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

De l’accessibilité aux soins de santé au Burundi : le rôle des mutuelles communautaires de sante

MINANI, Elias; Sous la directionde : Prof. Frédéric NTIMARUBUSA

2022-06
UB
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/518

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES SCIENCES POLITIQUES ET JURIDIQUES

==========

DE l'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI : LE ROLE DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE

Par :
Elias MINANI

Mémoire

présenté en vue d'obtenir le Diplôme de Master en Droits de l'Homme et Résolution Pacifique des Conflits

==========

Sous la direction de :

Prof. Frédéric NTIMARUBUSA

Bujumbura, Juin 2022

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

1. Président : Prof. BARAMBONA Jean Marie

2. Directeur : Prof. NTIMARUBUSA Frédéric

3. Rapporteur : Prof. NUKURI Emery

DEDICACE

A nos regrettés père et mère ;

A notre épouse Sylvie NIYONSAVYE ;

A notre fils Owen Kenzo Davy IGIRANEZA ;

A nos frères et sœur ;

A nos cousins et cousines.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous tenons à saluer très respectueusement les efforts de toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Nous sommes très reconnaissants envers notre Directeur de mémoire, Professeur Fréderic NTIMARUBUSA, pour avoir accepté spontanément de diriger ce travail : ses qualités humaines, ses sages conseils et sa disponibilité nous ont été d'une importance capitale.

Que nos remerciements parviennent aussi à tous les enseignants de l'Université du Burundi, et plus particulièrement ceux du Master Complémentaire en Droits de l'Homme et Résolution pacifiques des Conflits pour la formation qu'ils nous ont donnée.

Nous adressons aussi nos remerciements aux différents services qui nous ont facilités l'accès à la documentation, à savoir la bibliothèque centrale de l'U.B.et la bibliothèque de l'école doctorale de l'Université du Burundi.

Nous remercions également la PAMUSAB pour nous avoir facilités l'accès à ses archives pour la réalisation de ce travail.

A tous et à chacun, nous disons merci.

RESUME

L'effectivité du droit à la santé exige que ses titulaires accèdent aux soins de santé. Cependant les indicateurs de santé au Burundi sont au rouge[1]. Plus de 90% des burundais craignent de se faire soigner par peur de se retrouver incapables de payer la facture des soins suite à une situation de précarité sociale et économique qui ne leur permet pas de faire face aux besoins de la vie[2]. D'autres jouissent d'un système public de couverture de soins. Pour parer à ce problème, le gouvernement du Burundi a adopté en avril 2011 une politique nationale de protection sociale qui a pour objectif d'étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population. Parmi ces initiatives figure la création et la sensibilisation de la population à adhérer dans des mutuelles communautaires de santé.

Cette étude porte sur le rôle des mutuelles communautaires de santé membres de la plateforme des acteurs des mutuelles au Burundi (PAMUSAB) pour l'accessibilité aux soins de santé. Selon l'entretien avec les acteurs de ces mutuelles mené en avril 2022, il a été découvert que les membres des mutuelles de santé communautaire accèdent aux soins de santé de qualité grâce à la mutualisation de risques et d'un dialogue permanent avec les prestataires de soins.

Même si ces mutuelles couvrent toutes les provinces du pays avec un total de 20.312 ménages assurés et 99.560 bénéficiaires, le taux de pénétration dans la population reste faible. Il est de 0,8%[3]. Plusieurs facteurs dont le manque de culture de prévoyance, la juxtaposition concurrentielle des mécanismes et le manque d'obligation à l'assurance-maladie sont à l'origine de cette situation. Les modèles adoptés par d'autres pays comme la Belgique et la France en Europe, le Rwanda et le Sénégal en Afrique pourraient inspirer le Burundi. En effet, ces pays ont rendu obligatoire l'assurance maladie avec une forte implication des institutions publiques et les résultats ont été satisfaisants.

Le Burundi devrait donc suivre le modèle des autres pays qui ont réussi l'implantation des mutuelles, une panacée à l'accessibilité aux soins de santé. Compte tenu du faible taux de pénétration des mutuelles communautaires de santé dans la population burundaise, quelques recommandations à l'endroit de plusieurs acteurs ont été émises notamment le renforcement de la promotion des mutuelles de santé à travers tout le pays par la sensibilisation de la population.

---

[1] NDEREYIMANA A., *la problématique de la mise en œuvre des droits économiques et sociaux : cas du droit à la santé au BURUNDI*, mémoire pour DESS, 2007, p.6.

[2] Document de politique nationale de protection sociale au Burundi, p. 3.

[3] Note sur le taux de pénétration des mutuelles de santé membres de la PAMUSAB pour l'année mutualiste 2020, inédit.

ABSTRACT

The effectiveness of the right to health requires that its holders have access to health care. However, health indicators in Burundi are red.

Many Burundians are afraid to seek treatment for fear of finding themselves unable to pay the healthcare bill, others enjoy a public healthcare coverage system, but the majority of Burundians are faced with a situation of social and economic precariousness which does not allow them to meet health needs.

To address this problem, the government of Burundi adopted in April 2011 a national social protection policy which aims to extend social protection coverage to the entire population. Among these initiatives is the creation and sensitization of the population to join community health mutuals.

This study focuses on the role of community health mutuals that are members of the platform of mutual insurance actors in Burundi (PAMUSAB) for accessibility to health care. According to the interview with the actors of these mutuals, it was discovered that the members of the community health mutuals have access to quality health care thanks to the pooling of risks and a permanent dialogue with the care providers.

Even if these mutuals cover all the provinces of the country with a total of 20,312 insured households and 99,560 beneficiaries, the penetration rate in the population remains low. It is 0,8%. Several factors, including the lack of a provident culture, the competitive juxtaposition of mechanisms and the non-obligation of health insurance are at the root of this situation.

The models adopted by other countries such as Belgium in Europe and Rwanda in Africa could inspire Burundi. Indeed, these countries have made health insurance compulsory with a strong involvement of public institutions and the results have been satisfactory. Burundi should therefore follow the model of other countries that have successfully implemented mutual insurance, a panacea for accessibility to health care.

Given the low penetration rate of community health mutuals in the Burundian population, some recommendations to several actors have been issued, in particular the strengthening of the promotion of mutual health insurance throughout the country by raising awareness among the population.

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i

DEDICACE.. ii

REMERCIEMENTS iii

RESUME….. iv

ABSTRACT…… v

TABLE DES MATIERES vi

SIGLES ET ABREVIATIONS xi

AVANT-PROPOS xiii

INTRODUCTION GENERALE 1

A. Intérêt du choix du sujet 3

B. Délimitation du sujet 3

C. Problématique 4

D. Hypothèse 4

E. Méthodologie 5

F. Articulation du sujet 5

CHAPITRE I. LES SOURCES DU DROIT A LA SANTE 6

Section1. Les instruments universels de droits de l'homme 7

§1. La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) 7

§2. La Constitution de l'OMS 10

§3. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) 10

§4. La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale 12

§5. Convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes 13

§6. La Convention relative aux droits de l'enfant 14

§7. Convention relative aux droits des personnes handicapées 15

§8. La déclaration de Vienne 15

Section 2. Les instruments régionaux de droits de l'homme 16

§1. La charte sociale Européenne 16

§2. La charte Africaine des droits de l'homme et des peuples 17

§3. Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de Sun Salvador de 1988) 17

§4. La déclaration Américaine des droits et devoirs de l'homme 18

Section 3.Les sources de droit interne 18

§1. La constitution 18

§2. Les lois et règlements 19

CHAPITRE II. ETAT DES LIEUX DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE AU BURUNDI 21

Section 1. Définitions, historique et principes directeurs des mutuelles communautaires de santé 21

§1. Définitions 21

1. Les mutuelles de santé 21

2. L'adhérent, membre, titulaire ou assuré 22

3. Bénéficiaire (ou personne couverte) 22

4. L'accessibilité 23

5. Convention entre une Mutuelle de santé et un prestataire de soins 23

6. Cotisation 23

7. Paquet Minimum d'Activités (PMA) 23

8. Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) 24

9. Période d'attente ou période probatoire 24

10. Santé 24

11. Le Ticket modérateur 25

§2. Historique des mutuelles communautaires de santé au BURUNDI 25

§3. Les Principes directeurs des mutuelles communautaires de santé 26

1. La solidarité 27

2. Le fonctionnement démocratique et participatif 27

3. Autonomie et liberté dans le respect des lois 27

4. But non lucratif 27

5. Epanouissement de la personne 28

6. La responsabilité des membres 28

7. Dynamique d'un mouvement social 28

Section 2. Modalités de fonctionnement, les services couverts et le taux de pénétration des mutuelles communautaires de santé 29

§1. Les modalités de fonctionnement 29

1. Le droit d'adhésion 29

2. La cotisation 30

§2. Services couverts par les mutuelles communautaires de santé 30

1. Au niveau du centre de santé 30

2. Au niveau de l'hôpital du district 31

a. Soins hospitaliers 31

b. Soins spécialisés 31

§3. Le ticket modérateur et taux de pénétration 31

1. Ticket modérateur 31

2. Le taux de pénétration 32

Section 3. La contribution des mutuelles communautaires de santé pour l'amélioration de la santé et de la qualité des soins 35

§1. La contribution des mutuelles communautaires de santé pour l'amélioration de la qualité des soins 35

§2. La contribution des mutuelles communautaires de santé pour l'amélioration de la santé 36

CHAPITRE III. LES MODELES ADOPTES PAR D'AUTRES PAYS : QUELLE INSPIRATION POUR LE BURUNDI ?..... 38

Section1. Le modèle européen 38

§1. Le système belge 39

1. La subdivision des mutuelles belges 39

a. La mutualité Neutre.....39

b. La mutualité Chrétienne 40

c. La mutualité Socialiste.....40

d. La mutualité Libérale.....40

2. De l'assurance volontaire à l'assurance obligatoire 40

3. Implication des institutions publiques dans la gestion de la mutualité belge 41

4. La gestion administrative de l'Institut national d'assurances maladie invalidité (INAMI) ..42

§2. Le système français.....43

1. Historique des mutuelles françaises 43

2. La subdivision des mutuelles françaises.....44

a. Les mutuelles interprofessionnelles.....45

b. Les mutuelles de la fonction publique d'Etat.....45

c. Les mutuelles de la fonction publique territoriale 45

3. Implication de l'Etat dans la gestion de la mutualité française.....46

4. Les fédérations de la mutualité française.....46

a. La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF 46

b. La Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM).....47

Section 2. Le modèle africain.....48

§1. Le système Rwandais 48

1. Historique des mutuelles au Rwanda 49

2. Couverture géographique en mutuelles de santé 50

3. Fonds National de garantie des mutuelles de santé 50

4. Structure organisationnelle des mutuelles de santé 51

5. La politique de développement des mutuelles 52

§2. Le système sénégalais.....52

1. L'historique des mutuelles sénégalaises 52

2. Le rôle de l'état dans la promotion des mutuelles 53

3. Le plan quinquennal de développement des mutuelles de santé.....54

4. Le taux de pénétration des mutuelles communautaires au Sénégal 54

CONCLUSION GENERALE 56

BIBLIOGRAPHIE 60

ANNEXE 65

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMADE	: Association Burundaise des Amis de l'Enfance
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CDS	: Centre de Santé
CIDR	: Centre International de Développement et de Recherche
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
DCP	: Droits Civils et Politiques
DESC	: Droits Economiques, Sociaux et Culturels
DUDH	: Déclaration Universelle des droits de l'Homme et Culturels
FEMUSCABU	: Fédération des Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi
FNIM	: Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles
FNMF	: Fédération Nationale de la Mutualité Française
FVS/AMADE	: Famille pour Vaincre le SIDA-Association Mondiale des Amis
INAMI	: Institut d'Assurance Maladie Invalidité.
ISTEEBU	: Institut de Statistique et d'Etudes Economiques du Burundi
MCS	: Mutuelle Communautaire de Santé
MEMISA	: Medical Missionary Action
MTT	: Mutuelle TUZOKIRATWESE
MUNASA	: Mutuelle Nationale de Santé
MUSCABU	: Les mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
Op.cit	: Operecitato (ouvrage déjà cité)
PAMUSAB	: Plateforme des Acteurs des Mutuelles au Burundi
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PIDCP	: Pacte International relatifs aux Droits Civils et Politiques
PIDESC	: Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux

	et Culturels
PHR	: Partners for Health Reform
PMA	: Parquet Minimum d'Activités
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PROMUSCABU	: Promotion des Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi
RTNU	: Recueil des Traités des Nations Unies
UB	: Université du Burundi
UCODE	: Union pour la Coopération et le Développement
USAID	: United State Agency for International Development
STEP/ BIT	: Stratégies et Techniques contre L'Exclusion Sociale et la Pauvreté du Bureau International du Travail

AVANT-PROPOS

Le gouvernement du Burundi a adopté en avril 2011 une politique nationale de protection sociale qui a pour objectif d'étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population. Parmi ces initiatives figure la création et la sensibilisation de la population à adhérer dans des mutuelles communautaires de santé.

En effet, les membres des mutuelles de santé communautaire accèdent aux soins de santé de qualité grâce à la mutualisation de risques et d'un dialogue permanent avec les prestataires de soins.

Bien que ces mutuelles couvrent toutes les provinces du pays avec un total de 20.312 ménages assurés et 99.560 bénéficiaires, le taux de pénétration dans la population reste faible. Il est de 0,8%. Plusieurs facteurs dont le manque de culture de prévoyance, la juxtaposition concurrentielle des mécanismes et le manque d'obligation à l'assurance-maladie sont à l'origine de cette situation

La réponse à cette problématique est de suivre les modèles adoptés par d'autres pays comme la Belgique et la France en Europe, le Rwanda et le Sénégal en Afrique qui ont rendu obligatoire l'assurance maladie avec une forte implication des institutions publiques.

INTRODUCTION GENERALE

Lorsque l'on parle des droits de l'homme, il y a un droit des droits : celui qui touche directement à ce qu'il y a de plus cher, le corps même de l'individu, qui touche à son âme, à son groupe, à ses concitoyens, à ses semblables.

Ce droit qui est inscrit en premier ligne sur la gamme des droits fondamentaux, c'est le droit à la santé. La fondamentalité de ce droit est ancrée dans la qualité d'avoir les traits essentiels d'être « *un être humain* ». C'est un droit à la fois individuel et un droit social par excellence.

Lorsque la peste sévissait en Europe du 17ème siècle Jean de la Fontaine[4],en décrivait la situation qui prévalait en Europe écrivait que tout le monde ne mourrait pas mais tout le monde était affecté. C'est probablement la dimension collective de ce droit qui était décrite.

La maladie est certes une douleur personnelle dans la peau, mais elle est aussi un enjeu de préoccupation nationale et planétaire, elle n'a plus de frontière et peut frapper de manière localisée ou à grande échelle.

Il s'avère que les problèmes de santé sont complexes et interdépendants. Leurs causes revêtent des dimensions politiques, économiques, sociales, environnementales voire culturelles.

Mais la charge de nombreuses maladies pèse lourdement sur les couches les plus pauvres et frappe presque systématiquement les femmes enceintes et allaitantes, les déplacés et les enfants dans les pays pauvres dont fait partie le Burundi.

Par contre dans les pays développés, la mortalité et la morbidité ont considérablement baissé en raison de l'amélioration des conditions de vie.

La situation est différente au Burundi, pour ne pas parler de toute l'Afrique subsaharienne : les indicateurs de santé sont au rouge, au moment où nous vivons à une époque où l'élan de solidarité s'est renforcé et au moment où les progrès liés à la communication permettent de plus en plus une grande fluidité d'échanges d'informations et des acquis de la science[5].

---

[4] LA FONTAINE J., *Les animaux malades de la peste,* Fables XII, 19, 1961, p.25.

