de la santé*, 2005, p.35.
31. ZHOURI, F.P., *L'accès aux soins de santé en France et au Brésil par la coordination entre assurance étatique et assurance privée*, Université Paris VIII Vincennes – Saint Denis, Thèse, 2019, 530 p.

D. Les rapports

1. BIT, *Emploi et protection sociale dans le secteur informel*, GB.277/ESP/1/2, 277ème session, Genève, 2000, 19 p.
2. BIT, Évaluation technique pour la mise en place d'un Socle de protection sociale au Burundi, Genève, 2014, 84 p.

3. BIT, *La protection sociale de la santé : Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé : document de nature consultative. Questions de Protection sociale ; Document de réflexion 19*, Bureau international du Travail, Genève 2007, 100 p.
4. BIT, *Le travail des enfants : Manuel d'information*, 1ère éd., Genève, 1987.
5. IDAY et Terres des hommes, Rapport sur le travail domestique, en particulier des enfants, au Burundi, 2015, 85 p.
6. IPEC, *Coup de main ou vie brisée ? Comprendre le travail domestique des enfants pour mieux intervenir*, Genève, 2004.
7. Ministère français des Affaires étrangères, Rapport d'une réunion : Plaidoyer en faveur de l'accès aux soins et partage des expériences 29 novembre - 1er décembre 2001, Paris, 148 p.
8. MSPLS, *Etude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport de synthèse*, Bujumbura, 2014, 217 p.
9. OIT, *Travail des enfants : l'intolérable en point de mire*, Genève, novembre 1996. 30 OIT, Stratégies
10. OMS, *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*, Genève, 2005
11. PARCEM, *Les principaux indicateurs socio-économiques au Burundi*, Bujumbura, 2015, 24 p.
12. REYNAUD, E., *L'extension de la couverture de la sécurité sociale : la démarche du Bureau international du Travail*, ESS Document no 3, Genève, BIT, Genève, 2003, 30p.

E. Quelques sites web visités

1. http://www.memoireonline.com/07/08/1302/m_contribution_mutuelles_santé_accessibilite_population_services_de_sante3html
2. https://www.belgium.be/fr/emploi/contrats_de_travail/types_de_contrats/autres_types_de_contrats/travail_domestique
3. https://www.ilo.org
4. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health, consulté le 13/07/2021.
5. https://www.ohchr.org/FR/Pages/Home.aspx

LES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'enquête pour les travailleurs domestiques

1. **Identification du travailleur domestique**
   a) Nom et prénom :
   b) Age :
   c) Sexe :
   d) Niveau de formation :
   e) Province d'origine :
   f) Commune d'origine :
   g) Quartier où il travail :

2. **Forme du contrat de travail**
   a) Ecrit ou verbal
   b) A durée déterminée ou à durée indéterminée

3. **Questions sur le sujet**

   a) A quel âge avez-vous commencé le travail domestique ?
   b) Pour combien de ménages avez-vous déjà travaillé jusqu'aujourd'hui ?
   c) Habitez-vous chez votre employeur ?
   d) Depuis combien de temps êtes-vous engagé chez votre employeur ?
      - Moins de 3 mois
      - Plus de 3 mois
      - Moins de 6 mois
      - 6 mois
      - Plus de 6 mois
      - Une année
      - Plus d'une année (à préciser)

   e) Quelle est la fonction de votre employeur ?
      - Fonctionnaire
      - Commerçant
      - Autre

   f) Etes-vous déjà tomber malade au cours de votre profession de travailleur domestique ?

➢ Si oui, combien de fois ?
   - Une fois

- Plus d'une fois

g) Vous-êtes-vous fait soigner ?

h) Dans quelle structure de soins vous êtes-vous rendu ?

- Centre de santé public
- Centre de santé privé
- Hôpital public
- Hôpital privé
- Autres

i) Qui a supporté les frais pour vos soins de santé

- Moi-même
- Mon employeur
- Ma famille d'origine
- Autres

j) Etes-vous tombé malade pendant que votre employeur connaissait que vous avez sur vous de l'argent ?

Si oui, a-t-il supporté les frais pour vos soins de santé ?

- Oui
- Non

k) Etes-vous déjà tombé malade pendant qu'il apparaît que votre employeur a des difficultés financières ?

- Oui
- Non

l) Qui a alors dû supporter les charges pour vos soins de santé ?

- Moi-même
- Mon employeur
- Ma famille d'origine
- Autres

m) Etes-vous tombé malade pendant que votre employeur connaissait que vous n'avez pas sur vous de l'argent ?

- Si oui, a-t-il supporté les frais pour vos soins de santé ?
- Oui

- Non

n) L'employeur qui a supporté vos soins de santé vous en a-t-il exigé le remboursement lors du paiement de votre salaire ?

o) S'il advient que vous tombez malade au cours de votre emploi domestique, qui, selon vous, doit supporter les charges y relatives ?
   - J'estime qu'il m'appartient de me faire soigner à mes frais.
   - J'estime qu'il appartient à ma famille d'origine de me faire soigner.
   - J'estime que mon employeur doit me faire soigner à ses frais.

p) Etes-vous au courant du cadre légal pour les travailleurs salariés au Burundi ?

q) Seriez-vous informé de l'état actuel du cadre légal pour les travailleurs domestiques au Burundi ?

r) Etes-vous informé des mécanismes mis en vigueur par le gouvernement burundais pour permettre à la population en général d'avoir un accès facile aux soins de santé ?
   - Oui
   - Non

s) Etes-vous informé de l'existence de la carte d'assistance maladie ?
   - Oui
   - Non

t) Disposez-vous de la carte d'assistance maladie ?
   - Oui
   - Non

u) Si oui, qui vous en a procuré
   - Moi-même
   - Mon employeur
   - Ma famille d'origine
   - Autres

v) Si oui, vous êtes-vous déjà servi de la carte d'assistance médicale pour vos soins de santé ?
   - Oui
   - Non

w) Avez-vous rencontré des difficultés dans les structures de soins avec l'usage de la carte d'assistance médicale ?
   - Oui (préciser lesquelles)

- Non

4. Degré de satisfaction des conditions générales de travail, de l'exercice et de la jouissance du droit à la santé

a) Etes-vous satisfait de la façon dont vous êtes traité ou des conditions de travail chez votre employeur ?
   - Très satisfait
   - Satisfait
   - Ni satisfait, ni insatisfait
   - Peu satisfait
   - Pas du tout satisfait

b) Etes-vous satisfait du nombre d'heures par jour dont vous bénéficiez pour votre repos ?
   - Très satisfait
   - Satisfait
   - Ni satisfait, ni insatisfait
   - Peu satisfait
   - Pas du tout satisfait

c) Pensez-vous que les conditions dans lesquelles vous exercez la travail domestiques (conditions liées à l'alimentation, au logement, aux heures de travail, etc.) aient déjà eu des conséquences sur votre santé ?
   - Oui
   - Non

d) Etes-vous satisfaits de la façon dont vous êtes traités par votre employeur en cas de maladie ?
   - Très satisfait
   - Satisfait
   - Ni satisfait, ni insatisfait
   - Peu satisfait
   - Pas du tout satisfait

e) Pensez-vous que les conditions dans lesquelles vous exercez la travail domestique ont déjà eu des conséquences sur votre état de santé ?
   - Très satisfait
   - Satisfait

- Ni satisfait, ni insatisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 2 : Questionnaire d'enquête pour les employeurs domestiques

1. **Identification**

a) Nom et prénom :
b) Commune de résidence :
c) Zone de résidence :
d) Quartier de résidence :
e) Profession :

2. **Questions sur le sujet**

a) Etes-vous en lien contractuel avec un/une travailleur(se) domestique ?
   i. Oui Non
b) Quel âge a-t-il/elle ?

c) Quel est son sexe ? Masculin Féminin

d) Estimez-vous qu'il/elle satisfait(e) des conditions générales dans lesquelles il/elle travaille chez vous ?

   Oui Non Je ne sais pas

e) Combien d'heures travaille-t-il/elle par jour ?

   8heures - plus de 8 heures - je ne sais pas

f) Bénéficie-t-il/elle des heures de repos ?

   Oui Non Je ne sais pas

g) Si oui combien d'heures pour son repos ?