[5]République du Burundi, Ministère de la santé publique, *profil des ressources humaines en santé au Burundi*, Bujumbura, Janvier, 2007, p.15.

Le droit à la santé rentre dans les questions d'actualité. De nombreux burundais craignent de se faire soigner par peur de se retrouver incapables de payer la facture des soins[6].

D'autres jouissent d'un système public de couverture de soins mais la majorité des burundais sont confrontés à une situation de précarité sociale et économique qui ne leur permet pas de faire face aux besoins minima de la vie. Le droit à la santé existe-t-il pour eux ? Que fait l'Etat et la communauté internationale qui ont reconnu tant d'instruments de droits de l'homme, lesquels incluent le droit à la santé ?

Les valeurs universellement reconnues ont-elles véritablement la même signification pour les burundais particulièrement pour les couches vulnérables ?

Pour répondre à ces questions, le gouvernement du Burundi a adopté en avril 2011 une politique nationale de protection sociale qui a pour objectif d'étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population.

Parmi ces initiatives figure la création et la sensibilisation de la population à adhérer dans des mutuelles de santé définies comme étant des associations volontaires de personnes à but non lucratif et dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l'assurance, et repose sur un certain nombre de principes de base parmi lesquels figurent la solidarité et la participation , le fonctionnement démocratique et participatif, l'autonomie et liberté dans le respect des lois, un but non lucratif, l'épanouissement de la personne, la responsabilité des membres et une dynamique d'un mouvement social.

Notre travail s'intéressera aux mutuelles communautaires de santé membres de la plateforme des acteurs des mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB) en sigle.

Il s'agit des suivantes : La Mutuelle Nationale de Santé (MUNASA) qui regroupe les anciennes mutuelles catholiques de Gitega et de MUYINGA ; les Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi (MUSCABU) qui est la mutuelle de la fédération des caféiculteurs accompagnée par l'Association pour le Développement Intégré et la Solidarité sur les Collines (ADISCO).

---

[6] PNUD, *Protection sociale et secteur informel dans les pays africains : évaluation prospective des régimes contributifs*, 2005, p.76. disponible sur http://www.africa.undp.org consulté le 6 /04/ 2022.

Les mutuelles de santé encadrées par l'ONG MEMISA Belgique, lancées plus récemment en 2012 ; les mutuelles de santé exhortées par FVS AMADE qui a débuté en 2013 ainsi que la mutuelle d'UCODE AMR.

En vue d'accorder les actions de ces diverses mutuelles mais aussi pour renforcer la capacité de ces dernières à faire entendre leur voix au niveau national, la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi (PAMUSAB)[7] a été créée en 2010. Elle regroupe toutes les mutuelles de santé précitées.

Cependant, certaines interrogations méritent d'être posées. L'adhésion à une mutuelle de santé communautaire améliore-t-elle l'accès aux soins de santé de qualité ? Les services offerts par les mutuelles communautaires permettent-ils l'effectivité du droit à la santé au Burundi ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons intitulé notre travail « **DE l'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI : LE ROLE DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE ».**

Les mutuelles communautaires de santé membre de la PAMUSAB feront objet de notre étude pour la mise en évidence de nos hypothèses.

A. Intérêt du choix du sujet

Notre choix du sujet a été motivé par le besoin de montrer que les mutuelles communautaires de santé financent le traitement médical aux membres qui jadis étaient incapables de supporter les soins de santé des membres de son ménage et qu'avec ce mécanisme le droit à la santé devient une réalité.

B. Délimitation du sujet

Comme les mutuelles de santé communautaires sont nombreuses, nous avons choisi de nous intéresser sur les mutuelles communautaires de santé membres de la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi (PAMUSAB) durant l'année mutualiste 2020.

[7]La PAMUSAB regroupe les organisations actives dans la promotion des mutuelles de santé au Burundi. Celles-ci sont : la MUNASA, MEMISA, UCODE, FVS et ADISCO.

C. Problématique

Il suffit d'écouter la radio, de regarder la télévision ou de visiter un hôpital, pour voir des réalités poignantes : des femmes et des enfants décharnés par la maladie, gisant par terre, mal nourris, des femmes et leurs bébés sous surveillance pour avoir été incapable de payer la facture de soins, des cadavres abandonnés.

Le droit à la santé rentre dans les questions d'actualité. De nombreux burundais craignent de se faire soigner par peur de se retrouver incapables de payer la facture des soins[8].

D'autres jouissent d'un système public de couverture de soins mais la majorité des burundais sont confrontés à une situation de précarité sociale et économique qui ne leur permet pas de faire face aux besoins minima de la vie. Le droit à la santé existe-t-il pour eux ? Que fait l'Etat et la communauté internationale qui ont reconnu tant d'instruments de droits de l'homme, lesquels incluent le droit à la santé ? Pour parer à ce problème, le gouvernement encourage la création et l'adhésion aux mutuelles communautaires de santé éparpillées à travers le pays. Cependant une série de questions restent posées.

Les membres des mutuelles communautaires de santé parviennent-ils à se faire soigner comme il se doit grâce à leur carte ? A quelle hauteur s'élèvent les bénéficiaires des mutuelles de santé communautaire à l'heure actuelle ? Quel est l'apport des mutuelles communautaires de santé dans le système sanitaire burundais ? Les membres des mutuelles communautaires de santé bénéficient-ils des soins de qualité ?

Pour répondre à toutes ces questions, nous formulons quelques hypothèses à confirmer ou à infirmer.

D. Hypothèse

Pour mener à bien notre travail, nous nous sommes fixés quelques hypothèses :

1. Les mutuelles communautaires de santé financent le traitement médical aux adhérents ;
2. Les membres des mutuelles communautaires de santé bénéficient des soins de qualité ;
3. L'adhésion dans des mutuelles communautaires de santé diminue sensiblement le recours à la vente des propriétés foncières et aux autres moyens qui appauvrissent les ménages pour se faire soigner.

---

[8] PNUD, *op.cit*., p.76.

E. Méthodologie

Notre méthodologie sera de combiner la revue documentaire et de la compléter par le recueil d'informations à travers des entretiens avec les acteurs des mutuelles communautaires de santé, membres la PAMUSAB.

Nous recueillerons auprès des ministères clés des données utiles pour le travail (MSPLS et le Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, des Droits de la Personne Humaine et du Genre).

F. Articulation du sujet

Notre travail est subdivisé en trois chapitres. Le premier chapitre est consacré aux sources du droit à la santé.

Le deuxième chapitre analyse l'état des lieux des mutuelles communautaires de santé au Burundi à travers la plateforme des acteurs des mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB) en sigle. Le troisième et dernier chapitre est réservé à l'étude des systèmes mutualistes européens et africains qui ont émergé pour en tirer des leçons pour le Burundi.

CHAPITRE I. LES SOURCES DU DROIT A LA SANTE

C'est dans le contexte d'émergence des organisations internationales et du système de protection et de garantie des droits de la personne, fondé sur divers textes juridiques internationaux, que la santé a été énoncée pour la première fois comme un droit. Ce dernier impose aux Etats le devoir d'offrir à chaque citoyen la possibilité de bénéficier des installations protégeant sa santé, et, en cas de maladie, des prestations dans un établissement sanitaire. C'est un droit qui se traduit en droit subjectif appartenant à chaque individu[9].

Grâce à ces textes juridiques internationaux, le droit à la santé, qui a émergé récemment (après la Seconde Guerre mondiale), est aujourd'hui un droit humain bien établi en droit international. La majorité des pays dans le monde ont ratifié au moins un traité international lié à la garantie des droits de la personne qui impose des obligations aux États relatives au droit à la santé[10].

Cette partie de notre travail analyse les différents textes qui reconnaissent la santé comme un droit de la personne. Notons d'emblée que chacun de ces instruments a utilisé un langage différent pour qualifier le droit à la santé. De plus, il faut prendre en compte le fait que la majorité de ces traités sont des conventions dites « *thématiques* »[11] qui protègent le droit à la santé de populations spécifiques telles que les femmes, les enfants, les personnes handicapées, ainsi que les personnes victimes de discriminations raciales. Ces traités thématiques mettent en évidence la nécessité de protéger en particulier les droits des populations les plus vulnérables face aux risques de discrimination et de marginalisation auxquels elles font face. A côté des instruments universels de droits de l'homme nous allons analyser les textes régionaux de droits de l'homme avant d'entamer les textes nationaux sources du droit à la santé.

---

[9] BAREGUWERA J., *le droit de la femme burundaise à la santé*, Mémoire pour DESS, janvier 2007, p.17.

[10] LARA LIMA E., *le respect du droit à la santé : analyse à partir du droit international de la personne et d'une comparaison entre les constitutions du canada et du Brésil*, Mémoire, Université de Montréal, septembre 2019, p.21. disponible sur https://www.memoireonline.com/01/09/1894/Droit--la-sante-et-developpement.html (visité le 20/4/2022)

[11] *Ibidem*

Section1. Les instruments universels de droits de l'homme

Dans cette partie nous analysons tour à tour les textes universels de droits de l'homme qui évoquent le droit à la santé notamment la déclaration universelle des droits de l'homme, la constitution de l'OMS, le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciales, la convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes.

La convention relative aux droits de l'enfant, la convention relative aux droits des personnes handicapées et la déclaration de vienne seront également analysées.

§1. La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)

La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948. Cette Déclaration tire son origine dans l'horreur causée par le nazisme pendant la Seconde Guerre mondiale. En effet, pendant cette guerre, le monde a pu découvrir que les gouvernements des pays dits « civilisés » sont capables de commettre les pires actes envers leurs propres citoyens et les habitants des autres pays.

À cet égard, le préambule de la DUDH mentionne que *« la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité du monde»*[12].

Dans ce contexte, la DUDH a été adoptée comme un idéal à atteindre par tous les peuples et toutes les nations qui visent à assurer les droits et libertés de tous les individus. Les principes qui y sont énoncés doivent guider l'humanité en influençant notamment le travail de l'ONU et les actions de ses États membres.

La DUDH est un texte qui a marqué la protection des droits de la personne, car elle a servi comme instrument de référence fondamental pour les conventions internationales et les législations nationales relatives aux droits de la personne. Par ailleurs, cette Déclaration est le premier document international majeur à énoncer le concept de droits de la personne et le premier à reconnaître ces droits comme étant inhérents à tout être humain.

---

[12] DE SCHUTTER O., TULKENS F. et VAN DROOGHENBROECK S., *Code de droit international des droits de l'homme, 3ème édition*, 2005, Bruxelles, Bruylant, p.11.

En outre, la Déclaration énonce certains principes qui sont rattachés à tous les droits fondamentaux, y compris au droit à la santé.

Tout d'abord, dans son préambule, la Déclaration nous apprend que la dignité est inhérente à tous les individus.

Elle reconnaît que « *la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* »[13]. De ce fait, lorsque nous parlons des droits de la personne, la dignité individuelle est une notion centrale.

En effet, la dignité de tous les êtres humains, sans exception, doit être respectée, en particulier celle des populations les plus vulnérables, comme les personnes pauvres et les minorités ethniques et raciales. La DUDH reconnaît également que les droits de la personne sont inaliénables, c'est-à-dire « *qu'ils ne peuvent pas être abrogés, sauf dans des circonstances particulières et conformément à une procédure spécifique* »[14] et qu'ils s'appliquent de façon égale à tous et à toutes. Ce sont donc les principes d'égalité et de non-discrimination qui sont énoncés tout au long de la DUDH. Par ailleurs, l'article 2 de la DUDH dispose que : « *chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation* ».

Bien que des conventions internationales majeures prévoient des dispositions similaires, il existe toujours beaucoup de discrimination et d'inégalité dans l'application du droit à la santé, surtout pour les populations vulnérables.

De plus, la Déclaration dispose que les droits fondamentaux sont interdépendants et liés les uns aux autres. En conséquence, les individus subissent fréquemment la négligence ou la violation de plusieurs droits en même temps. Les droits de la personne et les libertés fondamentales sont indivisibles et indissociables. Par conséquent, pour que le droit à la santé soit respecté il faut que d'autres droits soient aussi respectés.

---

[13]DE SCHUTTER O., TULKENS F.et VAN DROOGHENBROECK S., *op.cit.*, p. 10.

[14]3 Haut-Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme, « *Que sont les droits de l'homme* ? » , Manuel destiné aux institutions des droits de l'homme, In Panels des DESC, Nations-Unies, New York et Genève, 2004, p.13. , disponible sur : https://www.ohchr.org/FR/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx (visité le 16/4/2022)

La réalisation du droit à la santé est ainsi liée à la réalisation d'autres droits de la personne, tels que le droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la non-discrimination, à l'accès à l'information et à la participation démocratique[15].

Toujours dans son préambule, la DUDH dispose que les États doivent s'efforcer de garantir le respect des droits et libertés énoncés et d'en assurer par des mesures progressives leur reconnaissance et application.

Il est important de noter que la DUDH fait référence à une réalisation progressive de ces droits et libertés, c'est-à-dire que les États ne s'engagent pas à assurer le respect de ces droits de façon immédiate mais plutôt de manière progressive, en fonction de leur niveau de développement et de leurs ressources[16].

Composée d'un total de 30 articles, la DUDH couvre deux grandes catégories de droits : les droits civils et politiques (DCP) et les droits économiques sociaux et culturels (DESC). Il n'existe pas de hiérarchie entre ces droits. La santé fait partie des droits sociaux et culturels, et est énoncée à l'article 25 de la Déclaration qui dispose que : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires* »[17].

C'est la première fois que la santé est énoncée comme un droit dans un texte international. La DUDH reconnaît le droit aux soins médicaux comme un déterminant de la santé et du bien-être. Toutefois, à la différence de l'OMS, la DUDH se limite à utiliser l'expression « *niveau de vie suffisant pour assurer sa santé* » plutôt que « *possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* ». Malgré son importance la DUDH n'a pas de pouvoir juridique contraignant car il s'agit seulement d'une résolution adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU. Néanmoins, plusieurs chercheurs estiment que la DUDH a permis d'accélérer la formation d'un véritable droit coutumier en matière de droits de la personne[18].

---

[15] Organisation mondiale de la santé, *« Santé et droits de l'homme »*, Décembre 2017, p.27. disponible sur : https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health (visité le 16/4/2022)
[16] CDESC, *Observation générale n°14* : *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Doc off CES NU, 22è session, Doc NU E/C.12/2000/4 (2000).
[17] DE SCHUTTER O., TULKENS F. et VAN DROOGHENBROECK S., *op.cit*., p. 15.
[18] LARA LIMA E., *op.cit.*, p.17.

En outre, la DUDH est un document qui a eu une influence clé dans le développement des traités internationaux sur les droits de la personne, car c'est à partir de cette Déclaration que la Commission des droits de l'homme de l'ONU a commencé à élaborer des instruments juridiques obligatoires concernant les droits de la personne.

§2. La Constitution de l'OMS

Nous avons constaté précédemment que la Constitution de l'OMS, entrée en vigueur en 1948, énonce une définition positive de la santé qui prend en compte des éléments sociaux et culturels ainsi que des éléments physiques et mentaux.

Toutefois, elle va plus loin et précise au paragraphe 3 que le droit à la santé est un droit fondamental qui appartient à tous les êtres humains.

La Constitution dispose 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* »[19].

À la différence de la DUDH, la Constitution de l'OMS est un document contraignant en droit international pour les États membres qui l'ont signée et ratifiée. Ce document a été signé et accepté par plusieurs pays[20] .Ceci démontre la légitimité dont jouit l'OMS sur la scène internationale et symbolise l'engagement des États d'accepter et de respecter les principes qui sont énoncés dans sa Constitution.

§3. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)

Près de 20 ans après l'adoption de la DUDH, reconnaissant la différence de nature entre les droits cils et politiques et les droits économiques, sociaux et culturels, l'Assemblée générale a adopté en 1966 deux traités contraignants distincts pour protéger ces droits, soient le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)[21] et le PIDESC, qui reprennent, précisent et complètent les droits reconnus dans la DUDH.

[19] Organisation mondiale de la santé (OMS), préc. , note 6
[20]Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, disponible sur : https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf (visité le 18/5/2022)
[21]DE SCHUTTER O., TULKENS F. et VAN DROOGHENBROECK S., *op.cit.*, p. 17.

Par l'adoption de ces deux traités entrés en vigueur en 1976, les États reconnaissent l'égalité entre les DCP et les DESC, tout en acceptant que la mise en œuvre de ces droits implique des obligations distinctes.

Ainsi, ces deux Conventions imposent de manière contraignante aux États qui les ont signées et ratifiées de reconnaître et d'appliquer les droits qui y sont énoncés[22]. Pas mal de pays dont le Burundi sont liés par ces textes.

Cela signifie que ces gouvernements ont pris l'engagement, en droit international, à ce que leurs lois et politiques respectent les dispositions de ces deux pactes.

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéressons particulièrement au PIDESC, étant donné que la santé fait partie des droits sociaux.

De ce fait, tout comme la DUDH, le PIDESC protège le droit à la santé pour tous les individus. Ainsi, l'article 12 du PIDESC traduit dans un texte juridique contraignant le droit à la santé. L'article dispose que :

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit comprendront les mesures nécessaires pour assurer :

a) La diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;

b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;

c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;

d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

---

[22] DELGA S., *«Un droit international public de la santé contraignant pour les États ?» dans Santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 483-493.

Cette disposition est plus développée que l'article 25 de la DUDH, et selon le comité des droits économiques, sociaux et culturels c'est l'article « le plus complet consacré dans le droit international des droits de l'homme au droit à la santé ». Dans un premier temps, cet article dispose que le droit à la santé est un droit inhérent à tous les individus.

Dans un deuxième temps, le paragraphe 2 de l'article 12 énumère sous forme d'exemples les obligations des États parties au PIDESC[23].Néanmoins, cette disposition reste large et imprécise. Pour pallier les lacunes du texte et aider les États parties à mettre en œuvre le PIDESC, le CDESC a publié en 2000 l'Observation générale n°14 précisant les obligations que le droit à la santé impose aux États parties, ainsi que le contenu normatif de l'article 12, les violations qui peuvent entraver la jouissance de ce droit et les mesures qui doivent être mises en œuvre pour en assurer la garantie au niveau national[24].

Dans ce travail, nous entendons par « *droit à la santé* » la définition proposée par le PIDESC. Ceci signifie que lorsque nous faisons référence au droit à la santé, nous ne devons pas simplement comprendre ce droit comme le droit d'accéder à des services de santé. Il faut aussi tenir compte d'autres éléments mentionnés par le PIDESC qui participent au droit à la santé, comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale capable d'être atteint.

§4. La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 1965. Toutefois, elle est entrée en vigueur en janvier 1969[25].

---

[23] Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *La santé en philosophie politique : de quel type de bien s'agit-il ?* Paris, 2010, p.9. disponible sur : https://www.ccnpps.ca/docs/Weinstock_Sant%C3%A9EnPhilosophiePolitique_FR.pdf (visité le 15/5/2022)

[24] CHRISTINE V., *Les pratiques communautaires de lutte au VIH et le droit à la santé : une exploration de l'effectivité inter normative du droit*, Montréal, Université de Montréal, 2013, p.29. disponible sur : https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/091113_brochure_droit__la_sant.pdf (visité le 14/5/2022)

[25]Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, *Nations Unies Collection des Traités*, en ligne : https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV -2&chapter=4&clang=_fr disponible sur (visité le 17/5 2020).

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale qui a été adoptée avant le PIDESC, prévoit au paragraphe e) iv) de l'article 5 que « *les États parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toutes ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique* » dans la jouissance des plusieurs droits y compris « *le droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux* »[26].

Cette Convention thématique, qui dispose, entre autres, sur le droit à la santé des personnes qui souffrent de discriminations raciales, fait une distinction entre le droit à la santé et le droit aux soins médicaux. De cette façon, dans cette Convention, le droit aux soins médicaux n'est pas un élément du droit à la santé ; il est en fait considéré comme un autre droit.

§5. Convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes

La Convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes a été le premier texte international ayant trait aux droits de la personne et au droit à la santé à être adopté à la suite du PIDESC.

La Convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes a été adoptée en décembre 1979 et est entrée en vigueur en septembre 1981[27]. Cette convention protège le droit à la santé de toutes les femmes dans deux articles différents.

Tout d'abord, le paragraphe 1f) de l'article 11 établit que :

« *les États parties s'engagent à prendre toutes le mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine de l'emploi, afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les mêmes droits, et en particulier le droit à la protection de la santé et à la sécurité des conditions de travail, y compris la sauvegarde de la fonction de reproduction* »[28].

---

[26] Convention internationale sur l´élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 7 mars 1966, 660 *RTNU*, 195 (entrée en vigueur : 4 janvier 1969), disponible sur : https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cerd.aspx (visité le 14/5/2022)

[27] Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, *Nations Unies Collection des Traités*, disponible sur : <https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&clang=_fr (visité le 10/4/2022)

[28] Convention sur l´élimination de toutes les formes de discrimination à l´égard des femmes, 18 décembre 1979, 1249 *RTNU 13* (entrée en vigueur : 3 septembre 1981), disponible sur : https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cedaw.aspx (visité le 11/5/2022)

Ensuite, le paragraphe 1 de l'article 12 énonce que « *les États 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* ». On se réfère ici au droit à la protection de la santé, tout en exprimant la nécessité d'éliminer les discriminations dans l'accès aux soins de santé et en prenant en compte les spécificités de la santé des femmes, comme la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive.

§6. La Convention relative aux droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 est entrée en vigueur en septembre 1990. Au total, 196 États[29] sont parties à cette Convention, ce qui signifie que parmi les instruments juridiques internationaux mentionnés dans le présent travail, la Convention relative aux droits de l'enfant est celle qui compte la plus grande adhésion[30].

Cette convention prévoit à l'article 24.1 que « *les États 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* »[31].

Elle reprend le terme utilisé par la Convention de l'OMS et le PIDESC et se propose d'assurer le droit de tous les enfants de jouir du meilleur état de santé possible et d'accéder aux services médicaux. Par la suite, le deuxième paragraphe de l'article 24 énonce les mesures qui devraient être prises par les États pour assurer le droit de l'enfant à la santé, en citant des mesures qui se réfèrent non seulement à l'accès aux services et aux soins de santé, mais également à une alimentation adéquate et à l'eau potable.

Le paragraphe 3 de l'article 3, les articles 17, 23, 25,32 et 28 énoncent des garanties en faveur des groupes d'enfants particulièrement vulnérables[32].

---

[29] Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 1577 *RTNU* 3 (entrée en vigueur : 2 septembre 1990), disponible sur:<https ://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&clang=_fr> (visité le 17 /5 2022)
[30] LALA LIMA E., *op.cit*., p.17.
[31]DE SCHUTTER O., TULKENS F. et VAN DROOGHENBROECK S., *op.cit.*, p. 196.
[32] BUKURU G., *Du droit à la santé : Cas de l'enfant de la rue en mairie de Bujumbura*, Mémoire, U.B., DESS, Bujumbura, 2010, p.17.

§7. Convention relative aux droits des personnes handicapées

Beaucoup plus récente que les conventions mentionnées précédemment, la Convention relative aux droits des personnes handicapées date de 2006. Elle est entrée en vigueur en mai 2008. En ce moment, 180 États sont parties à cette convention[33].

Cette Convention consacre le droit à la santé des personnes ayant des handicaps en tous genres dans son article 25 qui se lit comme suit :

« *Les États parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les stéréospécificités, y compris des services de réadaptation*. »[34].

Par la suite, suivant le modèle employé par le PIDESC, l'article détaille les obligations inhérentes aux États parties qui ont ratifié la Convention.

§8. La déclaration de Vienne

La déclaration de Vienne adoptée par la conférence Mondiale sur les droits de l'homme (1993) se réfère au droit à la santé.
L'article 11 : « *La conférence mondiale sur les droits reconnaît que le déversement illicite de substances et de déchets toxiques et nocifs peut constituer une grave menace pour les droits de chacun à la vie et à la santé* ».

L'article 18 est consacré à l'élimination des violences qui s'exercent en fonction du sexe, et des mesures juridiques pour y parvenir : « *... grâce à une action nationale et à la coopération internationale dans divers domaines comme le développement économique et social, l'éducation, la protection de la maternité, les soins de santé et l'aide sociale* »[35].

[33]LALA LIMA E., *op.cit.*, p.24.
[34] Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006, 2515 *RTNU* 3 (entrée en vigueur : 3 mai 2008), disponible sur https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvf.pdf (visité le 13/5/2022)
[35] La Déclaration de Vienne de 1993, disponible sur : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_fr.pdf (visité le 12/5/2022)

L'article 41 quant à lui est libellé comme suit : « *La conférence mondiale sur les droits reconnaît qu'il importe que les femmes jouissent tout au long de leur vie du niveau de santé physique et mental le meilleur possible. ... réaffirme, en se fondant sur le principe de l'égalité de l'homme et de la femme, le droit de la femme à des soins de santé accessibles et suffisants et à la gamme la plus large possible de services de planification familiale ainsi qu'à l'égalité d'accès à l'éducation à tous les niveaux* ».

Section 2. Les instruments régionaux de droits de l'homme

Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent le droit à la santé notamment la charte sociale européenne, la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, le Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de Sun Salvador de 1988) et la déclaration Américaine des droits et devoirs de l'homme.

§1. La charte sociale Européenne

La charte sociale Européenne prévoit dans l'article 11 le droit à la protection de la santé : *« en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :-A éliminer dans la mesure du possible les causes d'une santé déficiente ;*

- A prévoir les services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;

- A prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres »[36].

[36] La charte sociale européenne du 3 Mai 1996 disponible sur https://www.cncdh.fr/sites/default/files/charte_sociale_europeenne_revisee_0.pdf (visité le 17/5/2022)

§2. La charte Africaine des droits de l'homme et des peuples

La charte Africaine des droits de l'homme et des peuples stipule dans l'article 16[37] :

- *Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ;*

- *Les Etats parties à la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leur population et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.*

§3. Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de Sun Salvador de 1988)

Au niveau du continent américain, le protocole de San Salvador précise à l'article 10 le droit à la santé[38] :*1- Toute personne a droit à la santé qui est considérée comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale ;*
2- Afin d'assurer le plein exercice du droit à la santé, les Etats parties s'engagent à reconnaître ce droit comme un bienfait public et notamment à adopter pour garantir l'exercice de ce droit les mesures suivantes :
a- *L'action de soins primaires de santé, autrement dits, la mise à la disposition de tous les individus et de toutes les familles de la communauté de l'aide médicale essentielle ;*
***b**- L'extension des services de santé à tous les individus relevant de la juridiction de l'Etat ;*

***c**- L'immunisation complète contre les principales maladies infectieuses ;*

***d**- La prophylaxie et le traitement des maladies endémiques, professionnelles et autres ;*

***e**- L'information de la population sur la prévention et le traitement des problèmes de santé ;*

***f**- La solution des problèmes de santé des groupes à plus haut risque et qui sont plus vulnérables à cause de leur pauvreté.*

---

[37] Charte africaine des droits de l'homme et des peuples du 27 Juin 1981 disponible sur https://au.int/sites/default/files/treaties/36390-treaty-0011_-_african_charter_on_human_and_peoples_rights_f.pdf (visité le 14/5/2022)
[38] Le protocole de Sun Salvador adopté le 17 Novembre 1988, disponible sur : https://www3.paho.org/hr-ecourse-f/assets/_pdf/Module2/Lesson2/M2_L2_2.pdf (visité le 19/5/2022)

§4. La déclaration Américaine des droits et devoirs de l'homme

La déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme contient une disposition sur la préservation de la santé et du bien-être à l'article 11 :

« *Toute personne a droit à ce que sa santé soit préservée par des mesures sanitaires et sociales, en ce qui concerne l'alimentation, l'habillement, le logement et les soins médicaux qui seront établies proportionnellement aux ressources publiques et à celles de la communauté* »[39].

Section 3.Les sources de droit interne

La constitution étant la norme supérieure dans l'ordre juridique nationale, elle sera analysée dans cette partie sans oublier les lois et règlements qui viennent généralement en application de la loi mère.

§1. La constitution

Toutes les constitutions successives du Burundi indépendant consacraient les droits civils et politiques mais aussi économiques, sociaux et culturels. La technique utilisée était soit le rappel, dans le préambule, des instruments internationaux pertinents liant le Burundi, soit l'insertion d'une charte des droits dans le corps même du texte constitutionnel[40].

En outre, la constitution du 7 Juin 2018 regorge de dispositions, les unes plus claires que les autres, servant de fondement au droit à la santé.

A titre purement exemplatif, après avoir rappelé l'attachement du peuple burundais aux instruments internationaux, dont le PIDESC, au 9ème paragraphe du préambule et intégré en son sein les droits et devoirs consacrés par ces instruments en son article 19.

---

[39] La Déclaration américaine des droits de l'homme, disponible sur : idh.org/fr/qui-sommes-nous/archives-qui-sommes-nous/Declaration-universelle-des droits/?gclid=EAIaIQobChMIjfuPqsDw9wIVi4BQBh2RPQoyEAAYASAAEgK08_D_BwE (visité le20 /5/2022)

[40]NTAHIRAJA B. et NKURUNZIZA N., *L'Etat et les droits sociaux de ses citoyens : cas du droit à la santé au Burundi*, Bujumbura, 2011, p.11.

Elle dispose respectivement en ses articles 17, 27, 52 et 55[41] que :« *Le Gouvernement a pour tâche de réaliser les aspirations du peuple burundais, en particulier de guérir les divisions du passé, d'améliorer la qualité de la vie de tous les Burundais et de garantir à tous la possibilité de vivre au Burundi à l'abri de la peur, de la discrimination, de la maladie et de la faim »*[42].

« L'Etat veille, dans la mesure du possible à ce que tous les citoyens dispose des moyens de mener une existence conforme à la dignité humaine »[43]. (Article 27). Le caractère large de la formule rappelle ici l'article 25 de la DUDH (…niveau de vie suffisant). N'empêche, l'«*existence conforme à la dignité humaine* » suppose forcément la possibilité d'accéder aux soins de santé quand on en a besoin.

« *Toute personne est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personne, grâce à l'effort national et compte tenu des ressources du pays* »[44]. (Article 52).

« *Toute personne a le droit d'accéder aux soins de santé* »[45]. (Article 55). Sur un plan purement théorique, la formulation de ce dernier article, le seul à parler directement du « *droit à la santé* » n'est pas satisfaisante. En effet, ce dernier droit n'est pas simplement réductible au «*droit d'accéder aux soins de santé* ». Comme tous les droits de l'homme, le droit à la santé fait en effet peser sur l'Etat des obligations de respecter, de protéger et de mettre en œuvre qui vont bien au-delà de l'organisation de l'accès aux soins de santé[46].

§2. Les lois et règlements

De nombreux textes d'application concernent directement ou indirectement la santé. On citerait notamment :

- La loi n° 1/07 du 12 Mars 2020 portant modification de la loi n°1/012 du 30 Mai 2018 portant code de l'offre des soins et services de santé au Burundi ;
- La loi n°1/18 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le VIH/SIDA ;

[41]La Constitution de la République du Burundi du 7 juin 2018, *BOB*, n°6/2018, p.118.
[42] Loi n° 1/008, inédit, à laquelle il est fait référence dans CEDJ, *Codes et Lois du Burundi* (mis à jour le 31 décembre 2006), Groupe De Boeck, p.6.
[43] *Ibidem*
[44] CEDEJ, *Codes et Lois du Burundi* (mis à jour le 31 décembre 2006), Groupe De Boeck, p.7.
[45]La Constitution de la République du Burundi du 7 juin 2018, *BOB*, n°6/2018, p.117.
[46] NTAHIRAJA B. et NKURUNZIZA N., *op.cit.*, p.12.

- La loi n°1/005 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés ;
- Le Décret n°100/ 107 du 27 juin 1980 portant création de la Mutuelle de la fonction publique ;
- La loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance maladie du secteur privé structuré ;
- 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 ;
- Le Décret n°100/136 du 16 juin 2006 portant subventions des soins de santé aux enfants de moins de 5ans et des accouchements dans les structures des soins publics et assimilées ;
- Ordonnance ministérielle n°630/848 du 6 septembre 2006 portant mesures d'application du décret n°100/136 du 16 juin 2006 portant subventions des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures des soins publiques et assimilées.

CHAPITRE II. ETAT DES LIEUX DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE AU BURUNDI

Au Burundi, les premières mutuelles communautaires de santé sont apparues en 1992. Aujourd'hui, ces mutuelles couvrent toutes les provinces du pays avec un total de 20.312 ménages assurés et 99.560 bénéficiaires. Le domaine des mutuelles emploie un vocabulaire spécifique qui mérite d'être défini. Elles sont construites sur des principes de base qu'il convient n'analyser. Par ailleurs, leurs modalités de fonctionnement, les services couverts et le taux de pénétration feront objet d'étude dans ce chapitre. La présente partie du travail va également parler de la contribution des mutuelles dans l'amélioration de la santé et de la qualité des soins.

Section 1. Définitions, historique et principes directeurs des mutuelles communautaires de santé

Avant de donner l'historique des mutuelles communautaires de santé au Burundi, il est élégant de donner les définitions des termes usuels dans ce domaine et de parler enfin des principes qui les guident.

§1. Définitions

Les mutuelles communautaires sont récentes au Burundi avec des concepts plus spécifiques qu'il faut définir. Les lignes qui suivent sont donc consacrées aux définitions.

1. Les mutuelles de santé

Elles sont définies comme des « organisations à but non lucratif, autonomes, basées sur la solidarité entre (et une responsabilité envers) leurs membres.

Leur l'objectif est d'améliorer l'accès de leurs adhérents à des soins de santé de qualité par leur propre contribution financière et par des mécanismes financiers qui impliquent principalement l'assurance, mais aussi les simples prépaiements, l'épargne et le crédit, la souscription à une tierce partie»[47].

On parle aussi de micro-assurance maladie qui est le mécanisme mis en place par ces associations autonomes, à but non lucratif, basées sur la solidarité et la participation démocratique.

---

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

Ces associations, au moyen des cotisations de leurs membres, ont comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé en menant une action d'entraide et de prévoyance[48].

Il s'agit encore d'une association de personnes physiques, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est l'entraide et la solidarité, et qui, au moyen des cotisations des membres, et à partir de leurs décisions, mène en leur faveur et en celle de leurs familles des actions de prévoyance des risques liés à leurs problèmes de santé»[49].

C'est aussi un groupe de personnes s'organisant pour faire face, au moyen de leurs seules cotisations aux conséquences d'un risque social les menaçant. Elle émane d'une volonté des personnes de se regrouper entre elles.

2. L'adhérent, membre, titulaire ou assuré

Il est toute personne qui adhère au système d'assurance de risque-maladie, c'est à dire celui qui verse les cotisations, qui s'engage à respecter les clauses du contrat et/ou les textes régissant le fonctionnement du système d'assurance de risque maladie[50].

L'adhérent est aussi la personne qui adhère à une mutuelle de santé, c'est-à-dire celle qui verse les droits d'adhésion, qui s'engage à respecter les textes régissant le fonctionnement (droits et obligations) et à verser les cotisations. On la dénomme également « titulaire ». L'adhérent peut ouvrir le droit aux prestations de la mutuelle de santé à un certain nombre de personnes qui dépendent directement de lui et sont appelées « personnes à charge »[51].

3. Bénéficiaire (ou personne couverte)

C'est une personne, qui au titre d'adhérent ou d'ayant droit, bénéficie des services du système de micro-assurance santé[52]. C'est-à-dire que les bénéficiaires sont constitués des membres adhérents et de leurs ayant droits.

---

[48]DTF PROMUSCABU, *Programme d'appui aux mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi 2008-2010*, p.14.
[49] Bureau international du travail, *sécurité sociale : un nouveau consensus*, Genève, BT, CH-1211 Genève 22, suisse, 2022, p.52. ; disponible sur : www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2001/101BO9301frend.pdf (visité le 25/3/2022)
[50] BIT, USAID, GTZ, ANMC, *Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique :* Plateforme d'Abidjan, 1998, p.45.
[51] NIYONKURU D., *HAND OUT FORMATION, Mutuelles de santé communautaire au Burundi,* Avril 2008, p.24.
[52] *Ibidem*

4. L'accessibilité

C'est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir des services de santé disponibles.

Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisation, architecturale, culturelle, organisationnelle et informationnelle, qui peut être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services[53].

5. Convention entre une Mutuelle de santé et un prestataire de soins

Accord conclu entre un prestataire de soins et une Mutuelle de santé qui permet notamment de définir les services couverts, les tarifs à appliquer, les normes de qualité à respecter, les montants et les modalités de paiement**.**

6. Cotisation

C'est une somme d'argent déterminée, périodiquement versée par l'adhérent au système de micro-assurance santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier ses ayants droits.

7. Paquet Minimum d'Activités (PMA)

Ce sont les soins offerts au niveau des centres de santé : Consultation prénatale, consultation postnatale, vaccination, planification familiale, service nutritionnel, consultations curatives, soins infirmiers, hospitalisation, accouchements simples, médicaments essentiels et génériques, analyses de laboratoire, interventions chirurgicales mineures, information, éducation et communication en matière de santé, transport du malade à l'hôpital du district.

Il constitue l'ensemble des activités que doit assurer le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Il comporte des actions curatives, préventives et promotionnelles[54].

---

[53]FENASCOM, *Étude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts,* Août 2006, p.47.

[54] République du Rwanda, Ministère à la santé, *normes du district de santé au Rwanda*, Kigali, 2003, p.40. disponible sur catihttps://www.histoiresecump.fr/publions/publication_delteil.pdf (visité le 20/4/2022).

8. Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)

Ce sont les soins offerts dans les hôpitaux de districts : consultation par un médecin, hospitalisation en salle, accouchements eutociques et dystociques, césarienne, chirurgie mineure et majeure, le paludisme grave référé, toutes les maladies de l'enfance de 0 à 5 ans, les imageries médicales, laboratoire etc.

9. Période d'attente ou période probatoire

Elle est également appelée période d'observation ou stage d'attente. Elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux avantages de soins de la mutuelle. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et se retirent ensuite. C'est une période de plusieurs mois suivant l'adhésion, pendant laquelle le nouvel adhérent cotise au système, sans que ni lui ni ses ayants-droits ne puissent bénéficier de la prise en charge[55]

10. Santé

Selon le premier principe du préambule de la Charte de l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), « la *santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. 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*[56].

Cette définition résulte d'une vision idéale et optimale de la santé. La vision est difficilement transférable comme telle dans l'arène des droits de la personne.

Elle doit être traduite sous forme de droits et d'obligations de l'ensemble des acteurs, étatiques ou non étatiques. On doit lui préférer la formulation, plus juridique, de l'article 12 du PIDESC : « *…le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre* ».

[55] HAND OUT FORMATION, *les mutuelles de santé communautaires au Burundi*, Avril 2008, p.15.
[56] DAVID E. et VAN ASSCHE C., *Code de droit international public*, 5ème édition mise à jour au 1er décembre 2010, Bruxelles Bruylant, 2011, p.279.

Le texte de cette disposition montre que le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine et s 'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain[57].

11. Le Ticket modérateur

C'est le paiement direct à la charge du patient devant être effectué par une personne assurée au moment de l'utilisation des soins de santé [58]. Ce paiement représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est souvent exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé. C'est aussi la part du coût du service couvert qui n'est pas prise en charge par le système de micro-assurance santé. Le ticket modérateur est un moyen efficace de lutter contre le risque moral, mais, lorsqu'il est élevé, il peut contribuer à limiter l'accessibilité des soins.

§2. Historique des mutuelles communautaires de santé au BURUNDI

Le mouvement mutualiste en santé a été appuyé dans sa création et son développement par la mutualité belge. C'est avec la mutualité chrétienne belge que les premières mutuelles communautaires de santé sont apparues au Burundi en 1992. Ces mutuelles n'ont pas survécu au conflit, mais ont été revitalisées en 1999 par les structures de développement confessionnelles catholiques de l'archidiocèse de Gitega[59].

Toujours avec l'appui de la mutualité chrétienne belge, le diocèse de MUYINGA s'est également doté d'une mutuelle, à partir de 2009, avec l'appui de la mutualité chrétienne de Gand. Depuis, les deux mutuelles précitées se sont associées en une mutuelle nationale de santé (MUNASA)[60].

---

[57]DKHIM F., *les mutuelles de santé* : *une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain ; 2005 ; le cas du projet C.I.D.R en Tanzanie,* p.60. disponible sur www.univ-parisl.fr/MG/pdfDESSFahdi Dkhimi.pdf (visité le 29/3/2022)

[58] BENNETT S. et al., *un aperçu du financement communautaire de la santé*, USA, 2003, p.25.

[59] AEDES, *Etude des mécanismes de financement de la santé au Burundi*, Novembre 2013, p.35.

[60] Plateforme des Acteurs des Mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB), *propositions d'une stratégie de mise en œuvre de l'assurance maladie universelle au Burundi.* Bujumbura, septembre 2013, p. 12.

A partir de 2008, les mutualités socialistes belges ont entamé l'appui au développement des mutuelles au Burundi, à travers les coopératives de café dans les cinq bassins caféicoles du Burundi à savoir KIRUNDO-MUYINGA, Ngozi, KAYANZA, KIRIMIRO et MUMIRWA(programme pour la promotion des Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi-PROMUSCABU).

La mutualité belge s'est également investie, au travers de l'ONG Louvain coopération qui a aidé à établir l'union pour la coopération et le développement (UCODE) et travaille dans la région de Ngozi. Cette mutuelle n'a cependant démarré qu'en 2011.On compte également l'apparition d'une autre mutuelle appuyée cette fois par une ONG belge MEMISA en 2013.

Quelques ONG burundaises ont également contribué à la création des mutuelles de santé mais également avec des appuis extérieurs. C'est le cas de FVS-AMADE, union de deux associations burundaises nées respectivement fin 1992 (FVS) et mars 1996 (AMADE)[61]. Les deux ONG visaient à répondre aux besoins des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA. Cette union fournit à ces enfants un appui psychosocial et une prise en charge médicale, aide les familles d'accueil des OEV et les enfants responsables de fratries à développer eux-mêmes leurs capacités économiques. Elle fournit aussi une aide à la défense des droits des enfants.

L'union a développé trois mutuelles communautaires de santé dans trois provinces du pays à savoir Bujumbura Mairie, Bururi et MAKAMBA qui ont démarré à la fin de l'an 2012. Actuellement cette union a étendu son champ de couverture dans les provinces de RUMONGE et GITEGA.

§3. Les Principes directeurs des mutuelles communautaires de santé

Les mutuelles de santé fonctionnent sur la base d'un certain nombre de principes fondamentaux parmi lesquels on peut citer[62],la solidarité, le fonctionnement démocratique et participatif, l'autonomie et liberté dans le respect des lois, un but non lucratif, l'épanouissement de la personne, la responsabilité des membres et dynamique d'un mouvement social. Ce paragraphe a pour objet d'analyser chacun de ces principes.

---

[61]http://www.fvs.amade.org/fvs.html (visité le 13/3/2022)
[62] NTIMARUBUSA F., *Construction d'un socle de protection sociale au Burundi,* Bujumbura, 2015, p.18.

1. La solidarité

Le principe de solidarité est le fondement de la mutuelle. Ses implications sont doubles. D'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. La cotisation est donc la même, quels que soient l'âge, le sexe, l'état de santé de l'adhérent.

La mutuelle instaure ainsi une solidarité entre malades et biens portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales. D'autre part, chacun bénéficie des mêmes services de maladie.

2. Le fonctionnement démocratique et participatif

Chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les membres ont les mêmes droits et obligations.

Ils ont, entre autres, directement ou indirectement, le droit de participer aux différentes instances de décision.

3. Autonomie et liberté dans le respect des lois

La mutuelle est une organisation libre qui doit, en conséquence, pouvoir prendre des décisions sans demander des autorisations aux autorités publiques.

Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres, car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins. Qui plus est, une mutuelle ne doit pas seulement être autonome vis-à-vis de l'Etat, mais également vis-à-vis des partis politiques, des groupes de pression qui défendent parfois des intérêts contradictoires.

4**. But non lucratif**

Par vocation, une mutuelle ambitionne de consacrer son action au service de ses membres. Elle ne peut donc poursuivre un but lucratif. La recherche du profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que les considérations économiques et les principes de bonne gestion peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif. Un surplus de recettes peut, une fois qu'une réserve raisonnable est constituée, permettre d'améliorer les services existants, répondre à d'autres besoins des membres ou éventuellement réduire le montant des cotisations.

5. Epanouissement de la personne

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de sa propre santé et de celle des autres.

C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs membres non seulement des formations mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis[63].

6. La responsabilité des membres

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités souvent indiquées dans les statuts et le règlement intérieur. Les autres principes resteront lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas saine, si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé, de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle, dans des décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

7. Dynamique d'un mouvement social

Les membres des mutuelles ne sont pas des « Consommateurs » passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est à dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense d'un bien-être et des intérêts communs. De plus, il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs[64].

---

[63] NTIMARUBUSA F., *op.cit*, p.19.
[64] MUKANDOLI E., *évaluation de la satisfaction des bénéficiaires des mutuelles de la santé de la Mairie de la ville de Kigali (MVK) au Rwanda*, Mémoire, université de Laval, Québec, 2009, p.25.
https://www.google.com/search (visité le 24 /3/2022)

Section 2. Modalités de fonctionnement, les services couverts et le taux de pénétration des mutuelles communautaires de santé

Pour être membre d'une mutuelle, plusieurs formalités doivent être accomplies entre autres, le payement des frais d'adhésion et les cotisations. Une fois accepté comme membre, les services couverts par la mutuelle varient d'une mutuelle à une autre.

Bien que les mutuelles communautaires de santé soient d'une importance capitale pour accéder aux soins de santé, quel est son taux de pénétration dans la population burundaise ? Cette section va analyser et répondre à ces questions.

§1. Les modalités de fonctionnement

Nul ne peut être membre d'une Mutuelle communautaire de santé sans avoir payé au préalable les frais d'adhésion et une cotisation annuelle.

1. Le droit d'adhésion

L'adhésion à une mutuelle de santé est un acte libre et volontaire. Le membre doit payer sa cotisation à la mutuelle selon une périodicité bien définie pour bénéficier des soins et services de santé.

Par un mécanisme de partage de risque basé sur les principes d'entraide et de solidarité, les fonds ainsi réunis servent à payer en grande partie (par exemple 80%) le coût des soins et services de santé des bénéficiaires de la mutuelle de santé.

Pour permettre à la mutuelle d'assurer efficacement l'accès financier de ses bénéficiaires aux soins de santé de manière durable et autonome, un partenariat est noué entre la mutuelle et la ou les formations sanitaires.

Dans les statuts, l'assemblée générale peut prévoir le paiement d'un droit d'adhésion lors de l'inscription d'un adhérent. Son montant peut être modifié, périodiquement, par cette assemblée.

Le droit d'adhésion sert à couvrir les frais inhérents à l'inscription. Il peut être remplacé par la vente de la carte ou du carnet d'adhérent, ce qui est plus simple au plan comptable et souvent mieux accepté par les adhérents.

Le droit d'adhésion n'est généralement payé qu'une seule fois, lors de l'entrée de l'adhérent dans la mutuelle, et n'est donc pas renouvelable pour les exercices suivants.

2. La cotisation

Les cotisations constituent la principale ressource financière d'une mutuelle de santé. De ce fait, à elles seules, elles doivent permettre à la mutuelle de :

- Octroyer les prestations aux adhérents ;
- Financer son fonctionnement ;
- Constituer des réserves afin de renforcer sa solidité financière, d'exercice en exercice.

Le choix du système de cotisation est fait par l'assemblée générale constitutive et est inscrit dans ses statuts. Seule l'assemblée générale peut le modifier.

Dans les Mutuelles concernées par l'étude, les cotisations varient suivant la taille du ménage comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 1

Acteurs	Ménages de 6 personnes	Ménages de plus de 6 personnes mais ne dépassant pas 10 personnes	Cotisation unipersonnelle
MUNASA	30.000FBU	35000FBU	20.000FBU
FEMUSCABU	30.000FBU	35000FBU	20.000FBU
FVS-AMADE	30.000FBU	35000FBU	20.000FBU
UCODE-AMR	30.000FBU	35000FBU	20.000FBU
MEMISA	30.000FBU	35000FBU	20.000FBU

Source : PAMUSAB, rapport annuel 2020 et entretien avec les acteurs des mutuels membres de la PAMUSAB

§2. Services couverts par les mutuelles communautaires de santé

Une mutuelle constitue un système de couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires dans les centres de santé et les hôpitaux. A titre d'exemple, voici quelques services courants offerts par une mutuelle de santé.

1. Au niveau du centre de santé

Les mutuelles communautaires de santé prennent en charge tout le paquet minimum d'activités, les soins curatifs : consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments, quelques analyses de laboratoire (goutte épaisse, examen direct des selles et des urines).

La petite chirurgie : pansement, injection, suture, Parfois, on y adjoint la petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé (mise en observation)[65]

2. Au niveau de l'hôpital du district

Les mutuelles communautaires de santé couvrent tout le paquet complémentaire d'activités : la consultation chez un médecin, chirurgie, l'hospitalisation, l'imagerie médicale de diagnostic complémentaire : échographie, radiographie, excepté la chirurgie esthétique (hors accident) et les prothèses, lunetterie et les maladies chroniques. Les soins hospitaliers et les soins spécialisés sont également pris en charge.

a. Soins hospitaliers

Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les range souvent sous la rubrique "gros risques".

b. Soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques tels que la radiologie et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation soit lors d'une consultation externe (visite du patient).

§3. Le ticket modérateur et taux de pénétration

Les membres des mutuelles doivent supporter un certain pourcentage des frais de soins de santé malgré la mutualisation organisée à travers la mutuelle. C'est le ticket modérateur. Nous allons découvrir dans ce paragraphe à combien s'élève ce montant et quel est le pourcentage de la population burundaise qui utilise les mutuelles communautaires de santé.

1. Ticket modérateur

Les mutuelles de santé appliquent le système de tiers payant, en prenant en charge 80% du coût des soins de santé. Le reste du montant, soit 20% étant payé par le bénéficiaire à titre de ticket modérateur.

---

[65] STEP-BIT-CIDR, Guide *de suivi et d'évaluation des systèmes de micro- assurance santé,* Méthodologie, Tome 1, Bureau international du travail, Genève, 2001, p.57.

Chaque centre de santé ou hôpital envoie une facture mensuelle à la mutuelle de santé avec laquelle il a signé un contrat de collaboration. Le tableau ci-après montre comment le ticket modérateur varie d'une structure sanitaire à l'autre.

Tableau 2

Formation sanitaire	**Ticket modérateur**	**Part supportée par la Mutuelle**
Centre de santé public	20%	80%
Centre de santé confessionnel	40%	60%
Centre de santé privé	50%	50%
Hôpital public	30%	70% avec un plafond de 200.000FBU
Hôpital privé	50%	50% avec un plafond de 200.000FBU

Source : PAMUSAB, rapport annuel 2020 et entretien avec les acteurs des mutuels membres de la PAMUSAB[66].

2**. Le taux de pénétration**

Les mutuelles de santé communautaires, membres de la PAMUSAB s'intéressent particulièrement à la population du secteur informel et rural. Les acteurs des mutuelles membres de la PAMUSAB sont rappelons-le, MUNASA, FEMUSCABU, FVS-AMADE, UCODE-AMR et MEMISA Belgique.

Selon la cartographie disponible en 2020, sur 119 communes des 18 provinces du Burundi, les mutuelles de santé membres de la PAMUSAB sont présentes dans 88 communes. Comme l'indique le tableau ci-après les bénéficiaires varient d'un acteur à un autre.

[66]La fixation du plafond de la part supportée par la mutuelle est une limite importante des soins des bénéficiaires sachant qu'au-delà de deux cent mille francs burundais, les frais sont supportés à cent pour cent par l'adhérent. Il serait mieux d'augmenter la cotisation des membres des mutuelles pour assurer une prise en charge plus ou moins complète.

Tableau 3

Acteurs	M.S /Section	Ménages assurés	Bénéficiaires assurés	Provinces couvertes
MUNASA	64	12 203	59 353	9
FEMUSCABU	32	4 171	23 070	13
FVS-AMADE	13	1 811	6 899	5
UCODE-AMR	8	1 591	7 562	3
MEMISA	8	536	2 676	2
Total	**125**	**20.312**	**99.560**	

Source : PAMUSAB, rapport annuel 2020 et entretien avec les acteurs des mutuels membres de la PAMUSAB

Calcul du taux de pénétration des mutuelles communautaires de santé sur la population totale du Burundi en 2020

Le Burundi, pour une bonne opérationnalisation et un bon suivi et évaluation des Objectifs de Développement Durable (ODD), de l'agenda 2063 de développement de l'Afrique, de son Plan National de Développement (PND), 2018-2027 et des stratégies sectorielles et plans communaux de développement communautaire qui en découlent, a besoin d'avoir des données sociodémographiques désagrégées jusqu'au niveau le plus bas de la planification qui est la Commune[67].

Or, la seule source de données démographiques complètes, fiables et désagrégées jusqu'au niveau communal dont dispose le pays est le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2008. Par ailleurs et conformément à la recommandation des Nations Unies en la matière, les données issues de ce recensement de 2008 sont devenues obsolètes depuis 2018.

[67] ISTEEBU, *projections démographiques au niveau communal 2010-2050*, février 2020, p.15.

C'est pourquoi pour pallier à ce défi, l'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU), organe central de coordination technique du Système statistique National, avec l'appui technique et financier du Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA), a produit et rendu publique les projections démographiques étendues jusqu'au niveau communal pour l'horizon 2010 -2050[68].Selon la même source le tableau ci-après montre la répartition de la population burundaise par province en 2020.

Tableau 4

Numéro	**Province**	**Population totale**
1	BUBANZA	516.656
2	BUJUMBURA	710.458
3	BURURI	478.565
4	CANKUZO	349.824
5	CIBITOKE	703.758
6	GITEGA	1.108.478
7	KARUSI	667.088
8	KAYANZA	894.781
9	KIRUNDO	960.267
10	MAKAMBA	658.614
11	MURAMVYA	447.212
12	MUYINGA	966.615
13	MWARO	417.489
14	NGOZI	1. OO9.882
15	RUMONGE	538.059
16	RUTANA	509.758
17	RUYIGI	612.196
18	BUJUMBURA MAIRIE	759.901
TOTAL		**12.309.601**

Le tableau 3 montre que les mutuelles encadrées par les acteurs membres de la PAMUSAB assurent **99560** bénéficiaires sur une population totale qui s'élève à **12.309.601**.

Le taux de pénétration est donc de : (99560*100)/12.309.601= **0.8%.**

Le taux de pénétration pour l'année mutualiste 2020 est donc de 0.8%.

[68] ISTEEBU, *op.cit.*, p.16.

Section 3. La contribution des mutuelles communautaires de santé pour l'amélioration de la santé et de la qualité des soins

Sans doute, les mutuelles contribuent pour l'amélioration de la santé et de la qualité des soins. En effet, les mutualistes et les prestataires des services et soins de santé ont adopté un principe de dialogue permanant relatif à l'exécution du contrat qui les lie.

§1. La contribution des mutuelles communautaires de santé pour l'amélioration de la qualité des soins

Les mutuelles constituent un mécanisme efficace pour servir d'interface entre l'offre et la demande de soins. Elles disposent de mécanismes, notamment dans le cadre de la contractualisation, pour créer des espaces de dialogue et une interaction entre « soignants et soignés ». Cette perspective est importante (mais souvent oubliée) dans la cadre de la Couverture santé universelle et la quête de la qualité de soins (y compris la qualité perçue) pour assurer l'écoute de l'assuré, lever les différents problèmes d'incompréhension et ainsi améliorer les comportements des autres[69].

Bien que les mutuelles soient souvent constituées autour de services de soins existants ayant une qualité acceptable ou exceptionnel, il est malgré tout un défi d'améliorer la qualité des soins en utilisant le pouvoir d'achat collectif crée par les mutuelles de santé. La mise en place de mutuelles dans des zones où la qualité des soins est mauvaise représente aussi un véritable défi.

Les mutuelles améliorent la qualité des soins en :

- Mobilisant des ressources financières supplémentaires ;
- Donnant plus de certitude aux prestataires en termes de rémunération en numéraire ;
- Renforçant la communication et les lignes de responsabilité entre les prestataires et les patients ;
- Utilisant des contrats pour créer des effets de levier.

Les recettes additionnelles générées pour les prestataires par des mutuelles de santé peuvent être utilisées pour acheter des médicaments essentiels, payer le personnel supplémentaire ou améliorer les approvisionnements, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

---

[69] OUATTARA O. et NDIAYE P., *Potentiel des mutuelles de santé dans la mise œuvre de la couverture maladie universelle au Mali et au Sénégal*, Sénégal, 2018, p.31.

A la différence des payements par les usagers, les mutuelles de santé offrent aux prestataires de services de santé un système de rémunération plus fiable qui permet de mieux planifier l'utilisation des ressources.

Une définition plus claire des responsabilités et un dialogue franc et ouvert entre les prestataires et les membres de la communauté sont plus importants que les ressources financières à elles toutes seules pour améliorer la qualité.

Les mutuelles de santé offrent un forum permettant de discuter la qualité et de donner du feed-back aux prestataires de services de santé, et également de créer des consommateurs plus informés des services de santé[70].

Les mutuelles de santé améliorent la qualité des soins en négociant avec les prestataires et en concluant des contrats avec eux. Les contrats entre les mutuelles de santé et les prestataires comprennent des normes précisant ce que la mutuelle attend de ces derniers en termes des aspects structurels et de processus de soins de santé.

Les mutuelles sont devenues les interlocuteurs privilégiés de leurs adhérents dans le domaine de la santé. La santé est donc l'activité principale des mutuelles, mais elles ont largement développé leur champ d'intervention pour accompagner leurs adhérents au quotidien[71].

§2. La contribution des mutuelles communautaires de santé pour l'amélioration de la santé

Les mutuelles communautaires de santé contribuent à améliorer l'accessibilité financière, l'utilisation, la mobilisation des ressources et la qualité de services de santé grâce à des efforts coopératifs et communautaires. L'effet plus visible de la mutualité est la réduction des paiements directs à la charge des personnes au moment du recours aux soins.

La baisse des paiements directs à la charge des patients par événement permet une utilisation plus fréquente des services de santé et réduire les délais pour l'obtention des soins.

---

[70] PHR plus, *21 questions sur le Financement collectif de la Santé*, septembre 2014, p.3.

[71] NIZEYIMANA E., *contribution à la mesure de la satisfaction des bénéficiaires des services des mutuelles de santé communautaire : cas des mutuelles de santé des associations des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU)*, Mémoire, U.B., Bujumbura, octobre 2014, p.14.

En plus grâce à ce financement communautaire, les membres des mutuelles n'ont probablement pas besoin d'emprunter et de s'endetter pour pouvoir payer les dépenses médicales[72]. Il existe un certain nombre de mécanismes à travers lesquels les mutuelles de santé peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins.

Premièrement, les membres ont tendance à s'attendre à ce que les prestataires de soins partenaires améliorent la qualité du service, et cette attente cause effectivement une telle amélioration. En effet, les prestataires se sentent probablement plus responsables vis-à-vis de leurs clients s'il existe un mécanisme établi permettant à ces derniers de communiquer avec les responsables de la mutuelle de santé.

Deuxièmement, la qualité des soins est améliorée par des contrats entre les prestataires et les mutuelles stipulant certaines normes de qualité pour différents services. Troisièmement, les établissements de santé peuvent utiliser les paiements des mutuelles pour régulariser les flux de trésorerie ou faire des investissements dans l'approvisionnement en médicaments, etc.

Dans de nombreux pays à faible niveau de revenus comme le Burundi, les budgets publics pour les soins de santé peuvent être irréguliers, et la création d'une source stable des revenus des mutuelles de santé permettent aux prestataires de maintenir des stocks de médicaments et autres fournitures[73].

[72]L'entretien mené avec les acteurs des mutuelles communautaires de santé a révélé que les adhérents aux mutuelles ont des facilités de se faire soigner. Ils n'ont pas besoin d'emprunter et de s'endetter pour pouvoir payer les dépenses médicales.
[73] PHR Plus, *op.cit.*, p.4.

CHAPITRE III. LES MODELES ADOPTES PAR D'AUTRES PAYS : QUELLE INSPIRATION POUR LE BURUNDI ?

Comme déjà évoqué ci-haut, les premières mutuelles communautaires de santé sont apparues au Burundi en 1992. Elles couvrent toutes les provinces du pays avec un total de 20.312 ménages assurés et 99.560 bénéficiaires avec un taux de pénétration de 0,8%.

Cependant, d'autres pays tant européens qu'africains ont réussi à implanter les mutuelles avec un taux de pénétration record dans la population. Ces modèles peuvent-ils donner une leçon pour le Burundi ?

Ainsi ce chapitre va faire les contours des modèles européens (la Belgique et la France) et africains (le Rwanda et le Sénégal) qui ont émergé dans le domaine des mutuelles.

Section1. Le modèle européen

Dans de nombreux pays européens, les sociétés mutuelles ont une longue histoire et remontent au Moyen Âge. Elles se sont diffusées au XIXe et au début du XXe siècle, servant de filet de sécurité aux travailleurs industriels et autres groupes socioprofessionnels qui, par ce moyen rassemblaient des fonds pour se protéger des risques sociaux et patrimoniaux.

Les mutuelles jouent un rôle fondamental dans l'économie et la société européenne en fournissant une couverture sociale et d'autres types d'assurances à de nombreux citoyens européens.

Les réformes majeures entraînant la création des systèmes obligatoires de protection

Sociale après la Seconde Guerre mondiale ont diversifié le rôle joué par les mutuelles dans la société européenne.

On retrouve essentiellement deux sortes de sociétés mutuelles, à savoir les « organismes de prévoyance et de secours » et les « sociétés d'assurance mutuelle ».

Les dernières sont des compagnies d'assurance organisées et gérées selon le principe de la mutualité, qui peuvent couvrir tous types de risques patrimoniaux et de risques de la vie. Les sociétés mutuelles quant à elles fournissent une couverture sociale supplémentaire, complémentaire, ou bien s'intégrant dans le système obligatoire de protection sociale.

Elles gèrent dans certains cas leurs propres infrastructures (comme des hôpitaux et des pharmacies)[74].

---

[74] SIMON B. et al., *le rôle des sociétés mutuelles au XXI ème siècle*, Bruxelles, juillet 2011, p.29.

En raison de leur parrainage aux mutuelles communautaires de santé au Burundi, nous allons analyser dans les lignes qui suivent le système belge et français.

§1. Le système belge

En Belgique, chaque travailleur est assujetti à la sécurité sociale. Pour bénéficier du remboursement des soins de santé et du paiement des indemnités d'incapacité de travail, il faut être membre d'une mutualité. C'est le principe de l'assurance obligatoire[75].

Il convient de passer en revue la subdivision des mutuelles belges, du passage de l'assurance volontaire à l'assurance obligatoire avant de constater comment les institutions publiques comme l'Institut d'assurance maladie invalidité (INAMI) s'est impliqué dans la gestion de la mutualité en Belgique.

1. La subdivision des mutuelles belges

Les plus grandes mutualités de Belgique naissent en pleine période de polarisation, c'est-à-dire à une époque où la société se divise en plusieurs factions sur base de croyance religieuse et politique. Même si le paysage a depuis fortement changé, les mutualités qui sont nées à cette époque ont gardé le nom et la philosophie de leur faction. Ainsi, en Belgique, les plus grandes mutualités sont la mutualité Chrétienne, Socialiste, Libérale et Neutre[76].

a. La mutualité Neutre

La mutualité Neutre est une mutuelle qui, contrairement aux acteurs ci-dessous, ne souscrit à aucun courant politique ou idéologique. Elle s'engage au contraire à être disponible pour tout le monde indépendamment de ses convictions. Les citoyens qui souhaitent adhérer à la mutuelle Neutre débourse 9.50euros par mois en cotisation.

---

[75] Coordinations et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRE), *Vivre en Belgique, santé et famille,* p.7. trouvé sur https://discribe/wp.content/up loads (visitée le 15/4/2022)

[76] Quai des charbonnages 62, *Quelle mutuelle choisir ? Découvrez notre comparateur de mutuelles en Belgique, Bruxelles 2022,* p.8. trouvé sur https://www.bobex.be/fr-be/ comparateur-mutuelle (visité le 14/4/2022)

b. La mutualité Chrétienne

Fondée sur le principe "la mutualité, c'est bon pour la santé", la mutualité chrétienne facilite la solidarité envers les plus démunis et s'engage à rendre les soins de santé accessibles pour tous. Avec ses 4.5 millions de membres, elle constitue le plus grand partenaire de mutualité en Belgique. Le prix de la cotisation pour la mutualité Chrétienne s'élève à 12.50 euros par mois.

c. La mutualité Socialiste

La deuxième plus grande mutuelle du pays est la mutualité socialiste, qui compte environ 3.2 millions d'affiliés.

Fondée en 1869, celle-ci constitue le plus grand parti mutualiste de Wallonie et regroupe surtout des ouvriers et des personnes de conviction socialiste. Un affilié à la mutualité Socialiste débourse 6.8 euros par mois en cotisation.

d. La mutualité Libérale

Cette mutualité, fondée en 1914**,** s'adresse en particulier aux acteurs indépendants et compte aujourd'hui plus de 600.000 membres.

Cette mutuelle d'entreprise offre notamment des assurances et des services sur mesure pour les professionnels. Chez la mutualité libérale le tarif de cotisation est de 10 euros par mois.

2. De l'assurance volontaire à l'assurance obligatoire

La naissance de la sécurité sociale « moderne » date des lendemains de la Deuxième guerre mondiale. Elle se substitue à un système composite d'assurances sociales réservées à certaines catégories professionnelles de salariés.

Le système reposait sur la bonne volonté des acteurs, leur « esprit de prévoyance » sans engagement aucun de l'autorité publique. Ceci était conforme à la doctrine libérale des partis catholiques ou libéraux qui se partageaient le pouvoir en Belgique depuis sa fondation en 1830.

L'assurance volontaire n'eut guère de succès : les ouvriers ne semblaient pas véritablement animés de « l'esprit de prévoyance » que la bourgeoisie voulait leur inculquer[77].

Dès 1945, chacun fut obligé de s'assurer contre la maladie et l'invalidité auprès d'un organisme assureur qui est la mutuelle. La mutuelle, organisme privé, n'est pas une société commerciale mais une association de membres. Il en existait des centaines jadis, au plan local, ou catégoriel ou professionnel, créées dans une famille politique qu'on appelle en Belgique « un pilier » (socialiste, catholique ou libéral) parce qu'ils soutiennent (ou menacent) l'édifice politique.

En matière des prestations obligatoires, les remboursements sont identiques d'une mutuelle à l'autre mais chacune peut offrir des services supplémentaires à ses affiliés, pratiquant cette concurrence si valorisée aujourd'hui. Mais, les mutuelles ne peuvent pas choisir leurs risques.

L'assurance obligatoire étant régie par la loi, son application par les organismes assureurs est tout à fait similaire. Toutefois, les affiliés ont la possibilité de cotiser en sus à une assurance dite libre (pour les travailleurs indépendants) ou dite complémentaire pour les travailleurs salariés qui leur propose une série de services annexes (soins et aide à domicile, assistance juridique, matériel médical de location, etc.)[78]

3. Implication des institutions publiques dans la gestion de la mutualité belge

Tout a commencé par un débat entre les mutualités et le gouvernement portant sur la « responsabilité » des mutuelles en cas de déficit et sur l'implication de l'Etat. Du côté chrétien, il était de renforcer le rôle assuranciel de la mutuelle en revendiquant pour elle la liberté de moduler le montant des cotisations et des remboursements. Les socialistes quant à eux plaidaient pour le maintien de la solidarité entre salariés accompagnée d'une intervention plus forte de l'Etat.

Le débat a abouti à la création d'une nouvelle institution, l'Institut d'assurance maladie invalidité (INAMI) dans lequel le secteur indemnités est distinct du secteur soins de santé. Les deux sont chapeautés par des comités de gestion paritaires. Dans le secteur indemnités, les organisations syndicales et les organisations patronales représentent les pourvoyeurs de cotisations.

---

[77] TROYER M. et KRZESLO E., *Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale* : *trois éléments indissociables*, Belgique, Novembre 2004, p.19.disponible sur c:// users // BEBE/ Downloads (visitée le 15/4/2022)

[78] TROYER M. et KRZESLO E., *op.cit*. p.20.

Dans le comité des soins de santé, les mutuelles représentent leurs membres et les prestataires de soins représentent l'ensemble du corps médical. Le mécanisme développé devait concilier les thèses socialistes et chrétiennes mais aussi rétablir un équilibre dans les charges des unes et des autres.

4. La gestion administrative de l'Institut national d'assurances maladie invalidité (INAMI)

L'Institut national d'assurances maladie invalidité (INAMI) est un établissement public doté de la personnalité civile, chargé de la direction générale et du contrôle de l'assurance soins de santé et indemnités. La gestion administrative et générale de l'INAMI est assurée par le comité général de gestion.

Ce comité est composé de manière tripartite d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives des employeurs et des organisations de travailleurs indépendants, des organisations représentatives des travailleurs salariés, et de représentants des organismes assureurs, c'est-à-dire les mutuelles elles-mêmes et les caisses auxiliaires publiques.

Les partenaires sociaux sont donc présents dans la gestion de l'INAMI au même titre que dans les autres organismes de sécurité sociale.

Trois représentants du gouvernement y siègent également : ils sont nommés par le Roi sur proposition des ministres ayant en charge, respectivement, les affaires sociales, le budget et les classes moyennes.

La gestion quotidienne de l'INAMI est assurée par un administrateur général au travers de cinq grands services : le service des soins de santé, le service des indemnités, le service du contrôle médical, le service du contrôle administratif et d'un service général. Depuis 1991, l'INAMI assure plus de 99 % de la population.

Les organismes assureurs tels les unions nationales de mutualités et les deux caisses publiques (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, la Caisse des soins de santé de la Société nationale de chemins de fer belges) remboursent des soins de santé et octroient des indemnités d'incapacité de travail et des indemnités de maternité.

Pour pouvoir bénéficier de l'assurance soins de santé et indemnités, chaque bénéficiaire doit s'affilier auprès d'un organisme assureur[79].

§2. Le système français

La Mutualité Française rassemble la quasi-totalité des mutuelles qui complètent les remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Ces mutuelles protègent 60 % des françaises et des français[80].

Les mutuelles se distinguent d'une part des sociétés d'assurance, qui rémunèrent des actionnaires, et d'autre part des institutions de prévoyance, qui sont cogérées par les syndicats de salariés et d'employeurs.

Les mutuelles sont des personnes de droit privé à but non lucratif. Elles respectent une stricte indépendance syndicale, mais aussi partisane, religieuse ou philosophique. Concrètement, les dirigeants des mutuelles sont élus par les adhérents.

Leur gestion est notamment placée sous le contrôle de ces derniers. Les cotisations ne sont pas fondées sur l'analyse de l'état de santé de chacun. Les mutuelles ne font pas de sélection du risque[81].

Le paragraphe sous analyse nous permet de connaitre l'historique des mutuelles françaises, leur subdivision et l'implication de l'Etat dans la gestion du domaine des mutuelles. Il sera également question de voir les fédérations de la mutualité française.

1. Historique des mutuelles françaises

Les mutuelles ont une histoire qui remonte loin dans les diverses formes d'entraide et dont on trouve les sources dans les sociétés anciennes, non seulement en France et en Europe, mais aussi dans le monde.

Les premières sociétés de secours mutuel apparaissent en Europe au XVIIIe siècle, issues des confréries, des corporations et du compagnonnage.

---

[79] Solidarité socialiste, *Alter Égo n° 42, pensons le monde autrement vivons-le solidairement*, Bimestriel, Novembre- Décembre 2009, p.11.

[80] Mutualité française, *les mutuelles ouvrent le débat*, Bordeaux, juin 2009, p.5. disponible sur : https://www.erudit.org/en/journals/recma/1900-v1-n1-recma01135/1022183ar.pdf (visité le 12/4/2022)

[81] Mutualité française, *op.cit*., p.6.

Le mouvement mutualiste prend de l'ampleur à la seconde moitié du XIXe siècle, en réponse au sentiment croissant d'insécurité provoqué par la révolution industrielle dans la classe ouvrière.

Les mutuelles françaises sont héritières des sociétés de secours mutuels qui se créèrent à partir des années 1760 et furent encadrées par la loi du 15 Juillet 1850 puis la loi du 1er avril 189, dite aussi « Charte de la mutualité ».

La création de la sécurité sociale en octobre 1945 entraîne une modification de leur rôle et organise leur action en coopération avec les assurances sociales devenues obligatoires pour une partie de la population[82].

2. La subdivision des mutuelles françaises

Les mutuelles françaises sont régies par le Code de la mutualité, dont l'article 2 précise les activités qu'elles peuvent mener, ainsi que leurs principes de gouvernance, de gestion et de contrôle. Ce code est subdivisé en trois Livres, qui correspondent aux trois types d'activité des mutuelles.

Le Livre I concerne l'action politique que les mutuelles mènent pour affirmer leur mission générale dans la société.

Le Livre II concerne la maladie, les accidents et la maternité. Dans ce contexte les mutuelles ont très tôt dans leur histoire, associé à la couverture santé proprement dite, des garanties de prévoyance qui se rattachent à la santé et qui peuvent concerner le décès, l'invalidité et la perte de traitement. Certaines ont ensuite proposé à leurs adhérents une couverture touchant le risque dépendance. Le Livre III concerne l'action sociale au sens large et couvre notamment la création et la gestion d'établissements de santé, de maisons de retraite ou d'établissements pour personnes dépendantes. Par ailleurs, il existe des mutuelles interprofessionnelles, les mutuelles de la fonction publique d'état et celles de la fonction publique territoriale.

[82] WAQUET C., *la généralisation de la couverture complémentaire en santé* ; paris, 2013, p.19. disponible sur https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier (visité le 25/4/2022)

a. Les mutuelles interprofessionnelles

Créées et développées dans le secteur privé, agissent soit dans le cadre d'une entreprise, soit dans le champ d'une profession, soit dans l'espace d'un bassin géographique de population. Elles ne sont pas sans relation avec la fonction publique, puisqu'elles peuvent compter des adhérents fonctionnaires ou assimilés venant vers elles à titre individuel. Elles peuvent également constituer au sein d'un groupe une mutuelle dédiée à la fonction publique. Ces mutuelles au fil du temps ont développé d'importants dispositifs d'action sociale, qui peuvent aller jusqu'au logement social. La plus importante d'entre elles est Harmonie Mutuelle.

b. Les mutuelles de la fonction publique d'Etat

Elles couvrent la très large majorité des agents de l'État. Les mutuelles de la fonction publique d'État peuvent recevoir depuis 1952, une contribution financière de l'État pour leurs membres agents publics de l'État.

Les conditions d'attribution ont radicalement changé avec le décret du 19 septembre 2007qui fait dépendre l'attribution des aides financières d'une procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire.

Ainsi, la contribution financière de l'État porte sur les risques santé et prévoyance.

c. Les mutuelles de la fonction publique territoriale

Elles s'adressent directement aux personnels territoriaux et traitent avec les collectivités territoriales qui se sont engagées dans le soutien à la couverture santé-prévoyance de leurs agents. La plus importante d'entre elles est la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT).

Parmi les collectivités aidantes, certaines choisissent d'aider directement leurs salariés à acquérir une couverture santé-prévoyance, tandis que d'autres procèdent par appel d'offres en demandant aux opérateurs santé-prévoyance de faire connaître les cotisations qu'ils demanderaient pour servir les prestations fixées dans l'appel d'offres de la collectivité concernée.

Si le financement de la Protection sociale complémentaire peut faire l'objet d'une aide de l'employeur par une convention de participation et/ou par une labellisation, il n'y a pas d'obligation à ce que cette aide porte à la fois sur la santé et sur la prévoyance. Elle peut porter sur ces deux risques ou sur un seul de ces risques au choix de l'employeur.

Dans les collectivités territoriales, la participation est directement versée à l'agent ou aux organismes pour alléger la cotisation de l'agent.

3. Implication de l'Etat dans la gestion de la mutualité française

Après la Seconde Guerre mondiale, les mutuelles françaises ont bénéficié d'un climat favorable résultant des nouvelles idées sur la solidarité nationale et le progrès social. La création de la Sécurité sociale, loin de limiter leur développement, leur a donné l'occasion d'accompagner et de compléter l'action publique qu'elle porte.

L'État français a soutenu les mutuelles en les exonérant de taxes et d'impôts, en permettant qu'elles reçoivent des aides publiques. Sans mettre en question leur liberté, il leur a manifesté son appui moral en soulignant le prix qu'il attachait aux valeurs mutualistes.

4. Les fédérations de la mutualité française

Deux fédérations à vocation générale se partagent inégalement la représentation collective des mutuelles interprofessionnelles et des mutuelles de la fonction publique.

Il s'agit de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), qui regroupe la très large majorité des mutuelles et la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM), qui rassemble une trentaine de mutuelles.

a. La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF

Créée en 1902, elle est présente en métropole et en outre-mer via 17 unions régionales qui portent et mettent en œuvre ses positions auprès des décideurs locaux[83].
La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) est une organisation professionnelle à laquelle 95% des mutuelles de santé régies par le Code de la Mutualité sont adhérentes. Elle est représentée au niveau local par les unions régionales. Son rôle est d'être le porte-parole des mutuelles et des unions qui la composent auprès des pouvoirs publics et des institutions[84]. Elle est un acteur historique de l'économie sociale et solidaire.

[83] FNMF, *rapport d'activités 2018*, p.11. (64) disponible sur file:///C:/Users/BEBE/Downloads/2019_09_20_FNMF_Rapport_Activite_2018_MEL4.pdf (visité le 21/4/2022)
[84]https://ca.linkedin.com/company/mutualite-francaise?trk=public_profile_experience-item_profile-section-card_image-click (visité le 29/4/2022)

Afin de mener à bien ses objectifs, elle est en relation avec les autorités de l'État et les collectivités territoriales, ainsi que toute autre partie prenante des pouvoirs publics et les professionnels de la santé. La coordination et la cohésion des groupements qui y adhèrent fait également partie de ses missions[85].

En tant que spécialistes de la santé et de la protection sociale, la fédération nationale de la mutualité française valorise le rôle essentiel des mutuelles au sein du système de santé et propose des pistes d'amélioration ou d'innovation en matière d'organisation du système de santé.

b. La Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM)

Créée en 1989, la fédération nationale indépendante des mutuelles a pour vocation de fédérer les mutuelles indépendantes, de défendre leurs intérêts et de garantir le pluralisme du secteur et la liberté de choix des assurés sociaux en matière de complémentaire santé.

Elle permet aux mutuelles de se rassembler, d'échanger et de nouer des partenariats tout en préservant leur personnalité et leur indépendance, pour une cotisation unique qui offre des services de grande qualité[86].

La Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles est une organisation de défense et de représentation des mutuelles indépendantes. Ses activités sont réalisées grâce aux missions qu'elle s'est assignées et des produits mis en place.

La fédération Nationale Indépendante des Mutuelles s'est donnée pour mission de défendre les mutuelles (de livre II ou III) qui n'ont pas selon elle, les possibilités de faire valoir réellement leurs positions et la réalité de leurs activités. Cette fédération défend les intérêts collectifs, moraux et matériels. Elle assure la représentation et facilite les activités des mutuelles indépendantes. Elle défend également Le pluralisme mutualiste en favorisant le développement de ses adhérents[87].

---

[85]https://www.lecomparateurassurance.com/103354-institution-organisme/107494-fnmf-wwwmutualitefr (visité le 22/4/2022)

[86] FNIM, *baromètre 2013 de la mutualité de proximité*, paris 2013, p.2. disponible sur : emis.documentation.developpement-durable.gouv.fr/docs/Temis/0003/Temis-0003769/3125_2.pdf (visité le 23/4/2022)

[87]https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf (visité le 25/4/2022)

Outre des actions menées en fonction de l'actualité auprès des Pouvoirs publics, la FNIM est représentée et agit dans plusieurs instances notamment le conseil supérieur de la mutualité, le comité régional de coordination de la mutualité, la commission des comptes de la santé et le conseil de surveillance du Fonds CMU[88].

Section 2. Le modèle africain

Dans la plupart des pays africains, l'accès aux systèmes de sécurité sociale est réservé aux travailleurs du secteur formel. Il n'existe aucune assurance santé pour le reste de la population qui est pourtant la plus démunie et, souvent, la plus exposée aux risques.

Les travailleurs du secteur informel qui constituent plus de 80 pour cent de la population active du continent se trouvent de ce fait dans une situation de vulnérabilité grave.

Aujourd'hui, bon nombre de pays d'Afrique présentent des indicateurs de santé et une espérance de vie parmi les moins favorables au monde[89].

Face à cette situation, de nombreux groupes de population ont décidé de s'organiser pour développer des formes de protection sociale qui répondent de la meilleure manière possible à leurs besoins. Dans certains cas, ils ont mis en place des systèmes de micro-assurance santé.

Les systèmes de micro-assurance santé contribuent à réduire les barrières financières d'accès aux soins. Les mutuelles de santé constituent l'une des formes les plus répandues de systèmes de micro-assurance.

Dans les lignes qui suivent nous analysons le système rwandais et sénégalais en raison de leurs exemplarités d'émergence des mutuelles qui peuvent servir de leçons à d'autres pays dont le Burundi.

§1. Le système Rwandais

Les mutuelles communautaires de santé au Rwanda ont émergé suite à plusieurs facteurs.

---

[88]http://www.associations-citoyennes.net/wp-content/uploads/2017/07/Bref-historique-protection-sociale-en-France.pdf (visité le 28/4/2022)

[89] BIT, *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, GENEVE 2002, p.7. disponible sur : www.ilo.org/step/publs (visité le 23/4/2022)

Dans les lignes qui suivent nous parlons de l'historique des mutuelles, de leur couverture géographique, de leur structure organisationnelle et de l'implication de l'Etat par la mise en place d'un fond national de garantie des mutuelles de santé et une politique de développement des mutuelles communautaires de santé.

1. Historique des mutuelles au Rwanda

Au Rwanda, c'est depuis les années 60 que des initiatives d'assurance maladie basée sur la communauté, à l'instar de l'association Muvandimwe de Kibungo (1966) et de l'association Umubano mubantu de Butare (1975) ont commencé à se constituer.

Cependant, ces initiatives d'assurance maladie basées sur la communauté ne se sont davantage développées que depuis la réintroduction de la politique de paiement à l'acte en 1996.

En effet, de six mutuelles de santé en 1998, le nombre de mutuelles de santé est passé à 76 en 2001 et à 226 mutuelles de santé en novembre 2004[90].

Cette croissance considérable du nombre de mutuelles de santé et du nombre de bénéficiaires témoigne sans nul doute l'affirmation d'une dynamique communautaire dans la recherche de solutions aux problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé et de protection contre les risques financiers associés à la maladie.

L'histoire récente de la mutualité au Rwanda remonte à 1999 lorsque les grandes agences internationales et en particulier l'USAID décide d'accompagner le développement des mutuelles de santé. C'est alors qu'un tissu mutualiste prend forme et sur lequel le pays se basera pour mettre en place un système obligatoire et quasi universel.

Les premières mutuelles ont vu le jour dans les anciens districts de Byumba, Kabutare et Kabgayi avec l'adhésion libre des populations.

C'est en 2001 que le processus s'accélère lorsque l'État décide d'apporter un soutien renforcé au développement des mutuelles de santé[91].

---

[90]République du Rwanda, Ministère de la santé, *politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda*, p.4.

[91] BAYEGE I., *Contribution des Mutuelles de Santé à l'accessibilité des populations du district sanitaire de Byumba aux services de Santé.* Université Nationale Rwanda/ École de Santé Publique - Maîtrise en Santé Publique (MPH), 2005, p. 32.

Les bénéficiaires des mutuelles de santé ont accès aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires au même titre que les travailleurs du secteur structuré.

Le Rwanda a pu développer un modèle innovant qui constitue un véritable exemple pour toute l'Afrique. En effet, le système permet de couvrir aujourd'hui près de 90% de la population rwandaise.

2. Couverture géographique en mutuelles de santé

La couverture géographique des mutuelles de santé s'est rapidement étendue au Rwanda. Alors qu'au départ en 1999, les mutuelles de santé s'étaient développées essentiellement dans quatre provinces du pays, elles se sont depuis août 2004 implantées dans la quasi-totalité des onze provinces du pays ainsi que dans la Mairie de la Ville de Kigali[92].

Une mutuelle de santé de district est établie dans chacun des 30 Districts administratifs du Rwanda, ce qui fait au total 30 mutuelles de santé de district pour couvrir tout le territoire.

Chaque mutuelle de district est subdivisée et constituée d'autant de sections de mutuelles qu'il y a de centres de santé agréés dans le district.

L'adhésion de la population à des mutuelles de santé s'est opérée dans une dimension d'activisme sans précédent.

En effet, avec un taux d'adhésion de 7% en 2003, on est passé à des taux d'adhésion respectivement de 27% en 2004, 44.1% en 2005, 73% fin octobre 2006, 75% fin novembre 2007, 85 % fin décembre 2008 et 86% à fin juin 2009. Le taux moyen d'adhésion (ou de pénétration) au niveau national est de 85% en fin d'année 2008[93].

3. Fonds National de garantie des mutuelles de santé

Chaque mutuelle de santé au niveau des districts est renforcée par un Fonds de garantie attaché au Ministère ayant la santé dans ses attributions : C'est le Fonds National de Garantie des mutuelles de santé (FNGM).

---

[92] KAMWENUBUSA T. et al., *Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi*, Mars 2011, p.32.
[93] KAMWENUBUSA T. et al., *op.cit*., p.33.

Son rôle est de :

-Payer les factures des soins médicaux des affiliés aux mutuelles de santé qui ont bénéficié des soins médicaux dans des hôpitaux nationaux de référence ;

-Venir en aide aux mutuelles de santé en difficultés financières dues à différents facteurs ;

-Aider les mutuelles de santé de district à effectuer des compensations pour soins médicaux obtenus par leurs affiliés auprès des établissements sanitaires sans contrat conclu avec les mutuelles auxquelles ils sont affiliés.

Les sources de financement du fonds national de garantie des mutuelles de santé proviennent notamment des subventions de la RAMA (rwandaise d'assurance maladie) équivalentes à un pourcent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois, des subventions de l'Assurance maladie gérée par MMI (military medicalinsurance) équivalentes à un pourcent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois.

Ce fonds est également financé par les subventions de chaque établissement privé d'assurance maladie opérant dans le pays équivalent à un pourcent (1 %) du volume des fonds collectés chaque mois, les fonds équivalents à 13 % prélevés sur le budget ordinaire annuel du Ministère de la Santé et les aides des donateurs.

4. Structure organisationnelle des mutuelles de santé

Déterminée par la loi n° 62/2007 du 30-12-2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, la structure organisationnelle des mutuelles de santé s'est adaptée à celle du cadre institutionnel mise en place par les réformes de la décentralisation.

En effet, des comités mutualistes existent à partir de la Cellule, du Secteur et du District. Elles sont coordonnées au niveau de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé du Ministère de la Santé. Les mutuelles de Santé au niveau des Districts sont renforcées par le Fonds National de Garantie attaché au Ministère de la Santé. La représentativité dans tous ces organes mutualistes est démocratique, volontaire et s'acquiert à travers les élections.

5. La politique de développement des mutuelles

L'objectif général de cette politique est d'appuyer les communautés de base et les districts dans la mise en place de systèmes d'assurance maladie pour promouvoir l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé, la protection des ménages contre les risques financiers associés à la maladie et le renforcement de l'inclusion sociale dans la santé.

En complément des systèmes d'assurance sociale, telle que la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) et des systèmes d'assurance privée qui ciblent les segments des populations du secteur formel de l'économie, le programme de développement des mutuelles de santé cible les communautés rurales et du secteur informel pour leur garantir un accès équitable aux services de santé de qualité[94].

Cette politique vise notamment à :
-mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé au Rwanda.
-renforcer les capacités de mise en place et de gestion des mutuelles de santé.
-renforcer l'adhésion de la population dans les mutuelles de santé.

§2. Le système sénégalais

Les mutuelles communautaires de santé au Sénégal ont émergé suite à plusieurs facteurs. Dans les lignes qui suivent nous parlons de l'historique des mutuelles, du rôle de l'Etat dans la promotion des mutuelles, du plan quinquennal de développements des mutuelles de santé, de la cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé et du taux de pénétration des mutuelles au Sénégal.

1. L'historique des mutuelles sénégalaises

L'émergence des mutuelles de santé est très récente au Sénégal, mais trois phases se distinguent[95].

---

[94] République du Rwanda, ministère de la santé, *politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda*, Kigali 2005, p.11.
[95] PONCELET M. et al., Les *mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la couverture maladie universelle au Sénégal*, Liège 2018, p.1. disponible sur https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/226717/1/Les%20mutuelles%20de%20sant%C3%A9%20subventionn%C3% A9es%20comme%20instruments%20de%20la%20CMU%2 (visité le 28/4/2022)

Une phase de naissance (avant 1994) durant laquelle la mutuelle de Fandène (région de Thiès) a été créée. Elle est reconnue comme la première mutuelle de santé à base communautaire du Sénégal.

La deuxième phase est celle de diffusion des expériences mutualistes, principalement dans la région de Dakar et le centre du Sénégal. Elle s'étale sur une période des années 1994 jusqu'en 1998.

Enfin, une phase d'engagement à partir de 1998, qui se traduit par une multiplication progressive du nombre de mutuelles de santé, mais surtout par l'engagement progressif de l'Etat et d'une multitude d'acteurs dans l'appui à ces organisations mutualistes[96].

2. Le rôle de l'état dans la promotion des mutuelles

La volonté politique de promouvoir le développement des mutuelles de santé s'est concrétisée par la création en 1998 de la cellule d'appui aux mutuelles de santé, des institutions de prévoyance maladie et comités de santé au sein du Ministère de la Santé.

La restructuration du Ministère de la Santé intervenue en 2001 a rattachée la cellule d'appui aux mutuelles de santé à la Direction de la Prévention[97].

Pour remplir cette mission, la cellule d'appui aux mutuelles de santé s'est dotée de trois instruments alignés sur ses trois cibles à savoir le programme d'appui aux mutuelles de Santé, le programme d'appui aux comités de Santé et le programme de renforcement et de suivi des institutions de prévoyance maladie.

Dans le cadre de l'appui aux mutuelles de santé, l'intervention de l'Etat s'est évertuée à favoriser l'émergence des mutuelles de santé, renforcer les capacités gestionnaires des promoteurs et administrateurs des mutuelles de santé, accompagner le développement du mouvement mutualiste et déterminer la problématique de la mutualité sénégalaise.

---

[96] PONCELET M. et al., *op.cit.*, p.2.

[97] République du Sénégal, Ministère de la santé, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, juillet 2004, p.19. disponible sur : http://www.hubrural.org/IMG/pdf/senegal_plan_strategique_dev_mutuelles_sante.pdf (visité le 25/4/2022)

Dans le cadre d'une approche multisectorielle, décentralisée et participative, les interventions d'appui aux mutuelles de santé se sont articulées autour de plusieurs axes stratégiques notamment le plaidoyer, le marketing social et communication de masse, les études et recherches, voyages d'études et participation à des rencontres scientifiques[98].

3. Le plan quinquennal de développement des mutuelles de santé

Le plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé (PSDMS) a contribué à la réduction de la pauvreté en permettant à toute personne qui en a besoin d'accéder à des soins de santé de qualité quel que soit son niveau de revenu.

A travers les efforts pour atteindre ce but, le plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé a été une réponse concertée du Ministère de la Santé et des acteurs du développement des mutuelles de santé à la problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé. Ce plan a amélioré l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé. Il a mis en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé en accroissant l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays. Il a également promu la mise en place des mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles[99].

4. Le taux de pénétration des mutuelles communautaires au Sénégal

Une analyse nationale confirme l'évolution sénégalaise avec plus de 2,2 millions de personnes inscrites dans une mutuelle fin septembre 2019. Mais, en dehors des personnes dont la cotisation est payée par l'État, seulement 18% de ces personnes sont à jour du paiement de leur cotisation. En outre, moins de 40% des bénéficiaires payent eux-mêmes leur cotisation. Les mutuelles bénéficient des subventions[100].

Autrement dit, parmi les adhérents au Sénégal, 60% ne contribuent pas financièrement à leur fonctionnement, ce qui peut poser des défis de viabilité financière dans un contexte de retard de paiement de la part de l'Etat et de pérennité de ce soutien.

---

[98]République du Sénégal, Ministère de la santé, *op.cit.*, p.19.

[99] BOIDIN B., *Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*, revue de l'institut d'économie publique, Novembre 2012, p.11. disponible sur : file:///C:/Users/BEBE/Downloads/economiepublique-8820.pdf (visité le 13/5/2022)

[100] RIDDE V., *les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'ouest*, p.13. disponible sur : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2021-10/010083015.pdf (visité le 25/4/2022)

De plus, plus de 80% des mutuelles de santé disposent de moins de 500 bénéficiaires contributifs et le récent rapport estime que le taux de pénétration des mutuelles est de 33% à l'échelle du pays.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre travail, il nous revient de retracer les points saillants de nos développements. L'objet de cette analyse, rappelons-le a été « **DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI : LE ROLE DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE** ».

Il convient de rappeler que le droit à la santé touche directement à ce qu'il y a de plus cher, le corps même de l'individu, qui touche à son âme, à son groupe, à ses concitoyens, à ses semblables.

En matière de droit à la santé, il existe plusieurs sources internationales, régionales et nationales qui parlent de ce droit.

Sur le plan universel la déclaration universelle des droits de l'homme, la constitution de l'OMS, le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciales, la convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes, la convention relative aux droits de l'enfant, la convention relative aux droits des personnes handicapées et la déclaration de vienne ont été analysés.

Le droit à la santé est également reconnu dans les textes régionaux relatifs aux droits de l'homme. Ici, nous avons cité entre autres la charte sociale européenne, la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, le protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de Sun Salvador de 1988) et la déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme.

Au niveau national, nous avons montré que la constitution burundaise et d'autres lois et règlements constituent une source du droit à la santé.

Dans le deuxième chapitre, on a découvert l'état des lieux des mutuelles communautaires de santé au Burundi. La mutuelle communautaire de santé est définie comme étant une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents.

Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l'assurance.

Dans ce chapitre nous avons montré que les mutuelles reposent sur un certain nombre de principes de base. Ces derniers sont la solidarité, le fonctionnement démocratique et participatif, l'autonomie et liberté dans le respect des lois, un but non lucratif, l'épanouissement de la personne, la responsabilité des membres et une dynamique d'un mouvement social.

L'entretien fait avec les acteurs des mutuelles de santé communautaires membres de la plateforme des acteurs des mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB) a révélé que les membres des mutuelles de santé communautaire accèdent aux soins de santé de qualité grâce à la mutualisation de risques et d'un dialogue permanent avec les prestataires de soins.

Nous avons ensuite montré que ces mutuelles couvrent toutes les provinces du pays avec un total de 20.312 ménages assurés et 99.560 bénéficiaires mais que le taux de pénétration dans la population reste faible. Il est de 0,8%. Plusieurs facteurs à l'origine de cette situation notamment le manque de culture de prévoyance, la juxtaposition concurrentielle des mécanismes et le manque d'obligation à l'assurance-maladie ont été relevés.

Au troisième chapitre, les modèles adoptés par d'autres pays comme la Belgique et la France en Europe, le Rwanda et le Sénégal en Afrique ont été étudiés.

En effet, ces pays ont rendu obligatoire l'assurance maladie avec une forte implication des institutions publiques et les résultats ont été satisfaisants. Le Burundi devrait donc suivre le modèle des autres pays qui ont réussi l'implantation des mutuelles, une panacée à l'accessibilité aux soins de santé.

Avant de clore notre étude, il convient d'émettre des recommandations pouvant constituer des pistes de solutions très importantes pour l'amélioration de l'accessibilité des populations aux services de santé à travers les mutuelles de santé.

1. Au Gouvernement

- Renforcer la promotion des mutuelles de santé à travers tout le pays par la sensibilisation de la population.

- Mettre en place des mesures d'accompagnement pour passer à l'échelle des adhésions dans les mutuelles de santé.
- Rendre obligatoire l'assurance-maladie afin d'atteindre le but de la PNS 2016-2025 d'atteindre une couverture santé universelle.
- Apporter un appui aux mutuelles communautaires de santé afin que ces dernières soient en mesure de prendre en charge des maladies chroniques fréquentes comme le diabète et les troubles ophtalmologiques.
- Mettre de la lumière quant aux cibles séparées des mutuelles communautaires de santé et celle de la CAM selon les textes en vigueur.
- Mettre en place Un fonds d'appui structurel aux mutuelles de santé (frais de démarrage, fonds d'équité pour soins des indigents, fonds d'égalisation, fonds de garantie etc.).
- Assurer l'amélioration de la qualité des services et soins de santé dans les formations sanitaires par un bon accueil et la disponibilité des médicaments essentiels et génériques.
- Réguler les prix des médicaments et autres produits pharmaceutiques pour une meilleure accessibilité financière.

3. Aux partenaires techniques et financiers

- Renforcer les capacités des mutuelles communautaires de santé en termes de gestion administrative, financière et technique pour faire face aux risques financiers et une bonne gouvernance des mutuelles.
- Appuyer les mutuelles communautaires de santé à élaborer des plans d'action réalistes et faisables.
- Appuyer le gouvernement à l'extension et le développement des mutuelles communautaires de santé dans les zones encore nécessiteuses.

4. Aux mutuelles communautaires de santé

- Améliorer le système de documentation et d'archivage ;
- Adopter un plan de communication efficace pour la conscientisation de la population et de l'administration à l'adhésion aux mutuelles communautaires de santé ;
- Tenir des séances périodiques de concertation avec le personnel de santé pour aplanir les divergences et résoudre les problèmes de mal compréhension.

Les quelques propositions faites pour augmenter le taux d'adhésion aux mutuelles communautaires de santé ne sont pas évidemment exhaustives, nous reconnaissons les limites de notre travail, mais nous espérons que d'autres chercheurs pourront nous compléter et approfondir la matière.

BIBLIOGRAPHIE

I. LES TEXTES JURIDIQUES

A. Les textes universels

1. Déclaration universelle des droits de l'homme, A/RES/2017 (III), Doc. Off. AG NU, 3e sess.,Supp. No 13, Doc. NU A/810 (1948) 71 [Déclaration universelle], 10 décembre 1948.
2. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966
3. La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale du 7 Mars 1966.
4. Constitution de l'OMS du 22 Juillet 1946
5. La convention relative aux droits de l'enfant du 20 Novembre 1989.
6. Convention sur l´élimination de toutes les formes de discrimination à l´égard des femmes du 18 Décembre 1979.
7. Convention relative aux droits des personnes handicapées du 13 Décembre 2006.
8. La Déclaration de Vienne

B. Les textes régionaux

1. La charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant du 1 Juillet 1990
2. Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi, Kenya, lors de la 18ème Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), OAU Doc. CAB/LEG67/3 Rev.5, Nations Unies, *Recueil des traités*, Vol.1520, p. 217.
3. La charte sociale européenne du 3 Mai 1996
4. Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de Sun Salvador de 1988)

C. Les textes nationaux

1. La Constitution de la République du Burundi du 7 juin 2018, in *B.O.B*, nº6/2018, pp.117-118.
2. La loi nº 1/07 du 12 Mars 2020 portant modification de la loi nº1/012 du 30 Mai 2018 portant code de l'offre des soins et services de santé au BURUNDI, in *B.O.B*, no3/2020, p.261.
3. La loi nº1/18 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le VIH/SIDA, in *B.O.B.*, nº5/2005, p.70.
4. La loi nº1/005 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés, in *B.O.B.*, no9ter/2002, p.958- 1003.

5. Le Décret n° 100/ 107 du 27 juin 1980 portant création de la Mutuelle de la fonction publique, in *B.O.B.*, no9/80, p.274-282.
6. La loi n°1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance maladie du secteur privé structuré, in *B.O.B.*, no2/2020, p.163-170.
7. Loi n°1/11 du 24 Novembre 2020 portant révision du décret-loi no 1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du code du travail du Burundi, in *B.O.B.*, n°4 ter/2020, p.1339-2011.
8. Le Décret n° 100/136 du 16 juin 2006 portant subventions des soins de santé aux enfants de moins de 5ans et des accouchements dans les structures des soins publics et assimilées, in *B.O.B.*, n°6ter/2006, p.887.
9. Ordonnance ministérielle no 630/848 du 6 septembre 2006 portant mesures d'application du décret n° 100/136 du 16 juin 2006 portant subventions des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures des soins publiques et assimilées, in *B.O.B.*, no9 bis/2006, p.1917.

II. LES OUVRAGES

1. BROEK S. et al., *le rôle des sociétés mutuelles au XXI ère siècle*, Bruxelles, juillet 2011 BIT, *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique,* GENEVE 2002, 74p.
2. LA FONTAINE J., *Les animaux malades de la peste (1621-1695)* ,158p.
3. STEP-BIT-CIDR**,** *guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro- assurance santé*. Tome 1 : Méthodologie. Bureau international du travail, Genève, 2001,120p.
4. DTF PROMUSCABU, *Programme d'appui aux mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi 2008-2010,*450p.
5. BIT, USAID, GTZ, ANMC**,** *Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique :* Plateforme d'Abidjan, 1998,252p.
6. NIYONKURU D., *HAND OUT FORMATION, Mutuelles de santé communautaire au Burundi,* Avril 2008,54p.
7. FENASCOM, *Étude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts,* août 2006.325p.
8. APPAIX O., *Etude des mécanismes de financement de la santé au Burundi*, Novembre 2013,126p.
9. Plateforme des Acteurs des Mutuelles de santé au Burundi (PAMUSAB), *propositions d'une stratégie de mise en œuvre de l'assurance maladie universelle au Burundi.* Bujumbura, septembre 2013,31p.

11. OUATTARA O. et NDIAYE P., *Potentiel des mutuelles de santé dans la mise œuvre de la couverture maladie universelle au Mali et au Sénégal*, 2018, 146p.
12. PHR plus, *21 questions sur le Financement collectif de la Santé,* septembre 2014,19p.
13. DE SCHUTTER O., TULKENS F. et VAN DROOGHENBROECK S., *Code de droit international des droits de l'homme*, 3ème édition, 2005, Bruxelles, Bruylant, 851p.
14. Quai des charbonnages 62, *Quelle mutuelle choisir ? Découvrez notre comparateur de mutuelles en Belgique,* Bruxelles 2022,35p.
15. Solidarité socialiste, *Alter Égo no 42, pensons le monde autrement vivons-le solidairement*, Bimestriel, Novembre- décembre 2009, 20p.
16. BIT, *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, GENEVE 2002,69p.
17. KAMWENUBUSA T. et al., *Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi,* Mars 2011,200p.
18. PONCELET M.et al., Les *mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la couverture maladie universelle au Sénégal*, Liège 2018, 11p.
19. BRUNO B., *Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*, revue de l'institut d'économie publique, Novembre 2012, 26p.
20. CECILE W., *la généralisation de la couverture complémentaire en santé* ; paris, 2013, 120p.

III. LES THESES ET LES MEMOIRES

1. BUKURU G., *Du droit à la santé : Cas de l'enfant de la rue en mairie de Bujumbura*, Mémoire, U.B., DESS, Bujumbura, 2010, 47p.
2. BAREGUWERA J., *le droit de la femme burundaise à la santé*, Mémoire pour DESS, janvier 2007, 62p.
3. NDEREYIMANA A., *la problématique de la mise en œuvre des droits économiques et sociaux : cas du droit à la santé au BURUNDI*, mémoire pour DESS, 2007 ,80p.
4. MUKANDOLI E., *évaluation de la satisfaction des bénéficiaires des mutuelles de la santé de la Mairie de la ville de KIGALI (MVK) au Rwanda*, Mémoire, université de Laval, Québec, 2009, 133p.

5. BAYEGE I., *Contribution des Mutuelles de Santé à l'accessibilité des populations du district sanitaire de Byumba aux services de Santé*. Université Nationale Rwanda/ École de Santé Publique - Maîtrise en Santé Publique (MPH), 2005, 65p.
6. LARA LIMA E., *le respect du droit à la santé : analyse à partir du droit international de la personne et d'une comparaison entre les constitutions du canada et du Brésil*, Mémoire, Université de Montréal, septembre 2019 ,109p.

7. NIZEYIMANA E., *contribution à la mesure de la satisfaction des bénéficiaires des services des mutuelles de santé communautaire : cas des mutuelles de santé des associations des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU),* Mémoire, U.B., Bujumbura, octobre 2014,74p.

IV. LES ARTICLES

1 BERTRAND M., " *la protection du droit à la santé par le juge constitutionnel : A propos et à partir de la cour constitutionnelle italienne",* n^{o1}185, 1998
2 TROYER M. et KRZESLO E., *Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale* : trois éléments indissociables, Belgique, Novembre 2004,43p.
3 TAHIRAJA B., et NKURUNZIZA N., *L'Etat et les droits sociaux des citoyens : cas du droit à la santé,* Bujumbura 2011 ,33p.

4 NTIMARUBUS F., *Construction d'un socle de protection sociale au Burundi,* Bujumbura 2015,48p.

5 RIDDE V., *les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'ouest* ,45p.

V. LES RAPPORTS ET AUTRES DOCUMENTS

1. Ministère de la santé publique(Burundi) : *profil sanitaire,* 2007,200p.
2. PNUD, *Protection sociale et secteur informel dans les pays africains : évaluation prospective des régimes contributifs*, 2005, 114p. disponible sur http://www.africa.undp.org.
3. MSPLS, *étude sur le financement de la santé 2014*,250p.
4. coordinations et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRE), *Vivre en Belgique, santé et famille*, 35p.
5. Ministère de la santé (Rwanda), *politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda,* 320p.

6. République du Sénégal, Ministère de la santé, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, juillet 2004,54p,

7. FNMF, rapport d'activité 2018,75p.

8. ISTEEBU, *projections démographiques au niveau communal 2010-2050*, février 2020,422p.

VI. LES SITES INTERNET

1. https://discribe/wp.content/up loads
2. https://www.bobex.be/fr-be/ comparateur-mutuelle
3. c:// users // BEBE/ Downloads
4. www.ilo.org/step/publs
5. http://www.isteebu.bi/
6. https://www.google.com/search
7. http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=FR
8. WWW.ilo.org/step/publs
9. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
10. file:///F:/constitution%20de%20l'OMS.pdf
11. https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf
12. https://www.african-court.org/wpafc/wp-content/uploads/2020/10/12-CHARTE-AFRICAINE-DES-DROITS-ET-DU-BIEN-ETRE-DE-LENFANT.pdf
13. https://au.int/sites/default/files/treaties/36390-treaty-0011_-_african_charter_on_human_and_peoples_rights_f.pdf
14. https://www.cncdh.fr/sites/default/files/charte_sociale_europeenne_revisee_0.pdf
15. https://www.erudit.org/en/journals/recma/1900-v1-n1-recma01135/1022183ar.pdf
16. https://ca.linkedin.com/company/mutualite-francaise?trk=public_profile_experience-item_profile-section-card_image-click
17. https://www.lecomparateurassurance.com/103354-institution-organisme/107494-fnmf-wwwmutualitefr
18. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er299.pdf
19. http://www.associations-citoyennes.net/wp-content/uploads/2017/07/Bref-historique-protection-sociale-en-France.pdf

ANNEXE

Annexe 1. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE MEMBRES DE LA PAMUSAB

I. IDENTIFICATION DU REPONDANT

Nom et prénom : …….

Nom de l'organisation actrice : …….

Fonction : ……

II. QUESTIONNAIRE

Q1 : combien de mutuelles encadrez-vous ?

1

2

3

4

5

Q2 : Quelles sont leurs zones de couverture

Q3 : Quelle est l'historique de vos (votre) mutuelle(s)

Q4 : Quels sont les valeurs et principes éthiques de votre mutuelle

Q5 : Quelles sont les modalités d'adhésion à votre mutuelle (frais d'adhésion et de cotisation)

Q6 : Quel est le ticket modérateur dans votre mutuelle

Q7 : Quel est le paquet de service de votre mutuelle (paquet de soins)

Q8 : Quel est le nombre d'adhérents et de bénéficiaires dans votre mutuelle

Q9 : Quelle est la nature des formations sanitaires conventionnées avec votre Mutuelle ?

1. publiques ……. Combien ?.....
2. privés……Combien ?.....
3. Confessionnelle…Combien ?.....

Q10 : votre mutuelle améliore- t-elle la qualité de soins ? Si oui comment ?

Q11 : Votre mutuelle est-elle viable ? Si oui qu'est-ce qui contribue à sa viabilité ?

Q12 : Comment est-ce que votre mutuelle améliore l'accès financier aux soins de santé ?

Q13 : Est- ce que les personnes très pauvres adhèrent à votre mutuelle de santé (et comment peuvent-elles être encouragées à le faire) ?

Q14 : Quel est le rôle du gouvernement dans la supervision et la promotion de votre mutuelle ?

Q15 : Quelles sont les perspectives de développement de votre mutuelle à une grande échelle