   Moins de 2 heures 2 heures plus de 2 heures Je ne sais pas

h) Estimez-vous qu'il/elle satisfait (e) du nombre d'heures de travail ?

   Oui Non Je ne sais pas

i) Estimez-vous qu'il/elle satisfait (e) du temps de repos ?

   Oui Non Je ne sais pas

j) Estimez-vous que votre travailleur (se) domestique est satisfait (e) des conditions de son alimentation chez vous ?
   Oui Non Je ne sais pas

k) Estimez-vous que votre travailleur (se) domestique est satisfait (e) des conditions de logement chez vous ?

Oui Non Je ne sais pas

l) Votre travailleur (se) domestique est-il/elle membre d'une ou de plusieurs associations des travailleurs domestiques ?

Oui Non Je ne sais pas

m) Si oui, bénéficie-t-il du temps suffisant pour participer aux réunions organisées par ces associations ?

Oui Non Je ne sais pas

n) Votre employé(e) domestique est-t-il/elle déjà tombé malade chez vous ?

Oui Non

o) Si oui, combien de fois ?

- Une fois
- Plus d'une fois

p) S'est-il/elle fait soigner ?
Oui Non

q) Si oui, dans quelle structure de soins s'est-il/elle fait soigner ?

- Centre de santé public
- Centre de santé privé
- Hôpital public
- Hôpital privé
- Autres

r) Qui a supporté les charges pour ses soins de santé

- Moi-même
- Lui-même/elle-même
- Sa famille d'origine
- Autres

s) Est-il arrivé qu'il/elle tombe malade pendant que vous étiez au courant qu'il/elle dispose de l'argent sur lui/elle ?

Oui Non

t) Si oui, a-t-il/elle supporté les frais pour ses soins de santé ?
Oui Non

u) Si non, qui a supporté les frais pour ses soins de santé ?
- Moi-même
- Lui-même/elle-même
- Sa famille d'origine
- Autres
- Je ne sais pas

v) Votre travailleur domestique est-il/elle déjà tombé malade pendant que vous aviez des difficultés financières qui impactent la satisfaction de vos besoins fondamentaux en famille ?

Oui Non

w) Si oui, qui a alors dû supporter les charges pour vos soins de santé

- Moi-même
- Lui/elle-même
- Ma famille d'origine
- Autres
- Je ne sais pas

x) S'il arrive que vous payiez les soins de santé pour votre travailleur domestique malade, en exigez-vous le remboursement lors du paiement de son salaire ou faites-vous une retenue du montant correspondant sur le salaire ?

Oui Non

y) En cas de maladie de votre travailleur domestique, qui, selon vous, doit supporter les charges y relatives ?

- J'estime qu'il m'appartient de le/la faire soigner à mes frais.
- J'estime qu'il appartient à sa famille d'origine de le/la faire soigner.
- J'estime qu'en sa qualité de travailleur, il doit se faire soigner.
- Etes-vous au courant du cadre légal pour les travailleurs salariés au Burundi ?

z) Seriez-vous informé de l'état actuel du cadre légal pour les travailleurs domestiques au Burundi ?

aa) Etes-vous informé des mécanismes mis en vigueur par le gouvernement burundais pour permettre à la population en général d'avoir un accès facile aux soins de santé ?

Oui Non Je ne sais pas

bb) Etes-vous informé des mécanismes mis en vigueur par le gouvernement burundais pour permettre à la population de se faire soigner ?

Oui Non

cc) Etes-vous informé de l'existence de la carte d'assistance maladie (CAM) ?

Oui Non

dd) Votre travailleur domestique dispose-t-il/elle de la carte d'assistance maladie ?

Oui Non Je ne sais pas

ee) Si oui, qui lui en a procuré
- Lui/elle-même
- Moi-même
- Sa famille d'origine
- Autre
- Je ne sais pas

ff) S'il dispose de cette CAM, s'en est-il/elle déjà servi pour ses soins de santé ?

Oui Non Je ne sais pas

gg) Votre travailleur domestique aurait-il déjà rencontré des difficultés dans les structures de soins lors de l'usage de la CAM ?
- Oui (préciser lesquelles)
- Non
- Je ne sais pas

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION