



Observatoire de l'Action Gouvernementale (O.A.G.) asbl

*Siège social : Bujumbura -Burundi * B.P.:3113 Bujumbura_Tél.:22 21 88 20*

*E-mail:oag@cbinet.net * Site Web:www.oag.bi*

Analyse de l'état des lieux du système de la protection sociale au Burundi

Bujumbura, août 2014

Remerciements

Aux termes de la présente analyse, l'Observatoire de l'Action Gouvernementale tient à remercier les consultants, Messieurs Pierre NTIRABAMPA et Eugène SINZUMUNSI pour leur apport très précieux dans l'élaboration de l'analyse portant sur le système de la protection sociale au Burundi.

Ses remerciements vont également à l'endroit des membres du comité de lecture dont les noms suivent :

Madame Marie BWIMANA, Trésorière de l'Observatoire de l'Action Gouvernementale;

Monsieur Onesphore NDUWAYO, Membre de l'Observatoire de l'Action Gouvernementale;

Monsieur Frédéric NTIMARUBUSA, Lecteur Indépendant ;

Monsieur J Bosco NZOSABA, Chargé de Communication de l'Observatoire de l'Action Gouvernementale.

Ses remerciements vont enfin à l'endroit de l'ONG « Oxfam » pour son appui financier qui a permis de réaliser ce travail.

Table des matières

Matière.....	Page
Remerciements.....	3
Table des matières.....	5
Sigles et abréviations.....	7
Résumé exécutif.....	9
0. Introduction générale.....	17
0.1. Contexte et justification	17
0.2. Objectifs de l'étude	18
0.3. Résultat attendu.....	19
0.4. Approche méthodologique	19
Chapitre 1. Contexte international et national	21
1.1. Le contexte international	21
1.2. Contexte national	27
Chapitre 2. Analyse de l'état des lieux du système de la protection sociale au Burundi.....	34
2.1. Appréciation d'ordre général.....	34
2.2. Les mécanismes assuranciers en pension et risques professionnels.....	37
2.3. Les mécanismes assurantiels en santé	40
2.4. Le système des gratuités et d'assistance	47
2.4.1. Carte d'Assistance Médicale	47
2.4.2. Gratuité des soins (couplée au Financement Basé sur la Performance).....	51
2.4.3. Régime des indigents.	53
2.4.4. La mesure de gratuité de la scolarité à l'école primaire.....	55

Chapitre 3. Principaux défis	58
3.1. Réussir la coordination du système de protection sociale...	58
3.2. Assurer la cohérence et la complémentarité des régimes...	59
3.3. Mobiliser des financements suffisants	59
3.4. Des arrangements institutionnels adéquats	60
3.5. Asseoir les principes de bonne gestion et de bonne gouvernance.....	61
3.6. Etendre la couverture sociale aux groupes vulnérables	61
Chapitre 4. Propositions pour l'amélioration de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.....	64
4.1. Mettre en place un cadre juridique favorable à la réalisation de la couverture universelle.....	64
4.2. La consolidation du socle de protection sociale.....	65
4.3. Les améliorations par régime.....	75
Conclusion et recommandations.....	82
Bibliographie.....	87
Annexe 1: Liste des structures ciblées par l'entretien.....	90
Annexe 2 : Les profils du régime d'assurance maladie maternité (demande de soins).....	92

Sigles et abréviations

Sigles	Signification
ADISCO	: Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines
ANMC	: Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CDE	: Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant
CMMV	: Mutualités de Gand
CNAC	: Confédération nationale des associations des
COSA	: Comité de Santé
CSLP II	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté II
DGPS	: Direction Générale de la Protection Sociale
FOSA	: Formation sanitaire
INSS	: Institut National de Sécurité Sociale
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
M.F.P.T.S.S	: Ministère de la Fonction publique, du travail et de la Sécurité Sociale
MSAG	: Mutualités de Santé de l'Archidiocèse Gitega
MUSA	: Mutuelle de Santé
MUSCABU	: Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi
OAG	: Observatoire de l'Action Gouvernementale
OIT	: Organisation Internationale du Travail
ODAG	: Organisation de Développement de l'Archidiocèse de Gitega
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONPR	: Office National de Pension et des risques professionnels
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PNDS	: Programme national de Développement Sanitaire
PNPS	: Politique Nationale de la Protection Sociale

SEP/CNPS : Secrétariat Exécutif Permanent du Comité National de
Protection Sociale
WSM : Solidarité Mondiale

Résumé exécutif

Au Burundi, la protection sociale est à la fois un droit de l'homme universel et un instrument de lutte contre la pauvreté. Les principes directeurs de la gestion des systèmes de protection sociale notamment la solidarité, la responsabilité et le dialogue social entre toutes les parties prenantes constituent un gage de la cohésion sociale et du renforcement des valeurs démocratiques et de la promotion du travail décent.

En référence à ce principe, le Burundi, appuyé par ses partenaires, a déjà mis en place des mesures et des dispositifs visant la satisfaction des besoins en protection sociale et le respect des engagements liés à son appartenance aux Nations Unies.

Quelques-unes de ces mesures ou dispositifs ont une envergure nationale, sectorielle ou locale. Elles s'inscrivent également dans les quatre garanties en matière de protection sociale. Alors que jusqu'à un passé récent, l'organisation et la gestion du système de protection sociale étaient presque exclusivement réservées à l'administration publique, la nouvelle politique de protection sociale ouvre les portes à la participation des secteurs privés et associatifs.

Tout en reconnaissant la situation de pauvreté dans laquelle reste plongée la majorité de la population, l'insécurité qui a prévalu, la démographie galopante et la persistance de la crise économique, cette étude a pour mission d'évaluer la pertinence des mesures et des dispositifs mis en place et l'efficacité de leur gouvernance pour assurer une extension progressive et l'établissement d'un système de protection sociale pour tous.

Ces mesures touchent des domaines diversifiés de la vie de la société burundaise et cadrent avec les quatre garanties du socle de protection sociale. Mais elles ne touchent pas toutes les tranches de la société burundaise. Pour pallier à ces lacunes, le Gouvernement a mis en place, en avril 2011, une politique nationale de protection sociale dont la mise en

œuvre se fait de manière progressive et participative à travers des plans stratégiques et opérationnels sur le court, moyen et long terme.

Ainsi, cette étude portant sur « l'Analyse de l'état des lieux du système de protection sociale » s'inscrit dans le cadre de la promotion des mesures de protection sociale de la population.

L'objectif de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la gouvernance par la mise en œuvre des mécanismes adéquats de protection sociale de toutes les couches de la population burundaise.

Sur le plan méthodologique, l'étude portant sur l'état des lieux du système de protection sociale au Burundi a été réalisée sur base d'une analyse des instruments normatifs et juridiques tels que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, la Convention 102 et la recommandation 202 de l'Organisation Internationale du Travail, le Code de la sécurité Sociale du Burundi ainsi que les informations récoltées lors des entretiens personnalisés sur les points de vues des acteurs et des intervenants ainsi que des représentants des affiliés et des bénéficiaires des prestations fournies par les différents régimes de protection sociale.

Les entretiens personnalisés ont été réalisés à la fois par les consultants et quatre agents de collecte d'informations dans les villes de Bujumbura, de Gitega et de Ngozi, durant cinq jours.

Les résultats de cette consultation complétés par une recherche documentaire ont été à la base de l'établissement de l'état des lieux du système de protection sociale.

Au terme de cette analyse, il a été constaté ce qui suit :

Aperçu global

- La promotion de la protection sociale est inscrite dans les normes, les politiques et les stratégies mondiales de lutte contre la pauvreté et de protection contre les risques sociaux ;
- La protection sociale mise en place sous forme de socle de protection sociale tel que décrit dans ce chapitre devient ainsi un des piliers du développement socio-économique ;
- L'évolution du processus du système de protection sociale en commence par la période précoloniale jusqu'à l'adoption récente de la politique nationale de protection sociale ;
- Le Burundi a bénéficié des appuis des partenaires pour mener des consultations et des études diagnostiques qui lui ont permis de définir les priorités dans la mise en place du socle de protection sociale.

Au niveau du régime des soins de santé

- La plupart des prestataires privés n'acceptent presque plus les patients indigents, les enfants de moins de cinq ans, les femmes en maternité ou les porteurs des cartes d'affiliation à la CAM suite à l'accumulation des frais liés aux actes et aux services fournis qui ne sont pas remboursés. Les hôpitaux et les centres de santé publics ont plus de difficultés car ils sont obligés de servir les détenteurs de CAM et d'attendre les remboursements alors qu'ils sont dans le régime d'autonomie de gestion ;
- Bien que la CAM ait permis l'augmentation de la demande de soins et qu'elle ait réduit l'effectif annuel des personnes convalescentes séquestrées suite au transfert de la responsabilité de paiement à l'Etat, les difficultés de recouvrement des frais pour les actes de soins et les médicaments sont restées. Les retards très prolongés

de paiement par le trésor posent des problèmes de gestion et d'administration des structures de santé publiques ;

- Les responsables des hôpitaux et des centres de santé publics proposent de réformer le mécanisme de paiement de la CAM en tenant compte de la nécessité de promouvoir les conditions favorables à la mise en œuvre de l'autonomie de gestion.

Au niveau des régimes de pension et des risques professionnels

- Les deux organismes existants, l'INSS et l'ONPR ont de très faibles taux de couverture car ils sont cantonnés dans les secteurs formels public et privé qui ne rassemblent respectivement que 166.734 et 89.406 soit 256.140 affiliés ; les prestations offertes sont jugées insuffisantes, par les retraités et les affiliés actifs ;
- Les affiliés et les bénéficiaires considèrent que l'amélioration des prestations passera par un engagement de réformes de la gestion et de la gouvernance au sein de ces deux organismes. Ainsi les normes universelles de gestion imposant des quotas fixes pour les frais de fonctionnement, la prudence dans la réalisation des investissements et les placements des fonds de réserve doivent être respectées et imposées aux gestionnaires.
- Les acteurs privés tel que la congrégation des sœurs BENE MUKAMA qui accueille des pensionnaires d'âge très avancé ou affectés d'infirmité ou de maladies graves et dépourvus de moyens et de famille pour les prendre en charge, les propriétaires des ateliers de production artisanale de Bujumbura et le syndicat des taxis vélos voudraient que les régimes de pension et des risques professionnels soient étendus dans le secteur informel et rural ;
- La protection sociale au Burundi est assurée à la fois par des mécanismes assuranciers et par des mécanismes non assuranciers (système de gratuités, les mécanismes d'assistance). Pour chaque régime analysé, l'étude présente successivement ses caractéristiques essentielles, ses forces et ses faiblesses.

Quelques autres défis systémiques

- Le financement des mécanismes assurantiels au Burundi est fragmenté, non coordonné, conduisant à des superpositions autant qu'à des fossés de couverture (populations non couvertes ou couvertures partielles ou « restes à charge » très variables indépendamment des capacités contributives des bénéficiaires).
- Le chevauchement de certains mécanismes entre eux, notamment la gratuité des soins avec la couverture de la MFP, peut aussi introduire une certaine confusion, dont profitent d'ailleurs certaines FOSA qui encaissent plusieurs fois des revenus correspondant à une seule et même prestation.
- Le manque de cohérence induit quelques fois des situations paradoxales : l'introduction de la CAM « rénovée » (le décret de mise en œuvre parle d'un mécanisme provisoire en attendant la généralisation des mutuelles de santé à base communautaire) a mis à mal le modèle d'expansion des mutuelles communautaires du fait qu'elle vise à peu près les mêmes populations.
- Le sous-financement des mesures de gratuité et d'assistance est flagrant. Au-delà des déficits chroniques et alarmants, il est important de noter le décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50%, et d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1%.
- Il est difficile de dire avec une certaine confiance quelle est la couverture globale de la population burundaise par l'ensemble de ces mécanismes. La principale raison est liée à un système d'information incomplet : les statistiques manquent et là où elles existent, elles sont incomplètes.
- La reddition de comptes fait défaut pour les régimes publics ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité). Même pour la MFP, qui constitue aujourd'hui le plus ancien des

mécanismes d'assurance maladie au Burundi et qui dispose de moyens assez importants (560 employés et des ressources financières assez conséquentes), ses comptes n'ont pas été audités ni certifiés depuis 2004. Quant au régime des indigents, les arrangements institutionnels confus ne permettent pas de savoir quel est le nombre de bénéficiaires de ce mécanisme.

- On note l'absence d'outils de gestion modernes pour l'ensemble des régimes en place (INSS, MFP, ONPR).
- Les différentes initiatives nationales en matière de protection sociale ne réservent pas une attention spécifique aux différents types de handicaps. Seules les personnes à handicap physique et moteur font objet d'un petit intérêt ;
- La majorité des membres de la communauté des Batwa n'a pas accès aux avantages liés à la CAM et au système de gratuité des soins pour la simple raison que cette catégorie de personnes ne dispose pas de la carte nationale d'identité exigée pour une affiliation à la CAM ou une inscription sur la liste des indigents.

Recommandations

Au Gouvernement

- ✓ Concentrer ses efforts au cadrage politique, économique et juridique et à la mise en place d'un environnement favorable aux différentes formes de contribution et d'extension des régimes en place ainsi qu'à la coordination du système ;
- ✓ Mobiliser davantage les moyens financiers pour assurer une protection sociale de qualité aux catégories les plus vulnérables de la population ;
- ✓ Assurer la cohérence entre la Politique Nationale de Protection Sociale et les autres politiques sociales et économiques en vue de la promotion d'un environnement favorable à l'économie solidaire ;
- ✓ Favoriser les réformes nécessaires, le renforcement et l'extension des organismes existants au lieu d'en multiplier ;

- ✓ Promouvoir les régimes non encore institués tout en envisageant prioritairement les possibilités et les avantages que présente l'intégration de leur gestion dans les organismes existants.
- ✓ Elaborer la stratégie nationale et son plan d'action de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale

Au Gouvernement et à ses partenaires (ensemble)

- ✓ Promouvoir et mettre en place l'Assurance Maladie Universelle dont la stratégie serait la promotion des Mutuelles de Santé Communautaires et la réalisation d'une stratification de la population selon les revenus ainsi que de réserver à la CAM la prise en charge des indigents et d'intégrer dans cette dernière les bénéficiaires de la gratuité des soins.
- ✓ Réformer la mesure de gratuité de la scolarité en une mesure d'enseignement obligatoire pour que la partie de la population disposant de revenus contribue et que le trésor public prenne en charge, en faveur des indigents, tous les frais nécessaires pour la formation y compris le matériel scolaire et les frais que les établissements scolaires introduisent illégalement et mettent à la charge des parents indigents et à revenus insuffisants.
- ✓ Etendre les champs de couverture des régimes de pension et de risques professionnels dans l'optique de rendre les deux régimes à couverture universelle. Cette priorité est justifiée par les difficultés de plus en plus croissantes dans lesquelles se trouvent les personnes âgées ayant exercé dans le secteur informel et rural.
- ✓ Etendre la mesure de gratuité des soins et de pension à toutes les personnes âgées.
- ✓ Renforcer le pilotage et la coordination de manière à donner à la commission nationale de la protection sociale les moyens humains, matériels et financiers pour superviser les réformes qui concernent la fixation et l'harmonisation des normes de gestion et de fourniture des prestations.

Aux organismes de gestion

Prendre toutes les dispositions nécessaires pour :

- ✓ Améliorer la disponibilité et la qualité des prestations ;
- ✓ Rembourser dans les délais contractuels afin d'éviter les ruptures de stocks et les difficultés de paiement des salaires du personnel ;

Aux syndicats

- ✓ Suite à la modicité de la pension de vieillesse, mobiliser les travailleurs pour adhérer et souscrire à la pension complémentaire.

0. Introduction générale

0.1. Contexte et justification

Parti d'une contingence de phénomènes qui ont conduit la population vers une paupérisation presque généralisée, d'une situation d'extension restreinte des mécanismes de protection contre les risques sociaux et des effets de la crise financière qui a eu des impacts sur l'économie et la population, le Burundi, appuyé par les partenaires, a lancé en 2009 un processus d'élaboration de la politique nationale de protection sociale

Le processus de formulation, ayant été participatif et inclusif a abouti à un document consensuel entre les partenaires sociaux et les partenaires au développement.

Un élan de la communauté internationale et des bailleurs de fonds est largement observé et des financements potentiels sont perceptibles.

Dans un tel contexte, le gouvernement a les coudées franches et de bonnes opportunités pour la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale qui a adopté le socle de protection sociale articulé autour des 4 garanties comme stratégie universellement reconnue.

Le socle de protection sociale est un mécanisme de mise en œuvre de la politique nationale de la protection sociale dans une parfaite cohérence et une harmonie avec les autres documents normatifs et de politique sociale.

Dans le cas du Burundi, les documents constituant le soubassement du socle sont notamment : le Plan National de Développement Sanitaire « PNDS 2010-2015 », la politique nationale de l'emploi, les politiques nationales de l'éducation et de la formation professionnelle, la politique de protection de l'enfance, la politique fiscale et les différentes législations régissant ses domaines.

Dans le cadre de ses activités régulières, l'Observatoire de l'Action Gouvernementale « OAG » a commandité une étude d'analyse sur l'état des lieux du système de protection sociale comprenant la conduite du processus de formulation de la politique nationale de la protection sociale, les réalisations déjà faites ou projetées dans le contexte de la mise en œuvre du socle de protection sociale.

Le présent rapport présente les résultats de cette étude. Il développe le contexte international et national de la formulation de la politique nationale de la protection sociale, les états des lieux des différents régimes, les considérations des bénéficiaires, des affiliés et des protégés sur l'organisation, la gestion et la qualité des prestations offertes ainsi que les priorités adoptées par le comité de pilotage de la mise en œuvre de la dite politique.

Les défis et les propositions d'amélioration exprimés par les acteurs et les bénéficiaires sont également relevés.

0.2. Objectifs de l'étude

Objectif global de l'étude

Contribuer à l'amélioration de la gouvernance par la mise en œuvre des mécanismes adéquats de protection sociale de toutes les couches de la population burundaise.

Objectifs spécifiques

L'étude se propose de mettre en exergue les aspects spécifiques qui concourent à la réalisation de l'objectif général et qui sont :

- Une analyse de l'état des lieux de la protection sociale au Burundi ;
- Une identification et une analyse des principaux défis liés à la protection sociale au Burundi ;

- Des propositions d'amélioration du système de protection sociale au Burundi

0.3. Résultat attendu

Un document d'analyse de l'état des lieux du système de protection sociale au Burundi comprenant les aspects suivants :

- Une analyse du processus de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale au Burundi ;
- Une analyse des principaux défis liés à la mise en œuvre de la protection sociale au Burundi ;
- Des propositions d'amélioration pour une mise en œuvre effective de la politique de protection sociale au Burundi.

0.4. Approche méthodologique

L'état des lieux du système de la protection sociale a été réalisé sur base d'une analyse des instruments normatifs et juridiques tels que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, la Convention 102 et la recommandation 202 de l'Organisation Internationale du Travail, le Code de la sécurité Sociale du Burundi ainsi que les informations récoltées lors des entretiens personnalisés sur les points de vues des acteurs et des intervenants ainsi que des représentants des affiliés et des bénéficiaires des prestations fournies par les différents régimes de protection sociale.

Les entretiens personnalisés ont été réalisés à la fois par les consultants et quatre agents de collecte d'informations dans les villes de Bujumbura, de Gitega et de Ngozi durant cinq jours.

L'entretien a ciblé:

- Les responsables des institutions et structures administratives et des organismes intervenants dans le pilotage de la Politique Nationale de la Protection Sociale,
- Les représentants des affiliés ou des protégés,
- Les représentants des bénéficiaires des prestations,
- Les responsables des services de prestation.

Les entretiens personnalisés ont été réalisés par les consultants auprès des responsables du pilotage, des responsables des groupes de population ayant exprimé des besoins ou initié des actions de solidarité en matière de protection sociale.

Les résultats de cette consultation complétés par une recherche documentaire ont été à la base de l'établissement de l'état des lieux du système de protection sociale.

Chapitre 1. Contexte international et national

1.1. Le contexte international

1.1.1. L'action de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)

L'OIT a été le premier à jouer un rôle prépondérant dans la formulation des propositions qui intéressent la sécurité sociale à travers la Déclaration de Philadelphie et les différentes recommandations et conventions qui sont l'émanation même de cette Déclaration.

La Déclaration affirme que "la lutte contre le besoin doit être menée avec une inlassable énergie et par un effort international continu et concerté dans lequel les représentants des travailleurs et des employeurs coopérant sur un pied d'égalité avec ceux des gouvernants, participent à des discussions et à des décisions de caractère démocratique en vue de promouvoir le bien commun¹". Elle proclame en plus que "tous les êtres humains, quels que soient leur race, leur croyance ou leur sexe, ont le droit de poursuivre leur progrès matériel et la dignité dans la sécurité économique... Ce résultat doit être le but de toute politique²".

Après cette Déclaration de principe, la conférence reconnaît "*l'obligation solennelle pour l'OIT de seconder la mise en œuvre dans le monde de mesures propres à réaliser la plénitude de l'emploi et l'élévation des niveaux de vie; l'obtention d'un salaire minimum; l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets; une protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations, et la protection de l'enfance et de la maternité³*".

¹ R.I.T., L, n°1, juill.1944, 1-48.

² R.I.T., L, n°1, juill. 1944, 1-48.

³ R.I.T., L, n°1, juill.1944, 1-48.

La Déclaration consacre ainsi la compétence étendue de l'OIT dans le domaine économique et social et pour une politique de prévention aussi bien que pour une politique d'indemnisation des risques.

Les recommandations n° 67 et n° 69 qui sont considérées comme l'émergence de la sécurité sociale sont respectivement consacrées à la garantie des moyens d'existence et aux soins médicaux.

La recommandation n° 67 sur la garantie des moyens d'existence, 1944 met en avant la protection fondée sur l'assurance sociale obligatoire, mais elle prévoit en complément (pour les besoins non couverts par la première) une assistance sociale, celle-ci étant également appelée à intervenir pour "toutes autres personnes dans le besoin". La conjugaison d'une protection principale, de type contributif (cotisations) et d'un "dernier filet de protection" garde certainement une pertinence de nos jours.

Cette recommandation propose aussi un classement des éventualités et suggère un niveau de protection. "Les prestations devraient remplacer les gains perdus, les charges familiales étant dûment prises en considération, jusqu'au niveau le plus élevé qu'il soit possible d'atteindre sans affaiblir la volonté de reprendre le travail, si cette reprise est possible, et sans imposer aux groupes producteurs des charges si lourdes que le rendement et l'emploi s'en trouvent entravés⁴". Elle prêche également une répartition des coûts entre les assurés, les employeurs et les contribuables dans des conditions équitables pour les assurés et propres à épargner les charges trop lourdes aux assurés de ressources modestes et à éviter toute perturbation à la production⁵".

⁴ §2 de la recommandation n°67.

⁵ §26 de la recommandation n° 67.

Elle suggère enfin une unification ou une coordination de la gestion dans “un système général de services de sécurité sociale” ainsi qu’une représentation des assurés sociaux⁶.

La recommandation n° 69 (sur les soins médicaux, 1944) quant à elle est consacrée à la branche des soins médicaux. La Conférence souligne dans le 3^{ème} Considérant, que “la possibilité de bénéficier des soins médicaux adéquats est un élément essentiel de la sécurité sociale”. Elle pose une série de principes importants notamment que la protection devrait être universelle, c’est-à-dire couvrir toute la population d’un Etat⁷, les soins octroyés devraient être aussi bien curatifs que préventifs⁸, les soins devraient être fournis soit par l’assurance sociale complétée si nécessaire par l’assistance sociale, soit par un service public de soins⁹ : l’option est laissée ouverte.

Ces instruments complétèrent heureusement la déclaration de Philadelphie et lancèrent à travers le monde des techniques assez révolutionnaires, susceptibles de parfaire les moyens employés jusqu’alors dans la lutte pour la libération du besoin; par exemple par l’unification ou la coordination des régimes d’assurance sociale, par l’extension de ces régimes à tous les travailleurs et à leurs familles, y compris la population rurale et les travailleurs indépendants, par l’établissement d’une politique de soins médicaux assurant le droit à la santé de l’ensemble de la population. Ils constituent un guide développé au moment de l’émergence de la sécurité sociale, formulé à l’intention des Etats mais intéressant tous les acteurs concernés.

Une fois ce grand cadre posé, l’OIT a pu continuer sa mission de guide en adoptant un instrument de nature conventionnel, donc ouvert à la ratification par les Etats et générateur d’obligations juridiques : la convention n°102 en

⁶ §27 de la recommandation n°67.

⁷ §8 de la recommandation n°69.

⁸ §1 de la recommandation n°69.

⁹ §5 de la recommandation n°69.

rapport la "*norme minimum*" de sécurité sociale. Cette Convention constitue un instrument qui propose un cadre international à la sécurité sociale ainsi que l'expression juridique d'un droit minimal susceptible de s'adapter aux différentes conceptions nationales¹⁰, notamment en ce qui concerne les éventualités à couvrir, les catégories de personnes à protéger, les conditions d'attributions des prestations, leur calcul et leur montant, la durée de leur service et les modalités générales de l'organisation administrative, financière et contentieuse.

Vient ensuite la **recommandation n° 202**. Cette recommandation sur les socles nationaux de protection sociale a été adoptée par la Conférence internationale du travail de l'OIT de juin 2012.

Selon le paragraphe 5 de cette recommandation, les socles nationaux de protection sociale devraient comporter au moins les garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes :

- a) accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle national comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ;
- b) sécurité élémentaire de revenu pour tous les enfants, se situant au moins au niveau minimal défini à l'échelle national, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ;
- c) sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins au niveau minimal défini à l'échelle national, pour les personnes d'âge actif qui

¹⁰ Cette convention a été par la suite améliorée par une série de conventions constituant un deuxième étage normatif. Elles élèvent la norme minimum pour la protection relative aux soins médicaux et aux indemnités de maladie (Convention OIT n° 130), à la maternité (Convention OIT n° 95, révisée par la Convention n° 183), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (Convention OIT n° 121), à la retraite (ou vieillissement), aux survivants et à l'invalidité (Convention OIT n° 128), au chômage en relation avec la promotion de l'emploi (Convention OIT n° 168). D'autres instruments normatifs sont consacrés à la réinsertion des personnes handicapées (Convention OIT n° 159), au travail partiel (Convention OIT n° 175), au travail à domicile (Convention OIT n° 177).

- sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité,
- d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

1.1.2. Le rôle de l'Organisation des Nations Unies (ONU)

De même que l'OIT, l'ONU a joué lui aussi un rôle important dans l'établissement des principes fondamentaux des droits de l'homme en général et dans la protection de la vie de l'homme en particulier à travers la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Concernant la **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**, deux dispositions revêtent une importance déterminante pour la sécurité sociale :
- l'art. 22 dispose :

"Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays".

Selon l'article 22 de cette Déclaration, la reconnaissance d'un droit à la sécurité sociale pour toute personne en tant que membre de la collectivité, en se substituant à un droit fondé sur le travail et qui restreint aux travailleurs et aux membres de leur famille, justifie le principe d'universalité dans son acception la plus large, celle qui vise à protéger tous les résidents et non seulement tous les citoyens, car l'homme n'est pas réductible au citoyen et les droits dont il est doté en sa qualité d'homme ne sauraient être restreints au profit du seul citoyen.

- l'article 25 énonce:

1. *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans d'autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.*
2. *La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale".*

Avec cet article, les Nations-Unies reconnaissent que "toute personne, sans distinction de condition sociale ou économique, a droit à un niveau de vie qui peut être jugé comme suffisant s'il assure à la fois sa santé, son bien-être et ceux des membres de sa famille qui dépendent de lui. De façon plus concrète, cela inclut notamment une alimentation, un habillement, un logement suffisants pour assurer cette santé et ce bien-être ainsi que les services sociaux nécessaires à cette fin. Il est de droit en effet que personne ne connaisse l'insécurité économique en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans tout autre cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. Les mères et les enfants ont droit à une aide et à une assistance spéciale.

Ceci vaut de façon particulière pour les femmes enceintes, les mères qui allaitent ainsi que les mamans de familles nombreuses, comme le prévoit d'ailleurs de façon concrète la plupart des législations.

Cette Déclaration est complétée par le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 élaboré à la suite de la Résolution de 1950 de l'Assemblée Générale qui déclare que *"l'homme privé des droits économiques, sociaux et culturels ne représente pas cette*

personne même que la Déclaration Universelle envisage comme l'idéal de l'homme libre".

Ce Pacte détaille et complète les droits économiques, sociaux et culturels de la Déclaration Universelle.

Ainsi, l'article 9 de ce Pacte dispose: "Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales". Les articles 10 à 13 qui lui font suite indiquent la portée qu'il faut donner au concept de sécurité sociale.

L'article 10 prévoit une protection et une assistance particulière de la famille, des mères, salariées ou non, des enfants et des adolescents, cette fois sans aucune condition de travail.

L'article 11 stipule que les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisant, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. Cet article est manifestement inspiré de l'article 25 de la Déclaration Universelle.

L'article 12 évoque quant à lui le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

L'article 13 reconnaît le droit de toute personne à l'éducation, qui doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine.

1.2. Contexte national

Avant la mise en œuvre de la forme actuelle de la protection sociale, le Burundi avait connu des modèles traditionnels basés sur la solidarité familiale et la famille devait prendre en charge tous ses membres en fonction des besoins de chacun.

Durant cette période, la structure traditionnelle a joué un rôle important dans la protection sociale, la communauté passant avant l'individu. Le groupe dictait à ses membres les règles de conduite sociale et morale. L'individu n'avait de droits et d'obligations qu'à l'intérieur du groupe dans lequel il vivait et duquel il dépendait. Le groupe avait donc la responsabilité de défendre, d'aider et de protéger ses membres.

Pendant la période coloniale, le législateur avait appliqué deux sortes de législations sur la sécurité sociale applicables, l'un aux employés, l'autre aux travailleurs étant entendu que le terme "employé" était réservé aux personnes d'origine européenne engagée dans les liens d'un contrat de travail alors que le terme "travailleur" désignait les indigènes du Congo belge, du Rwanda-Urundi ou de tout autre territoire d'Afrique.

Les premières mesures provisoires en faveur des non-indigènes ont été prises en 1942. Elles étaient justifiées notamment par le développement accéléré de la production industrielle, commerciale et agricole en vue de l'approvisionnement des Alliés, l'accroissement des bénéfices permettant aux employeurs de se montrer plus généreux pour leur personnel non-indigène ainsi que par la nécessité impérieuse de légiférer en vue de venir en aide aux agents malades à la suite des termes prolongés et du rendement accru qui leur était demandés¹¹.

Le travailleur indigène quant à lui était protégé contre les accidents du travail et maladies professionnelles, les charges de famille, la vieillesse ainsi que l'invalidité. En revanche, l'assurance chômage, l'assurance maladie et l'assurance contre le décès prématuré n'étaient pas organisées à son profit.

Visiblement, la législation sociale de l'époque coloniale était discriminatoire en ce sens qu'elle faisait la distinction entre Blancs (employés) et Noirs

¹¹ F. WALEFFE, "La sécurité sociale au Congo belge et au Rwanda-Urundi", in *Bull. ass.* 1951, p. 157.

(travailleurs)¹². C'est pourquoi, juste après l'indépendance, elle a été abrogée par la loi organique de la sécurité sociale du 20 juillet 1962.

Après l'accession du Burundi à l'Indépendance, le cadre juridique et politique de la protection sociale a évolué à partir de la loi organique de la sécurité sociale du 20 juillet 1962 pour aboutir à la politique nationale de la Protection Sociale adoptée par le Conseil des ministres dans sa séance du 07 avril 2011.

La loi organique de la sécurité sociale du 20 juillet 1962 instituait le régime général de sécurité sociale couvrant:

- la branche des risques et des maladies professionnelles;
- la branche des pensions.

Quant aux personnes couvertes, le régime couvrait seulement les travailleurs salariés, les fonctionnaires et les magistrats ayant préféré garder leurs régimes spéciaux liés à leurs statuts respectifs¹³ et distincts du régime général de sécurité sociale.

Ce régime n'a pas organisé le régime d'assurance maladie, ce qui sera fait en 1980 avec la création de la mutualité de la Fonction Publique suivi en 1986 de la création du système CAM (Carte d'assistance médicale) en faveur du monde rural et du secteur informel.

L'autre texte important est le Code de la sécurité sociale du Burundi institué par la loi n°1/010 du 16 juin 1999. Il couvre l'ensemble des secteurs d'activités économiques ainsi que les professions qui s'exercent sur tout le

¹² Voir LUYILA-NE-WEMBO, "La sécurité sociale dans la République du Zaïre", *R.I.S.S.*, 1975, p. 410. Il faut noter que bien que cet article ne traite que du Zaïre, certains de ses développements qui concernent la période coloniale sont aussi valables pour le Rwanda et le Burundi de cette époque.

¹³ Les fonctionnaires et magistrats ont préférés rester en dehors du régime général car ils bénéficiaient d'un régime non contributif géré par le ministère de la fonction publique.

territoire du Burundi en faveur des régimes de sécurité sociale de base, complémentaires ou spéciaux¹⁴.

Aux termes de l'article 8 du Code de sécurité sociale, les régimes de base sont:

- le régime d'assurance maladie-maternité chargé du service des prestations de soins médicaux et des indemnités de maladie et de maternité;
- le régime des risques professionnels chargé du service des prestations en cas d'accident du travail et de la maladie professionnelle;
- le régime des pensions chargé du service des prestations de vieillesse, d'invalidité et des prestations de survivants;
- le régime des prestations familiales, chargé du service des allocations familiales¹⁵. En ce qui est des régimes complémentaires, particuliers ou spéciaux, le code précise qu'ils peuvent être institués en vue d'accorder des avantages sociaux s'ajoutant ou non à ceux des régimes de base¹⁶. De plus, le Code s'efforce d'étendre sa protection jusqu'aux secteurs jusque-là exclus (secteur rural et secteur informel)¹⁷ et énonce parallèlement toute une série de principes fondamentaux qui devraient guider tout effort de promotion de la sécurité sociale au Burundi à savoir:
 - toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale;
 - toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment par l'alimentation, l'habillement, le logement nécessaire; elle a droit à la

¹⁴ Art. 6 du code de la sécurité sociale

¹⁵ Art. 8 du code de la sécurité sociale

¹⁶ Art. 9 du code de la sécurité sociale

¹⁷ Voir art. 11 et 12 du code de la sécurité sociale

sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté;

- la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale ;
- les principes fondamentaux en matière de protection des droits des travailleurs migrants contenus dans la Convention Générale de Sécurité Sociale de la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs et son Arrangement Administratif sont d'application;
- la République du Burundi doit assurer le respect des droits et des devoirs programmés et garantis par la Déclaration universelle des droits de l'homme, les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, la charte africaine des droits de l'homme et des peuples ainsi que la charte de l'Unité Nationale. Aucune restriction de ces droits ne peut être imposée que par la loi.

Malgré la promulgation du Code de la sécurité sociale qui vise l'extension de la protection à toutes les couches de la population, le système burundais de sécurité sociale est resté limité quant à son champ d'application aux seuls travailleurs salariés des secteurs structurés tant publics que privés en ignorant la majeure partie de la population.

Dans ce contexte, le Burundi se devait de mener une politique volontariste de promotion du socle de protection sociale depuis l'avènement du gouvernement post-transition avec la gratuité de l'enseignement de base, des soins de santé des enfants de moins de cinq ans et des mères qui accouchent, l'adoption de la politique nationale de protection sociale en 2010 ainsi la rénovation de la Carte d'Assistance Médicale en 2012.

Le troisième texte important est **la Politique Nationale de Protection Sociale**.

Sa formulation a été conduite à travers un processus de concertation tripartite, appuyé par les travaux d'experts et l'assistance des partenaires, qui a abouti à son adoption par le Gouvernement réuni en Conseil des Ministres les 6 et 7 avril 2011.

L'objectif général visé par la Politique Nationale de la Protection Sociale est **« d'assurer une couverture de protection sociale convenable pour tous »** avec quatre objectifs spécifiques qui consistent à renforcer :

- Le pouvoir contributif de la population à travers la redynamisation du mouvement de l'économie solidaire ;
- Les mécanismes d'extension progressive de la couverture de protection sociale convenable à toute la population ;
- La gouvernance et l'extension des dispositifs de protection sociale en place ;
- Les mécanismes de prévention des risques sociaux.

Sur le plan institutionnel, la Politique Nationale de Protection Sociale « PNPS » adopté par le Gouvernement en date du 7 avril 2011 est pilotée par la Commission Nationale de la Protection Sociale (CNPS en sigle).

En effet, aux termes de l'article 1 du Décret n° 100/237 du 22 Août 2012 portant création, organisation, composition, mission et fonctionnement de la Commission Nationale de Protection Sociale, il est créé une Commission Nationale de Protection Sociale avec pour objet la promotion et la régulation des programmes de la Politique Nationale de protection sociale. La Commission Nationale de Protection Sociale est placée sous l'autorité du Président de la République.

Les organes de la CNPS sont : le Comité National, le Comité Technique, le Comité Provincial et le Comité Communal.

Ces organes sont appuyés techniquement par un Secrétariat Exécutif Permanent.

Aux termes de l'article 14 du décret susvisé, le Comité National est chargé notamment de :

- Orienter et assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes de la Politique Nationale de la Protection Sociale ;
- Veiller à la promotion de la mise en œuvre des programmes de la Politique Nationale de Protection Sociale ;
- Valider les plans d'actions prioritaires de la politique Nationale de la Protection Sociale ;
- Veiller à la synergie et la Cohérence des interventions en protection sociale ;
- Assurer la mobilisation des fonds d'appui à la promotion de la protection sociale ;
- Veiller au bon fonctionnement du Comité technique

Pour une meilleure décentralisation de la mise en œuvre de la PNPS, chaque province sera dotée d'un Comité Provincial présidé par le Gouverneur de Province et chaque commune d'un Comité Communal présidé par l'Administrateur Communal.

Chapitre 2. Analyse de l'état des lieux du système de la protection sociale au Burundi.

2.1. Appréciation d'ordre général

Les organismes et les services publics de gestion des différents régimes ont la mission de réaliser la plus grande, si non, la totalité de couverture de la population auprès de laquelle ils sont chargés d'organiser des cotisations et d'autres contributions en guise de prévention et de fournir des prestations de qualité pour la prise en charge des conséquences d'un événement social.

Pour l'ensemble des régimes et des mécanismes mis en œuvre de la protection sociale au Burundi, à l'exception du régime des soins de santé, l'organisation de la collecte des contributions et la fourniture des prestations sont réalisées par un même organisme ou service administratif. Pour le régime des soins de santé, les prestations sont fournies par des services extérieurs aux organismes et aux gestionnaires des mécanismes. Ce sont, d'une part, les hôpitaux et les centres de santé pour les actes médicaux et, d'autre part, les pharmacies privées ou des hôpitaux pour les médicaments.

Au niveau du régime des soins de santé

Les responsables et les agents des hôpitaux publics et les pharmacies privées affirment qu'ils collaborent bien avec la Mutuelle de la Fonction Publique et les mutuelles communautaires avec lesquelles ils ont conclus des conventions de collaboration. Ainsi, les remboursements des frais liés aux services de soins ou aux médicaments servis à leurs affiliés sont régulièrement réalisés.

La plupart de ces prestataires privés n'acceptent presque plus les patients indigents, les enfants de moins de cinq ans, les femmes en maternité ou les porteurs des cartes d'affiliation à la CAM suite à l'accumulation des frais liés aux actes et aux services fournis qui ne sont pas remboursés.

Les hôpitaux et les centres de santé publics ont plus de difficultés car ils sont obligés de servir les détenteurs de CAM et d'attendre les remboursements alors qu'ils sont dans le régime d'autonomie de gestion.

Dans ces conditions, pour certains hôpitaux et centres de santé publics, les impayés ont atteint un niveau tel que les services d'approvisionnement en médicaments, en outils et autres matériels médicaux sont bloqués.

Bien que la CAM ait permis l'augmentation de la demande de soins et qu'elle ait réduit l'effectif annuel des personnes convalescentes séquestrées suite au transfert de la responsabilité de paiement à l'Etat, les difficultés de recouvrement des frais pour les actes de soins et les médicaments sont restées. Les retards très prolongés de paiement par le trésor pose des problèmes de gestion et d'administration des structures de santé.

Les responsables des hôpitaux et des centres de santé publics proposent de réformer le mécanisme de paiement de la CAM en tenant compte de la nécessité de promouvoir les conditions favorables à la mise en œuvre de l'autonomie de gestion.

Au niveau des régimes de pension et des risques professionnels

Les deux organismes existants, l'INSS et l'ONPR ont de très faibles taux de couverture car ils sont cantonnés dans les secteurs formels publics et privé qu'ils ne rassemblent respectivement que 166.734 et 89.406 soit 256.140 affiliés¹⁸.

Les prestations offertes sont jugées insuffisantes, par les retraités et les affiliés actifs, en comparaison avec les taux de cotisation. Les affiliés et les bénéficiaires considèrent que l'amélioration des prestations passera par un engagement de réformes de la gestion et de la gouvernance au sein de ces deux organismes. Ainsi les normes universelles de gestion imposant des

¹⁸ Données récoltées au cours des entretiens menés auprès de l'INSS et de l'ONPR

quotas fixes pour les frais de fonctionnement, la prudence dans la réalisation des investissements et les placements des fonds de réserve doivent être respectées et imposées aux gestionnaires.

Les acteurs privés tel que la congrégation des sœurs BENE MUKAMA qui accueille des pensionnaires d'âge très avancé ou affectés d'infirmité ou de maladies graves et dépourvus de moyens et de famille pour les prendre en charge, les propriétaires des ateliers de production artisanale de Bujumbura et le syndicat des taxis vélos voudraient que les régimes de pension et des risques professionnels soient étendus dans le secteur informel et rural.

Pour les mesures de protection prises par le Gouvernement à travers la réglementation du monde du travail, les bénéficiaires des prestations et les protégés considèrent que certaines d'entre elles devraient être transformées en régimes et confiées à des organismes de gestion. C'est le cas des allocations familiales et les allocations de décès pour lesquelles une harmonisation des prestations est indispensable¹⁹.

Pour le régime de chômage qui n'est pas encore institué, les travailleurs en activité souhaitent ardemment que ce régime soit institué, car la montée des effectifs des chômeurs fait peser un lourd fardeau aux ménages déjà paupérisés. En effet le taux de chômage estimé à 35% en 2009 selon les statistiques de la Banque Africaine de développement montre que moins de trois personnes actives partage la prise en charge d'un chômeur. Dans une perspective de l'amélioration des revenus des ménages, il est impératif que le gouvernement institue le régime de chômage.

La protection sociale au Burundi est assurée à la fois par des mécanismes assuranciers et par des mécanismes non assuranciers (système de gratuités, les mécanismes d'assistance). Pour chaque régime analysé, l'étude présente successivement ses caractéristiques essentielles, ses forces et ses faiblesses.

¹⁹ Les détails sont donnés dans les paragraphes qui suivent et relatifs à chaque mesure.

2.2. Les mécanismes assuranciers en pension et risques professionnels

2.2.1. Les régimes gérés par l'INSS et l'ONPR

L'INSS et l'ONPR gèrent les régimes des pensions et des risques professionnels en faveur respectivement des travailleurs du secteur privé et assimilés pour l'INSS et des agents publics et assimilés pour l'ONPR.

Les régimes gérés par l'INSS sont régis par les dispositions de la loi du 29 novembre 2002 tandis que ceux gérés par l'ONPR sont régis par les celles de la loi du 27 janvier 2010.

La source principale de financement des régimes gérés par l'INSS est constituée des cotisations assises sur les salaires bruts limités à un plafond de 450 000F/mois. Les cotisations dans la branche des pensions sont fixées à 10% des salaires pour les civils et à 14,6% pour les militaires et à 3% des salaires bruts à la branche des risques professionnelles sans distinction de catégories.

La source principale des financements des régimes gérés par l'ONPR est constituée également des cotisations des travailleurs et de l'employeur Etat. Contrairement à l'INSS où les cotisations constituent un pourcentage du salaire brut, l'ONPR applique un système basé sur la valeur d'achat et la valeur de service du point de retraite qui permettra de déterminer le montant des cotisations de l'employé et celui de la pension à percevoir.

L'ordonnance ministérielle du 1^{er} février 2011 fixe la valeur d'achat du point à 720, alors que celle du service du point est fixée à 45.

2.2.1.1. Institut National de Sécurité Sociale

Forces :

- L'introduction de l'assurance volontaire en pension permet à l'assuré qui quitte l'assurance obligatoire de continuer à financer sa future retraite ;
- L'expérience de plus de 50 ans dans la gestion des risques sociaux devrait constituer un atout pour une mise en œuvre efficiente de la Politique Nationale de Protection Sociale ;
- La solidité financière de l'institution (plus de 70. Milliards de francs burundais comme portefeuille) devrait aider l'Etat à investir dans des secteurs porteurs de croissance économique et dans le bien-être des populations (santé, enseignement de qualité, prise en charge du troisième âge).

Faiblesses :

- Le confinement dans le secteur formel (3% de la population active seulement couverte) ;
- L'incapacité d'attirer les membres des professions libérales ;
- Les frais de gestion non encore maîtrisés. Elles représentaient 52% des cotisations au 31 décembre 2010 ; elles sont aujourd'hui estimés autour de 25% alors que les normes en la matière sont fixées à 15% ;
- Les procédures de traitement des dossiers techniques sont lourdes et longues du fait de l'absence d'un archivage électronique permettant de raccourcir les délais de traitement des dossiers de demande des prestations ;
- La représentation au sein du Conseil d'administration est déséquilibrée au profit du partenaire Etat alors que le code précise bien que les régimes sont gérés de façon paritaire (art.10 du Code de la sécurité sociale) ;

- L'absence de représentation des bénéficiaires des prestations comme les retraités au sein du conseil d'administration ;
- La dette de l'Etat vis-à-vis de l'institution s'élève aujourd'hui à plus de 6 milliards de F bu (la prise en charge des risques liés aux faits de guerre, arriérés des loyers, des cotisations, le dossier affiliation a posteriori) ce qui restreint tout élan de revalorisation des prestations des retraités et des rentiers ;
- Un plafond des cotisations non actualisés régulièrement suite aux retards répétitifs dans la réalisation des études actuarielles ; ce qui empêche toute perspective de revalorisation des prestations ;
- Une tutelle gouvernementale qui pèse lourdement sur le fonctionnement de l'institution surtout en ce qui est de la nomination des membres du Comité de Direction et en ce qui est de l'orientation des investissements.

2.2.1.2. Office National des Pensions et Risques professionnels

Forces:

- Anciennement payés par le Trésor, les retraités de la Fonction Publique disent que les prestations ont été améliorées par l'ONPR.
- La structure administrative est bien légère ce qui permet de maîtriser les frais de fonctionnement de l'Office.

Faiblesses :

- La gestion du régime des pensions par le système des points risque de bloquer tout effort d'unification des régimes gérés par l'INSS et l'ONPR et comme c'est un régime qui n'existe nulle part dans la sous-région, il risque de freiner les efforts d'harmonisation des systèmes de protection sociale dans l'EAC. Par ailleurs, le système des points est un système à l'abandon dans la plupart des pays africains ;

- Le grand défi pour cet organisme est de pouvoir maintenir sa viabilité financière et réajuster régulièrement la qualité des prestations sans que les effectifs des affiliés et leurs contributions ne soient parallèlement augmentés ;
- Les disparités des salaires, entre les différentes catégories de fonctionnaires et au niveau des âges de départ à la retraite, engendrent des différences et du manque d'équité sur les prestations de la retraite. L'harmonisation des salaires constitue une revendication récurrente de syndicats ;
- En matière de risques professionnels, les services de l'ONPR ont démarré très récemment mais font observer déjà des tricheries et des fraudes sur les factures et les déclarations d'accidents que les agents de contrôle et de vérification commencent à débusquer. En effet, la fréquence des déclarations d'accidents de transport inspire déjà des inquiétudes à l'ONPR ;
- Les bénéficiaires et les affiliés à l'ONPR considèrent que les montants perçus au titre d'indemnités de risques professionnels sont insuffisantes. Ils déplorent également l'absence des services de promotion et d'inspection de la santé et de la sécurité au travail au sein de l'administration publique,
- Comme pour les affiliés à l'INSS, ceux de l'ONPR voudraient que la liste des maladies professionnelles soit rapidement établie ;
- Les fonctionnaires regrettent l'absence de mécanismes d'information, de formation et de prévention des maladies et des accidents professionnels tant dans la Fonction Publique que dans le secteur privé.

2.3. Les mécanismes assurantiels en santé

2.3.1. Mutuelle de la Fonction Publique

La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) a été créée en 1980, par le décret du 27 juin. A la même date un décret-loi a institué un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés. La MFP a donc été

chargée de l'organiser et de l'administrer. En 1999, un code de la Sécurité Sociale avait également été promulgué, suivi d'une réforme du régime de l'assurance-maladie des agents publics et assimilés, actée en 2002.

La MFP est un établissement public à caractère administratif (EPA), placé sous la tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS), et disposant de l'autonomie organique et financière. La tutelle signifie notamment que le/la ministre de la Fonction Publique peut faire annuler toute décision qui serait contraire au Décret n°100/107 du 27 juin 1980 portant création de la MFP. Le décret a établi la composition de son Conseil d'Administration (CA), dont le nombre de membres était fixé à douze, dont quatre représentants de l'Etat (DG de la Fonction Publique, DG de la Santé, un représentant du Ministère du Plan, un du Ministère des Finances), quatre représentants des assujettis, trois représentants des fournisseurs de prestations.

Cependant, le Décret 100/193 du 18/10/1989, portant modification des statuts de la Mutuelle de la Fonction Publique, a ramené la composition du CA à 7 membres, dont 3 représentants de l'Etat, 3 représentants des affiliés et un représentant du personnel. Le directeur général de la MFP, représentant de l'Etat, est le secrétaire général du CA. Parmi les représentants des affiliés, dans le CA actuel, un provient des FDN, un de la PNB, un de la COSYBU (Confédération des Syndicats du Burundi, née en 1995 et qui regroupe 33 syndicats ainsi que la Fédération Nationale des Travailleurs du Transport).

Au niveau de la population couverte, la MSPLS estime que près de 8% de la population du Burundi seraient couverts par la MFP.

L'affilié ou l'ayant droit doit payer un ticket modérateur de 20% du coût de la consultation ou de l'hospitalisation, et de 10% à 30% du coût des médicaments, sur la base d'une tarification établie par les autorités de l'Etat. La dernière version de celle-ci date de 2001. La part restante (80% pour les consultations et hospitalisations et de 70 à 90% pour les médicaments) est à la charge de la mutuelle. Pour les médicaments, le remboursement se fait

sur la base du coût des génériques. Or, dans la plupart des cas, les médecins prescrivent des spécialités, donc beaucoup plus onéreuses, ce qui laisse un reste à charge élevé au patient. Dans le cas d'une maladie chronique, le remboursement des médicaments se fait à hauteur de 90% depuis 2003. Les maladies (ou affections de longue durée) couvertes sont, principalement, les affections cardio-vasculaires (dont l'hypertension artérielle et les insuffisances cardiaques), l'asthme, le diabète, l'épilepsie, les affections psychiatriques.

Les FDN, la PNB, le personnel du MSPLS sont en réalité pris en charge à 100%, la part revenant au bénéficiaire étant couverte par le ministère de tutelle. Il en est de même pour les employés de la MFP elle-même.

Le régime est financé par une cotisation appliquée sur la base du salaire brut diminué des allocations familiales et des allocations au logement. Le taux de cotisation est, depuis sa révision en 1999, fixé à 10% : 6% sont à la charge de l'employeur et 4% à celle de l'employé.

Forces :

- La MFP est une institution qui semble bien établie, stable, dont les finances (du moins pour la partie strictement assurance-santé) sont solides; comme en témoignent les délais de paiement raisonnables.
- Facilité de procéder au recouvrement des cotisations car la MFP s'appuie sur une population facilement captive (automatisme de l'affiliation lorsqu'on est fonctionnaire de l'Etat ou membre des FDN et de la PNB).

Faiblesses :

- Les files d'attente sont longues et certains assurés n'hésitent pas à payer de leur poche les prestations pour fuir ces files ;
- Le niveau de remboursement octroyé par la MFP à ses membres est plus théorique qu'il ne l'est en réalité. Le niveau de

remboursement théorique est de loin 80% de la facture au moment où le niveau réel de remboursement se situe entre 40 et 60% de la facture. Cette situation est une autre source de démotivation des personnes couvertes pour l'utilisation de leur carte MFP.

- Les possibilités de fraude sont importantes et leur détection est mal assurée. Les cas de fraude détectés et les sanctions prises sont assez peu nombreux. Il est étonnant, à ce propos, de constater que 85% des cas de fraude documentés concernent les personnels pourtant, en principe, les mieux pris en charge : FDN et PNB.
- Le manque de capacité dans ses fonctions d'accueil et d'orientation des adhérents et de leurs ayants droit, notamment aux guichets. Ces derniers sont très mal équipés tant en moyens humains que matériels.
- L'absence d'outils modernes de gestion. En effet, la MFP ne dispose pas de plan stratégique, ni de tableau de bord.
- Les capacités humaines sont très limitées. En effet, la MFP manque de ressources humaines professionnellement qualifiées pour assurer son développement et notamment l'amélioration de ses capacités de gestion, y compris de gestion prévisionnelle (elle ne dispose pas d'actuaire par exemple). C'est ainsi que la MFP ne dispose que d'une vingtaine de cadres pour un effectif de 560 personnes, comme noté par la Commission d'Enquête Parlementaire de 2012.
- La quasi-absence d'informatisation de sa gestion est à déplorer. C'est ainsi qu'il est constaté une méconnaissance des listes d'affiliés, de leur nombre, du nombre de leurs ayants droit ce qui handicape bien évidemment la mutuelle dans sa capacité à piloter son développement, à établir un diagnostic de ses activités, à repérer ses propres forces et faiblesses (à s'auto-diagnostiquer en quelque sorte), et à se projeter dans l'avenir.
- Une décentralisation inachevée

2.3.2. Les Mutuelles communautaires

Une mutuelle de santé est, selon le BIT, une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire²⁰. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations de ses membres et par une démocratie participative, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé. Le membre paie une cotisation qui n'est pas liée à son risque individuel, et il n'y a pas de critères d'exclusion²¹.

Au Burundi, les principaux textes qui régissent la création et l'exercice d'une mutuelle communautaire ou sans but lucratif sont :

- ✓ Loi n° 1/010 du 16/06/1999 portant code de la sécurité sociale ;
- ✓ Décret du 15 avril 1958 sur les associations mutualistes ;
- ✓ Ordonnance ministérielle n°570/519 du 9 mai 2011 portant fixation des conditions requises pour l'agrément des mutuelles de santé au Burundi.

Les mutuelles de santé, y compris communautaires, sont sous la tutelle du Ministère ayant en charge la protection sociale, c'est-à-dire le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS).

Selon les derniers chiffres disponibles publiés dans un document datant de septembre 2013, les mutuelles recensées par la PAMUSAB (qu'elles en fassent partie ou non) comptaient un total de 22.304 adhérents pour 124 191 bénéficiaires au total, pour l'exercice 2011/12.

Globalement, une estimation de 1,5% à 2,0% de la population burundaise couverte par les mutuelles communautaires de santé semble, pour le moment du moins, est une approximation acceptable.

²⁰ BIT-STEP : *Guide d'introduction à la mutuelle de santé*, Genève, 2000.

²¹ Ibidem.

L'introduction de la CAM rénovée début 2012 limite en principe les possibilités de développement des mutuelles communautaires en restreignant leur champ d'application, le paquet essentiel d'activités étant normalement accessible au plus grand nombre via la CAM, qui vise les deux tiers de la population burundaise et repose sur le paiement d'un forfait annuel de 3.000 Fbu et d'un ticket modérateur de 20%.

Forces :

- Les mutuelles jouent un rôle pionnier dans l'extension de la couverture maladie, surtout à l'adresse des populations rurales, en raison de leur dynamique de proximité, leur souplesse et leur logique communautaire.
- Responsabilisation des citoyens dans la prise en charge du risque maladie ;
- Renforcement de l'esprit de solidarité grâce à la mutualisation du risque maladie.

Faiblesses :

- La première faiblesse des mutuelles communautaires de santé réside dans le fait qu'elles ne couvrent encore qu'une part minime de la population burundaise (2% tout au plus). En effet, les mutuelles sont basées sur la liberté d'adhésion, ce qui, d'emblée, limite considérablement la population cible
- Leur capacité à étendre la couverture de la population reste encore limitée, et les restrictions de couverture des risques (ex : taux élevés de ticket modérateur, plafonnement de garanties, pas de portabilité) peuvent constituer des obstacles non négligeables au recours aux services de santé.
- La viabilité financière des mutuelles communautaires est à relativiser. En effet, ces mutuelles s'adressent à des populations à faible revenu ce qui fait que leurs contributions sont très limitées, incapables de faire face aux coûts élevés et de fournir une prise en

charge de base complète. Ceci est un constat général pour ce type de mécanisme. Des études ont démontré qu'un engagement des pouvoirs publics et/ou de bailleurs extérieurs est nécessaire pour assurer la viabilité financière et une bonne étendue de couverture à ces dispositifs.

- La carence des médicaments dans les formations sanitaires et un accueil parfois peu chaleureux entament aussi la confiance des mutualistes dans leur adhésion.
- L'absence des mécanismes de communication de la part des mutuelles et des pouvoirs publics vis-à-vis des prestataires de services rend parfois difficile la compréhension entre les formations sanitaires «FOSA » et les mutualistes.
- Le manque de ressources humaines. En effet, bien qu'une volonté politique réaffirmée pour la couverture médicale et un engouement certain des populations soient perceptibles, il se dénote une insuffisance criante de ressources humaines et financières pour accompagner le processus de mise en place et de viabilisation des mutuelles communautaires de santé. L'expérience, certes encore limitée, aussi bien au Burundi que dans les pays voisins, notamment en Afrique Centrale et de l'Ouest, indique qu'un appui technico-administratif est nécessaire. Ceci est corroboré par le soutien apporté par des organismes extérieurs (ONG, mutuelles belges) aux mutuelles communautaires de santé « MCS » au Burundi.

2.3.3. La Mutuelle de Santé des entreprises du secteur privé

La Mutuelle de Santé des entreprises Privées qui est devenue fonctionnelle à partir du 2 mai 2014, est venue combler un vide dans l'arsenal d'organisme de gestion du régime de soins de santé. La naissance est un aboutissement d'un long processus déjà annoncé à travers les articles 140 à 144 du code du travail de 1993

Les affiliations commencent à peine et la fourniture des prestations n'a pas encore commencé de sorte que l'étude n'a pas pu obtenir des considérations ni sur son fonctionnement ni sur leur qualité.

Comme pour la Mutuelle de la Fonction Publique, les cotisations sont fixées par l'autorité, les prestations prévues sont également similaires et comportent des limitations. Même si la cotisation est calculée sur la base légale, la Mutuelle de Santé du secteur Privé fixe un niveau minimum de 10.000 par mois.

Les responsables de la Mutuelle proposent une affiliation volontaire pour démarrer mais envisagent de solliciter, dans un proche avenir, à l'autorité compétente la décision du caractère obligatoire de l'affiliation pour toutes les entreprises et les salariés du secteur privé.

2.4. Le système des gratuités et d'assistance

2.4.1. Carte d'Assistance Médicale

En raison de multiples dysfonctionnements du régime pour les travailleurs du secteur informel appelé « Carte d'Assistance Médicale » (CAM) qui a duré entre 1984 et 2012 (financement détourné par les Communes au profit d'autres secteurs ; faible attractivité de la carte CAM ; sélection adverse ; faible niveau de cotisation...), le Gouvernement a mis en place un nouveau régime dit CAM rénovée.

Sur proposition du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, le Deuxième Vice-président de la République a signé le 25/01/2012 l'arrêté n° 01/VP2/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale (CAM) au Burundi. L'article 1 de cet arrêté stipule que la CAM est destinée aux populations du secteur informel et rural. L'article 3 indique que la CAM donne à son acquéreur, à son conjoint et aux membres de sa famille encore mineurs, moyennant un ticket modérateur de 20%, le droit aux prestations de soins correspondant au paquet de soins disponibles au

niveau des centres de santé publics ou agréés (confessionnels) et au niveau des hôpitaux de district.

L'adhésion à la CAM représentait 25% de la population fin avril 2013 et 32,6% à la fin juillet 2013 selon la Direction de l'offre et de la demande de soins (MSPLS). Le taux réel d'adhésion devrait se situer entre 25% et 30% étant donné qu'il y a des renouvellements d'adhésion intervenus depuis mai 2013 qui pourraient avoir été comptés comme de nouvelles adhésions.

Il s'agit d'un niveau d'adhésion élevé après seulement 18 mois de mise en œuvre de la CAM rénovée, ce qui dénote d'un niveau de mobilisation et de sensibilisation appréciable, au niveau politique comme au niveau de la population. On note, cependant, des écarts de taux d'adhésion très importants d'une province à l'autre. Les taux, à juillet 2013, varient ainsi de 15,7% à Bujumbura Mairie à 86% à Cankuzo. L'écart entre cette dernière province et les autres est énorme. Il excède en effet 30 points de pourcentage avec la deuxième province en termes de taux d'adhésion, soit Ruyigi avec 52,2%. A Cankuzo, le taux élevé s'expliquerait par la forte implication des autorités politiques locales.

Les bénéficiaires de la CAM ont droit aux prestations couvertes par la CAM moyennant un ticket modérateur de 20% ; le reste du coût des soins étant couvert par un tiers payant, pour le moment l'Etat. L'article 8 de l'arrêté CAM précise que les indigents bénéficient d'une prise en charge totale (100%) par le Ministère ayant la solidarité dans ses attributions.

Le paiement des prestations

Le paiement des formations sanitaires se fait sur base d'un tarif forfaitaire pour chaque prestation couverte par la CAM. Le tarif forfaitaire est basé sur une étude des coûts réels des soins de santé réalisée en 2011 par le MSPLS avec l'appui technique et financier de Pathfinder International et Management Sciences for Health (MSH).

Le paiement effectif des prestations des formations sanitaires est effectué par virement direct des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires à partir d'un compte bancaire ouvert par la Province Sanitaire (Bureau de Province Sanitaire, BPS).

La coordination et le suivi des paiements sont réalisés par la Direction Générale des Ressources (DGR) qui transmet également les déclarations de créance signées par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA au Ministère en charge des Finances.

Forces et faiblesses

Si la CAM rénovée, telle que structurée et mise en œuvre actuellement, a certainement des forces, elle souffre toutefois d'un certain nombre de faiblesses qui menacent aussi bien sa propre viabilité que la trésorerie des prestataires de soins et leur performance, particulièrement celle des hôpitaux.

Forces :

- La CAM rénovée dispose d'un fort soutien politique au plus haut niveau. En effet, elle est l'émanation de la Deuxième Vice-présidence de la République à travers l'arrête n° 01/VP2/2012 du 25 janvier 2012. De plus, il est à noter une forte sensibilisation et mobilisation de la population en faveur de l'adhésion à la CAM conduite par les plus hautes autorités du pays du niveau central au niveau périphérique ;
- Le potentiel de couverture de la CAM est très élevé : en effet, au bout de 18 mois de mise en œuvre, le taux d'adhésion est estimé entre 25 à 30% avec en moyenne une augmentation du taux d'adhésion de 2% par mois. A titre comparatif, les mutuelles communautaires qui existent depuis plusieurs années ne couvrent qu'à peine 2% de la population. Bien structurée et bien organisée, la

CAM pourrait donc être un accélérateur pour atteindre la couverture universelle ;

- La CAM promeut le respect de la filière (ou échelonnement) des soins car ne peuvent bénéficier des soins hospitaliers que les patients référés par un centre de santé ;
- La CAM couvre toutes les prestations offertes au niveau des centres de santé (Paquet Minimum d'Activités) et au niveau des hôpitaux de district (Paquet Complémentaire d'Activités) ;
- La CAM couvre les populations du secteur informel et rural, généralement plus pauvres et sans couverture maladie.

Faiblesses :

- Sous-financement de la CAM : c'est la plus grande menace qui guette la CAM à court terme. En effet, les niveaux de la contribution de l'Etat (2,3 milliards de Fbu par an) et des ménages (3 000 Fbu/ménage et par an) sont insuffisants pour couvrir les besoins de financement de la CAM. Ces besoins sont estimés à 34 milliards de Fbu par an (hors contribution des ménages) si 100% de la population cible venait à adhérer. La survie financière de la CAM est donc en jeu et à très court terme ;
- Faible implication des partenaires techniques et financiers dans la mise en place de la CAM rénovée : les partenaires techniques et financiers estiment n'avoir pas été impliqués dans le développement de la CAM rénovée. Dans une correspondance adressée au Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA en avril 2012, ils reconnaissent le bien-fondé de la CAM et son potentiel à assurer une large couverture sanitaire de la population, se disent disposés à appuyer techniquement et financièrement la CAM mais présentent des propositions techniques pour une restructuration de la CAM en vue de lui assurer plus d'efficacité, d'efficience et de durabilité ;
- Retard de remboursement des formations sanitaires avec des délais de remboursement moyens de 4 à 5 mois. Ainsi, les arriérés de

paiement dus aux hôpitaux par l'ancienne CAM (2,4 milliards Fbu) pourraient amener ces fournisseurs de soins à refuser de collaborer (refus de services ou discrimination des bénéficiaires de ce régime) ;

- Le système de gestion de la CAM ne sépare pas les fonctions qui sont quasiment toutes sous la responsabilité du MSPLS et ses structures de soins, y compris la vente des cartes par les CDS.

2.4.2. Gratuité des soins (couplée au Financement Basé sur la Performance)

En 2006, le Gouvernement du Burundi a décrété la gratuité des soins curatifs pour les enfants de moins de cinq ans et les accouchements au sein des formations sanitaires (Décret Présidentiel n°100/136 du 16 juin 2006). Plus tard, en 2010, la gratuité des soins fut étendue à la grossesse et aux césariennes (Décret Présidentiel n°100/38 du 16 mars 2010).

Parallèlement, le Ministère de la Santé Publique du Burundi a adopté la Politique Nationale de Contractualisation et a retenu l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) comme un des axes stratégiques du développement sanitaire du pays. Des expériences pilotes de FBP ont été testées dans trois Provinces à partir de 2006, puis étendues à 6 autres en 2009, pour atteindre 9 sur les 17 Provinces que compte le pays.

Dans le cadre du remboursement des soins gratuits par le Gouvernement, des problèmes liés notamment au retard de paiement des formations sanitaires, à la surfacturation des actes médicaux, à la surcharge de travail du personnel de santé et au manque de médicaments et équipements n'ont pas permis une mise en œuvre efficace de cette mesure. En vue de faire face à ces difficultés et de mettre en œuvre d'une manière plus efficiente la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, le MSPLS a décidé de la financer à travers l'approche de FBP.

Le MSPLS, le Ministère des Finances et les PTF ont adopté, en mars 2009, un consensus sur les synergies entre ces deux stratégies en vue de progresser vers la formulation d'une politique nationale harmonisée à même d'améliorer la performance du système de santé, y compris l'accès des citoyens burundais à des soins de meilleure qualité, d'apporter un soutien aux stratégies de la gratuité des soins pour les plus vulnérables et au FBP.

La gratuité ciblée des soins est mise en œuvre à travers les mécanismes institutionnels du FBP qui est un mode de financement de la santé basé sur les outputs de performance et matérialisé par une relation contractuelle entre les différents acteurs et guidé par le principe de séparation des fonctions (Eichler&Levine, 2009).

La séparation des fonctions est l'un des principes fondamentaux du FBP en vue de prévenir d'éventuels conflits d'intérêts et d'améliorer la gouvernance.

Toutefois, le principe n'indique pas qu'il faut forcément un acteur différent pour chacune des fonctions, dans la mesure où certaines fonctions peuvent être compatibles sans préjudice avéré. Ce dernier fait est aussi lié au souci de cohérence et de rationalité des coûts de mise en œuvre du programme. Pour la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP au Burundi, six principales fonctions sont distinguées au sein desquelles les missions des différents acteurs sont définies.

- 1) La prestation des soins est assurée par les hôpitaux et les CDS publics, confessionnels et privés ;
- 2) La vérification des prestations est assurée par :
 - ✓ l'équipe du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) pour la vérification quantitative ;
 - ✓ les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et les Bureaux de Districts Sanitaires(BDS) pour l'évaluation de la qualité au niveau des CDS ;

- ✓ les pairs pour l'évaluation de la qualité dans les hôpitaux ;
 - ✓ les associations locales (à base communautaire) qui sont chargées de la vérification communautaire (vérité des prestations).
- 3) L'achat des prestations est assurée par l'équipe de validation du CPVV pour les CDS et les hôpitaux de première référence, tandis que cette fonction est assurée directement par le niveau central du MSPLS pour les hôpitaux de référence nationale ;
 - 4) La contre-vérification est assurée par un organisme externe indépendant recruté par appel d'offres international, ainsi que par les associations locales (ASLO) qui effectuent les enquêtes communautaires (perception de la qualité des soins par la communauté) ;
 - 5) Le financement du programme de Gratuité-FBP est assuré par le Ministère des Finances et les PTF du MSPLS.
 - 6) La régulation est assurée par les services centraux du MSPLS, les BPS et les BDS.

La coordination technique de la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est confiée à une Cellule Technique Nationale (CT-FBP) composée de cadres fonctionnaires du MSPLS et appuyés par des experts nationaux et internationaux.

2.4.3. Régime des indigents

Les modalités de prise en charge des indigents ont été introduites simultanément à l'introduction de la politique de la CAM. L'article 5 de cette ordonnance, qui est resté le même après la modification du texte en 1996 par ordonnance ministérielle, prévoit que « les soins médicaux prodigués aux indigents en possession d'une attestation d'indigence délivrée par l'Administration Communale seront pris en charge par l'Etat ».

Néanmoins, à aucun moment, ce texte ne définit de façon précise la notion d'indigence, à savoir qui sont les indigents et quels sont les critères d'identification de l'indigence. Ce vide est partiellement comblé en 2003 (2/04/2003), à travers l'ordonnance ministérielle n°630/530/445, qui fixe les modalités de prise en charge médico-sanitaire des indigents.

Cette ordonnance ministérielle n°630/530/445 définit comme indigentes les personnes suivantes :

- ✓ Les enfants indigents détenteurs d'une attestation pour la scolarisation ;
- ✓ Toute personne démunie de tout sans aucune assistance, incapable de produire des revenus et reconnue comme telle par la collectivité locale.

La définition de l'indigence proposée dans l'ordonnance de 2003 reste assez floue, notamment sur les critères d'éligibilité des indigents. D'un côté, les enfants orphelins « indigents », de l'autre, toute personne démunie de toute assistance, sans capacité de générer des revenus.

L'utilisation de critères épars et non harmonisés d'identification de l'indigence, dépendant de l'appréciation de plusieurs institutions successives (le COSA, puis les autorités administratives de chaque commune) entraîne un problème de coordination, mais également un problème d'ordre légal, puisque certains citoyens présentant le même profil peuvent ne pas avoir accès aux mêmes droits.

Une autre définition est donnée dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Les indigents sont reconnus comme étant une catégorie de personnes incapables de se faire de quoi manger, de quoi s'abriter ou de quoi se protéger.

Mais encore une fois, cette définition laisse place à de nombreuses interprétations. Elle reconnaît l'indigence comme un phénomène

multidimensionnel, qui est dû à l'accumulation interdépendante de la pauvreté économique et d'autres privations sociales qui expliquent pourquoi et comment certaines personnes au sein d'une communauté, des groupes au sein d'un pays se retrouvent dans une situation de désœuvrement complet.

Du fait de l'absence de critères clairement définis, il n'existe pas aujourd'hui au Burundi une idée précise sur le nombre d'indigents à prendre en charge. Une fois que la famille indigente a malgré tout réussi à franchir toutes les barrières pour obtenir la carte CAM et le certificat d'indigence, la couverture proposée est la suivante : 80% de la facture du centre de santé ou de l'hôpital de district sont couverts par la CAM et les 20% restant sont logiquement à la charge du Ministère de la Solidarité Nationale.

Au niveau des arrangements institutionnels, l'ordonnance de 2003 définit également les rôles des différentes administrations dans la prise en charge des indigents dans l'accès aux soins de santé :

L'attribution du statut d'indigent revient d'abord à l'administrateur communal (art.2), avec toutefois le contreseing de l'administration sanitaire. Néanmoins, cet administrateur est tenu de mettre en place un comité en charge de l'identification de ces indigents (art.6). Ce comité dont il fait partie à titre de président, est composé des directeurs d'hôpitaux et titulaires de centre de santé de la zone et des chefs de zone et de quartier (art. 7). Les associations intervenant dans la prise en charge des indigents peuvent également réclamer, et obtenir un statut de membre de ce comité.

2.4.4. La mesure de gratuité de la scolarité à l'école primaire

La mesure touche l'ensemble des enfants fréquentant l'école fondamentale qui sont exemptés de payer le minerval, les équipements et les outils didactiques. Introduite dans l'objectif de permettre la scolarisation universelle au niveau de l'enseignement primaire, l'efficacité de cette mesure a été réduite par le maintien et l'introduction d'autres types de frais à

payer à la charge des parents. Il s'agit notamment des frais de contribution (i) à la construction de nouvelles salles de classes et à leur équipement, (ii) à l'entretien et le gardiennage des bâtiments et autres biens de l'école, (iii) à l'achat des cahiers et autres outils d'apprentissage et (iv) à l'achat des uniformes dont le port à l'école est obligatoire.

Le maintien de cette charge financière, qui reste somme toute énorme pour une grande partie de la population démunie, combiné à d'autres facteurs tels que l'éloignement des écoles, le surpeuplement de la majorité des classes de cours, l'absence de bancs pupitres et le manque de nourritures dans les familles de la plupart des écoliers, constituent des entraves à l'atteinte des objectifs qui avaient motivé la mesure.

Rappelons que la mesure, si elle était appliquée de manière à lever toutes les entraves qui viennent d'être citées, reste une bonne option pour la réalisation des objectifs et des obligations mondiaux en rapport avec les droits fondamentaux de la personne humaine tels que les OMD, la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'enfant « CDE », la convention 138 de l'Organisation Internationale du Travail sur l'âge minimum d'admission à l'emploi et en particulier en rapport avec la disposition recommandant la fixation de l'âge pour l'enseignement obligatoire.

La mise en œuvre du socle de protection sociale devrait faire une analyse sur les options de maintien de la mesure de gratuité mais qui élimine toutes les charges de l'enseignement primaire à toute la population ou de réforme de la mesure qui, cette fois-ci, ferait une stratification de la population par revenus et introduirait une contribution de ceux qui ont des revenus. L'Etat ne garderait que les charges des indigents et les compléments à la contribution de la frange de la population à faibles revenus.

La contribution de la population permettrait de participer au financement notamment dans la construction des infrastructures scolaires en même temps qu'elle allégerait la part du Budget de l'Etat allouée à la mise en œuvre de la mesure.

En guise de contribution à la mise en œuvre de cette mesure, les partenaires tels que l'UNICEF et la Banque Mondiale ont financé l'acquisition des kits et manuels scolaires ainsi que des rations alimentaires aux enfants indigents alors que le Fonds Commun de l'éducation finance la construction des écoles.

Chapitre 3. Principaux défis

Ce chapitre essaie de synthétiser les principaux défis du système de protection sociale au Burundi qui se résument comme suit :

3.1. Réussir la coordination du système de protection sociale

Tout en soutenant la structure de la Commission Nationale adoptée, les partenaires non étatiques rencontrés expriment quelques inquiétudes sur :

- La léthargie qui risque de s'installer dans les services des ministères techniques étant donné qu'il n'existe pas de texte réglementaire qui indique les missions qui sont réservées aux ministères en charge de la promotion des programmes de protection sociale dont les ministères en charge de la protection sociale, de la solidarité nationale et de la santé publique,
- La capacité de l'organe de pilotage de privilégier le dialogue social pour négocier les mécanismes visant à créer les conditions les plus favorables à la promotion du système de la protection sociale (mécanismes de financement),
- La perception de l'urgence de décréter le caractère obligatoire pour certains régimes en vue d'accélérer l'atteinte d'une couverture universelle,
- L'engagement à la mobilisation des populations et de l'administration locale pour l'adhésion massive aux différents régimes,
- La capacité de mettre en œuvre les réformes nécessaires au sein de chaque régime existant en vue d'harmoniser et d'uniformiser les cotisations et les prestations,

Concrètement, les défis se posent en termes de :

- Mettre en place d'un cadre juridique et politique propice à la promotion des programmes de protection sociale,

- Parvenir à réunir les compétences techniques, les capacités et les moyens qui étaient répartis dans les différents services ministériels en vue d'un usage coordonné et en synergie,
- Assurer la coordination, l'harmonisation et l'établissement des priorités, au profit de la protection sociale, des actions entreprises à travers les différentes politiques sociales dans tous les secteurs,
- Réussir la mise en place et le financement du fonds de protection sociale prévu dans la politique nationale.

3.2. Assurer la cohérence et la complémentarité des régimes

Le financement des mécanismes assurantiels au Burundi est fragmenté, non coordonné, conduisant à des superpositions autant qu'à des fossés de couverture (populations non couvertes ou couvertures partielles ou « restes à charge » très variables indépendamment des capacités contributives des bénéficiaires).

Le chevauchement de certains mécanismes entre eux, notamment la gratuité des soins avec la couverture de la MFP, peut aussi introduire une certaine confusion, dont profitent d'ailleurs certaines FOSA qui encaissent plusieurs fois des revenus correspondant à une seule et même prestation.

Le manque de cohérence induit quelques fois des situations paradoxales : l'introduction de la CAM « rénovée » (le décret de mise en œuvre parle d'un mécanisme provisoire en attendant la généralisation des mutuelles de santé à base communautaire) a mis à mal le modèle d'expansion des mutuelles communautaires du fait qu'elle vise à peu près les mêmes populations.

3.3. Mobiliser des financements suffisants

Le sous-financement des mesures de gratuité et d'assistance est flagrant. Au-delà des déficits chroniques et alarmants, il est important de noter le décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50%, et

d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1%.

Ce sous-financement provoque l'accumulation d'arriérés de paiements ou créances sur factures émises au titre de ces mécanismes dans les FOSA publiques, particulièrement les hôpitaux. La situation financière de ceux-ci les pousse à reporter leur déficit sur l'augmentation du niveau de leurs dettes, ce qui a des répercussions sur leurs équipements et approvisionnements, particulièrement en médicaments et autres produits pharmaceutiques...

Toutefois, et en dépit d'une situation difficile des finances publiques, dans le budget de l'Etat pour 2014, le Gouvernement a inscrit sur la ligne « CAM » un crédit budgétaire de 13 milliards de FBu (soit 4 fois le budget de l'année antérieure). Si cette ligne est exécutée à 100% pendant cet exercice, elle permettra de régler une bonne partie des problèmes auxquels la CAM et les FOSA font face.

3.4. Des arrangements institutionnels adéquats

Ces arrangements sont souvent faibles ou ne respectent pas le principe de séparation des fonctions (à l'exception des assureurs privés). Par exemple, la confusion des rôles, la responsabilité quasiment absente d'un régulateur du processus d'éligibilité et d'identification claire, pertinent et standardisé ne permettent pas au régime de prise en charge des indigents d'être efficace et équitable.

En outre, l'analyse du montage institutionnel de la CAM permet de constater qu'il existe une confusion de rôles au niveau du MSPLS où plusieurs fonctions se mélangent. En effet, le ministère joue à la fois le rôle de régulateur, de payeur, de prestataire de soins et de vendeur de la carte CAM ; ce qui constitue un conflit d'intérêt.

3.5. Asseoir les principes de bonne gestion et de bonne gouvernance

Il est difficile de dire avec une certaine confiance quelle est la couverture globale de la population burundaise par l'ensemble de ces mécanismes. La principale raison est liée à un système d'information incomplet : les statistiques manquent et là où elles existent, elles sont incomplètes.

La reddition de comptes fait défaut pour les régimes publics ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité). Même pour la MFP, qui constitue aujourd'hui le plus ancien des mécanismes d'assurance maladie au Burundi et qui dispose de moyens assez importants (560 employés et des ressources financières assez conséquentes), ses comptes n'ont pas été audités ni certifiés depuis 2004. Quant au régime des indigents, les arrangements institutionnels confus ne permettent pas de savoir quel est le nombre de bénéficiaires de ce mécanisme.

Enfin, on note l'absence d'outils de gestion modernes pour l'ensemble des régimes en place (INSS, MFP, ONPR).

3.6. Etendre la couverture sociale aux groupes vulnérables

3.6.1. Les personnes handicapées

Ce groupe de vulnérables ne semble pas retenir suffisamment d'attention de la part des pouvoirs publics, à part quelques actions isolées et disparates, ceci en raison de :

- ✓ Manque de ressources financières suffisantes pour venir en aide à ce groupe;
- ✓ Pénurie de ressources humaines techniquement compétentes et des infrastructures adaptées aux diverses sortes d'handicaps.

Le constat qui se dégage est que les différentes initiatives nationales en matière de protection sociale ne réservent pas une attention spécifique aux différents types de handicaps. Seules les personnes à handicap physique et moteur font objet d'un petit intérêt.

L'un des exemples qui préoccupent les acteurs dans la promotion du bien être des personnes à handicap concerne l'exclusion des enfants handicapés au bénéfice du régime de la gratuité de la scolarité étant entendu que les infrastructures construites, les équipements et le matériel didactiques utilisés ne sont pas adaptés à certains types de handicaps.

Pire encore, les jeunes handicapés qui ont eu la chance d'entreprendre l'enseignement primaire dans des centres spécialisés appartenant à des confessions religieuses ont des difficultés d'inscription au rôle pour passer le concours national qui donne droit d'accès à l'école secondaire.

Certains types de handicaps nécessitent des traitements de réadaptation et de réhabilitation fournis à la fois par des centres spécialisés et les hôpitaux. Or les acteurs et bienfaiteurs font remarquer que peu d'initiatives de l'autorité publique sont déjà observées. Ils proposent qu'un régime spécial de prise en charge des soins de réhabilitation et réadaptation soit instauré.

3.6.2. Les Batwa

La majorité des membres de la communauté des Batwa n'a pas accès aux avantages liés à la CAM et au système de gratuité des soins pour la simple raison que cette catégorie de personnes ne dispose pas de la carte nationale d'identité exigée pour une affiliation à la CAM ou une inscription sur la liste des indigents.

3.6.3. Les enfants de la rue

Ces catégories d'enfants méritent une attention particulière quant à leur protection. La couverture de la protection sociale devrait être étendue

également à cette catégorie d'enfants. Outre les actions de plaidoyer, de prévention, de protection et de réhabilitation que ces enfants bénéficient de la part de certaines ONGs, des associations de la société civile et des services de l'administration publique, un espace devrait leur être réservé dans les programmes de protection sociale tels que les soins de santé, l'éducation et l'hébergement.

Les mesures de gratuité des soins et de la scolarité devraient les intégrer dans leurs champs d'action.

3.6.4. Les personnes âgées non accompagnées

D'après les consultations menées sur terrain sur la situation des personnes âgées, le constat est que les personnes âgées sans accompagnement connaissent beaucoup de moments d'isolement parce que n'ayant personne pour s'occuper d'elles pendant que les membres de leur famille vaquent à leurs occupations.

Aussi, beaucoup de personnes âgées n'ont pas songé ou n'ont pas pu tout simplement épargner durant leur vie active pour sécuriser les vieux jours et se retrouvent démunies, surtout que leurs parentés proches arrivent à peine à assurer leur subsistance.

Même les retraités du secteur structuré, sans éprouver exactement la même situation de vulnérabilité, perçoivent des pensions de faible niveau, avec un pouvoir d'achat faible, et ont besoin de la même assistance.

Les différents acteurs rencontrés recommandent la mise en place d'un centre pour les personnes âgées indigentes dans chaque province. Les modalités de fonctionnement de ces centres seraient à convenir entre l'administration provinciale et les collectivités locales.

Chapitre 4. Propositions pour l'amélioration de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.

A l'issue de cette étude, des propositions en rapport avec les actions à mener ont été relevées que ce soit au niveau du pilotage global, que ce soit au niveau de chaque régime.

4.1. Mettre en place un cadre juridique favorable à la réalisation de la couverture universelle

Pour atteindre cet objectif, il est proposé les actions suivantes :

- Réformer le cadre juridique existant en vue de le rendre plus propice à la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Protection Sociale,
- Harmoniser la législation en matière de protection sociale en intégrant les changements inspirés par la recommandation 202 de l'OIT sur les Socles Nationaux de Protection Sociale qui consacre l'évolution au niveau international. Ainsi le code de la sécurité sociale de 1999 doit être réformé conformément à l'orientation donnée dans la Politique Nationale de la Protection Sociale et évoluer vers un code de protection sociale,
- Réviser les textes créant les régimes existants en vue d'intégrer les modalités particulières de fonctionnement et de gestion utilisées par de nouveaux types d'organes de gestion (ex : Contribution par cotisation et par impôts)

Ces réformes juridiques sont indispensables et préalables au lancement d'une campagne de promotion de la mise en place du socle de protection sociale.

4.2. La consolidation du socle de protection sociale

L'expérience a montré que pour des pays à bas revenus comme le Burundi, la priorité serait donnée à la fourniture d'un accès à des soins de santé de base universelle à toute la population et à des prestations familiales qui encouragent la fréquentation scolaire des enfants sans négliger les transferts sociaux ciblés en faveur des personnes âgées et des adultes en situation de vulnérabilité.

4.2.1. La garantie des prestations en cas de maladie

Le rapport du BIT sur l'évaluation technique pour la mise en place d'un socle de protection sociale au Burundi présenté en 2013 renseigne qu'environ 17% des personnes malades n'auraient pas accès aux soins de santé et que 81,5% des patients seraient obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face à la dépense de santé²².

Cette situation montre l'ampleur du déficit à combler pour se conformer à la Recommandation n° 202 de l'OIT concernant les Socles nationaux de protection sociale qui stipule en son paragraphe 8(a) que « *les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels* ».

Dans le domaine précis de la santé, il a été reconnu que la sécurité sociale peut jouer un rôle important en réadaptant son action, orientée traditionnellement vers le traitement des malades et l'octroi de certaines prestations en espèces, aux exigences du milieu rural et en intégrant ses efforts à ceux déployés par les organismes de santé publique. Cette intégration est d'autant plus souhaitable que les services de santé publique au Burundi sont actuellement loin de pouvoir satisfaire les besoins de

²²Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Programme National de développement Sanitaire 2011-1015 (PNDS II).

médecine curative et préventive des populations rurales, même de manière primaire, en raison particulièrement des contraintes financières qui limitent considérablement leurs possibilités d'agir et du nombre limité de personnel soignant en milieu rural.

A cet égard, des programmes qui font participer les populations rurales au financement des soins de santé (carte d'assistance/assurance maladie et micro-assurance santé) seraient les mieux indiqués étant donné qu'ils permettraient d'accroître les ressources investies dans le domaine de la santé.

4.2.2. La généralisation de la Carte d'Assistance Médicale²³

Pour la rendre plus profitable aux populations exclues des systèmes légaux actuels de protection sociale, une organisation administrative à trois échelons (communal, provincial, national) est proposée.

Au niveau communal d'abord, il est pertinent de créer des Comités des Usagers des Centres de Santé qui seraient chargés de l'animation continue de l'assurance. Ces comités se chargeraient d'animer les campagnes de recouvrement des cotisations et joueraient ainsi le rôle d'intermédiaire entre l'administration de la CAM et les assurés.

Au niveau provincial, un Comité Provincial collaborerait avec la direction provinciale de la santé. Il serait chargé de coordonner l'action des comités d'animation dans les communes. Il servirait également de relais dans la transmission des directives provenant de l'échelon national.

Au niveau national, la gestion de la CAM serait confiée à un Directeur Général élu par un Conseil d'Administration ou de Surveillance dans lequel

²³ Voir l'étude de l'IDEC intitulé : *Contribution à l'amélioration des mécanismes de financement des soins de santé au Burundi: vers une nouvelle formule de la carte d'assistance médicale*. Inédit.

siègeraient aussi bien les représentants des assurés que ceux de l'Etat. S'y ajouteraient un représentant de l'Ordre des médecins et un représentant de l'Ordre des pharmaciens. A ce niveau, il serait question de centraliser la collecte des cotisations pour les redistribuer ensuite dans les différents centres de santé et hôpitaux du pays, d'animer et d'exécuter, en collaboration avec les services techniques du ministère de la santé, les campagnes de prévention des pandémies, etc.

4.2.3. La promotion des mutuelles communautaires

La création de systèmes associatifs de type mutualiste, combinant l'entraide africaine traditionnelle et les principes nouveaux de l'assurance et de la solidarité, paraît être la meilleure solution pour sortir de la crise actuelle les systèmes de santé en Afrique et comme l'alternative au développement d'une médecine réservée aux plus fortunés.

Mais les systèmes mutualistes ne peuvent, ni constituer un pilier universel de base de la sécurité fondé sur la solidarité nationale, ni se substituer à un tel pilier. Ils peuvent toutefois permettre l'établissement, dans le secteur de la santé, d'une relation entre le payeur et le fournisseur qui soit source d'une plus grande efficacité et d'une meilleure qualité²⁴. En effet, à travers les mutuelles, les utilisateurs des formations sanitaires deviennent de vrais ayants-droit qui revendiquent un accès aux meilleurs soins de santé. Les prestataires de soins deviennent, de leur côté, redevables.

La mutuelle est également un facteur de transformation parce qu'elle entraîne des changements sociaux tant au niveau de l'individu qu'au niveau de la société de par sa gestion démocratique et associative qui

²⁴ M. CICHON et K. HAGEMER, *Le sécurité sociale pour tous: un investissement dans le développement social et économique mondial*, Questions de protection sociale, Document de réflexion N° 16, OIT, Genève, 2006, pp. 25-26.

responsabilise les adhérents, leur permet de s'exprimer et de défendre des choix et de faire entendre leurs voix²⁵.

En matière de réussite de la couverture sociale maladie grâce à la mutualité, l'expérience rwandaise mérite d'être citée en Afrique sub-saharienne. En décembre 2004, le Gouvernement rwandais a élaboré sa Politique de Développement des Mutuelles de Santé qui a abouti à l'adoption de la loi n° 62/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé et rendant en même temps obligatoire l'adhésion à une assurance maladie pour tous résidents sur le territoire rwandais²⁶.

Suite à l'adoption de cette Politique Nationale, le montant des cotisations pour chaque ménage a été fixé par le Gouvernement à 1,8 Dollars américains à payer avant le 31 janvier de chaque année pour une couverture annuelle du Paquet Minimum d'Activité.

En même temps, un Fonds National de Garantie des Mutuelles de santé a été créé pour couvrir tous les soins de santé dispensés aux mutualistes par les hôpitaux de référence, venir en aide aux mutuelles et pour assurer le paiement des jetons des membres du comité d'audit lors des réunions. Les personnes vulnérables sont depuis janvier 2006 pris en charge quant à leurs cotisations par le projet Assuring Access to Quality Care du Global Fund (Fonds Mondial). Cette population vulnérable est estimée à 27% de la population.

Depuis la mise en œuvre de cette Politique, l'accessibilité aux soins de santé a fortement augmenté (plus de 90%). Cette réussite est à mettre au compte d'une forte volonté politique du gouvernement rwandais engagé à assurer l'accessibilité aux soins de santé à tous ses résidents.

²⁵J. MICHIELSEN et alii, "Social protection in health: the need for a transformative dimension", *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 654-658.

²⁶ Art. 33 de ladite loi.

Le système mis en place au Rwanda est un système innovant encore jeune, il est vrai, mais celui-ci démontre qu'il est possible dans un pays en développement de briser les barrières financières aux soins de santé à une majorité de sa population même si la viabilité d'un tel système dépend pour une bonne partie des appuis des partenaires étrangers.

La promotion de l'assurance sociale de proximité ne signifie pas que d'autres stratégies ne doivent pas être en même temps employées. La combinaison de l'assurance nationale obligatoire pour le secteur formel d'une assurance nationale de proximité d'abord facultative puis obligatoire à un horizon décennal et d'une assistance sociale bien ciblée en faveur des vulnérables représente assurément un programme ambitieux mais crédible. Cette combinaison devra aboutir à terme à une couverture maladie universelle comme c'est le cas dans la majorité des pays développés.

Pour atteindre rapidement cette couverture maladie universelle, des articulations entre les systèmes légaux d'assurance maladie et les mécanismes de protection sociale à base communautaire sont plus que nécessaires comme l'ont bien montré les conclusions du Forum mondial de la sécurité sociale qui s'est déroulé du 10 au 15 septembre 2007 à Moscou. Aussi, les mutuelles doivent être articulées avec la politique de la gratuité des soins maternels et infantiles adoptée par le Burundi depuis 2006.

4.2.4. Les prestations aux familles

On notera tout d'abord que les prestations familiales sont seulement l'un des moyens d'une politique d'aide aux familles. Il en existe d'autres, parmi lesquels l'aménagement de l'impôt en fonction de la situation de famille, la création d'équipements et services sociaux au profit des familles (crèches, garderies, colonies de vacances, aide- ménagère,...) ou même la réduction des tarifs des transports au profit des familles nombreuses²⁷.

²⁷ Il faut bien noter que ces mesures se retrouvent dans la plupart des pays développés mais sont rares dans les pays en développement faute de moyens.

4.2.5. L'adaptation du financement

Pour bâtir un socle pérenne de protection sociale, il est impératif de réfléchir sur les stratégies de financement et l'adaptation de l'administration.

La décision de mettre en place un socle de protection sociale suppose est assurée des fonds pour financer les premières mesures, mais surtout comment cette perspective peut être maintenue et élargie au fil du temps. La pérennité du financement s'avère à cet égard indispensable.

Il va falloir également adapter l'administration du système en évitant surtout la fragmentation actuelle pour évoluer vers un système unifié.

✓ Le recours à l'impôt associé au système contributif

Le mode de financement par impôt est normalement adapté pour les pays à haut revenu dans lesquels la quasi-totalité de la population participe pleinement à la consommation.

Pour le Burundi où la majorité de la population est située en dessous du seuil de la pauvreté, un tel mode est difficile d'appliquer. La preuve est donnée par les retards de remboursement par l'Etat aux structures de soins de santé en rapport avec les prestations fournies aux indigents et aux affiliés à la CAM.

Pour que ce mode soit fiable, il faut l'associer au système contributif afin d'élargir les sources de financement.

✓ L'aide internationale

Dans le prolongement du « *Nouveau Consensus* » sur la sécurité sociale établie par la Conférence internationale du travail en 2001, et du lancement par l'OIT, en 2003, de la *Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous*, la Commission mondiale sur la dimension sociale de

la mondialisation a soutenu l'idée selon laquelle un minimum de protection sociale doit être acceptée comme faisant partie intégrante du socle socio-économique de l'économie mondiale et a déclaré qu'il fallait que la sécurité sociale, et de façon plus large, la protection sociale, devienne un important élément de cet ensemble de normes sociales minimum. A ce titre, donateurs et institutions financières devraient contribuer au renforcement des systèmes de protection sociale dans les pays en développement.

Dans cette même vision, le rapport de la Commission pour l'Afrique s'est fait l'écho des préoccupations exprimées par l'OIT dans son rapport de 2005²⁸.

La Commission y fait, entre autres, les recommandations ci-après, dont il ressort clairement que les gouvernements africains et la communauté des donateurs devraient se partager la responsabilité de l'extension de la couverture de la protection sociale en ces termes :

- les gouvernements africains devraient investir dans la reconstruction des systèmes de santé publique. Les donateurs devraient apporter 7 milliards de dollars sur cinq ans à cette fin, dans le cadre de la Stratégie pour la santé et du programme d'action initiale du Programme NEPAD de l'Union Africaine ;
- les donateurs et les gouvernements africains devraient investir d'urgence dans la formation et la fidélisation du personnel afin de pouvoir disposer d'un million de professionnels de la santé en plus en 2015 ;
- les gouvernements africains devraient affecter 15% de leurs budgets annuels à la santé, comme ils s'y sont engagés, et adopter des stratégies pour la prestation efficace des services de santé. Afin de régler les sommes manquantes, les donateurs devraient augmenter les fonds qu'ils allouent au soutien de ces catégories de 10 milliards de dollars de plus par an immédiatement jusqu'à 20

²⁸ Commission pour l'Afrique : Notre intérêt commun, Londres, 2005, pp. 81-83 ; <http://www.commissionforafrica.org/english/report/introduction.html>.

milliards de dollars d'ici 2015. Les fonds devraient être principalement versés aux budgets nationaux ;

- les gouvernements africains devraient élaborer des stratégies de protection sociale pour les orphelins et les enfants vulnérables, en soutenant leurs familles étendues et leurs communautés. Les donateurs devraient s'engager à offrir à long terme prévisible de ces stratégies en versant 2 milliards de dollars par an immédiatement, puis 5 à 6 milliards par an d'ici à 2015.

En réponse à ces appels, la communauté internationale a déjà assumé une certaine responsabilité dans la fourniture des services de base dans un certain nombre de pays africains.

Dans un « Livre Blanc » intitulé *Making governance work for poor* publié en 2006, le gouvernement du Royaume-Uni s'engage à faire en sorte qu'au moins la moitié de l'appui direct total du Royaume-Uni aux pays en développement soit affectée aux services publics, aux mesures de scolarisation, à l'amélioration des soins de santé, à la lutte contre le VIH et le SIDA, à l'approvisionnement en eau potable, aux services d'assainissement et à la fourniture d'une protection sociale²⁹.

Au Ghana, au Rwanda et en République de Tanzanie, l'appui budgétaire direct des donateurs représente une part importante pouvant aller jusqu'à 50% du budget national de santé. Au Burundi, sur un budget national s'élevant à 1.123 milliards de francs burundais en 2012, 523 milliards provenaient de l'aide public au développement soit près de 50% du budget national³⁰.

Compte tenu du fait que les aides publiques au développement dépendent en grande partie de la géopolitique mondiale et que cela fait qu'elles soient

²⁹Department for International Development (DFID) : *Eliminating world poverty : making governance work for the poor*, Livre blanc sur le développement international, Londres, 2006.

³⁰ Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement au Burundi 2012-2016.

imprévisibles, les pouvoirs publics ont intérêt à s'appuyer sur la prédictibilité des recettes fiscales pour contribuer au financement de la protection sociale dans sa dimension horizontale tout en sachant que le financement de sa dimension verticale devrait de préférence s'appuyer sur les contributions sociales des membres de la communauté nationale.

❖ De l'administration du système

L'ensemble des régimes de protection sociale d'un pays sont interdépendants et complémentaires du point de vue de leurs objectifs, de leurs fonctions et de leur financement, et forment un système de protection sociale national. Afin d'assurer l'efficacité de ce système, une coordination est indispensable en vue de réaliser la planification et le financement des différents régimes.

A cet effet, le Gouvernement du Burundi a mis en place un organe central de coordination à savoir, la Commission Nationale de la Protection Sociale « CNPS ».

Le Décret de mise en place de la CNPS précise ses missions, son mode de fonctionnement et de gestion.

L'autorité compétente devra doter à la CNPS les ressources nécessaires pour opérer sa décentralisation et sa déconcentration et d'instaurer une gestion efficace et efficiente.

✓ La structure de gestion

Le Gouvernement et ses partenaires devraient faire l'option entre la gestion de tout le système par plusieurs organismes ou au contraire par une seule institution.

Dans le passé, la pluralité des organismes de gestion de sécurité sociale a été la première à apparaître dans presque tous les pays. Cette modalité s'expliquerait par le fait que chaque fois qu'un risque nouveau était introduit

dans les assurances sociales, on créait un organisme nouveau. Il en était ainsi au Burundi d'avant l'indépendance, où il avait été créé plusieurs organismes de sécurité sociale, à savoir la Caisse des pensions des travailleurs, le Fonds des invalidités des travailleurs et la Caisse de compensation pour les allocations familiales.

Cette pluralité subsiste même aujourd'hui, car l'INSS gère les risques professionnels, vieillesse, invalidité et décès au profit des travailleurs du secteur privé structuré et assimilés, la MFP gère le risque maladie au profit des agents publics et assimilés, l'ONPR s'occupe de la protection des fonctionnaires, des magistrats et des agents de l'ordre judiciaire contre les risques vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, le Ministère de la Santé Publique organisant le système de la Carte d'Assistance Médicale et celui de la gratuité des soins infantiles et maternels et la Ministère de la Solidarité nationale gérant l'assistance sociale et sanitaire accordée aux indigents.

En effet, « l'ensemble des régimes de protection sociale d'un pays sont interdépendants et complémentaires du point de vu de leurs objectifs, de leurs fonctions et de leur financement, et forment un système de protection sociale national. Afin d'assurer l'efficacité de ce système, une coordination étroite en son sein est indispensable, en vue de réaliser la planification et le financement des différents régimes le composant de manière intégrée »

Au Burundi, l'étude propose de renforcer la Commission Nationale de la Protection Sociale en lui dotant des ressources nécessaires afin qu'elle exécute convenablement sa mission.

4.3. Les améliorations par régime

4.3.1. La Mutuelle de la Fonction Publique

Les améliorations suivantes s'imposent pour la MFP :

- Opérer des réformes pour rapprocher les services et les prestations aux bénéficiaires notamment en ouvrant des officines tout près des centres de santé ou en élargissant la collaboration avec les pharmacies et les centres de soins privés,
- L'organe de gestion devrait analyser les espaces possibles pour l'extension de la couverture dans les domaines externes à la Fonction Publique en vue de contrer les impacts de la privatisation et de la restructuration des entreprises publiques,
- La MFP devrait progressivement réduire les limitations d'accès à certaines prestations et à certains médicaments (spécialités) en vue d'évoluer vers la satisfaction des affiliés et des bénéficiaires,
- La MFP devrait améliorer ses services d'accueil dans ses bureaux, dans les hôpitaux et dans les officines.

4.3.2. La CAM et les mutuelles communautaires de Santé.

Pour améliorer l'efficacité et les prestations offertes par les deux mécanismes, l'Etat et les partenaires devraient:

- Mettre en place un cadre de coordination des intervenants dans le domaine de la mise en œuvre du régime des soins de santé dans le secteur informel et rural, en veillant à la complémentarité et en réduisant les aspects négatifs de la compétitivité.
- Améliorer l'efficacité de la CAM à travers la mise à disposition des fonds suffisants pour le remboursement régulier des engagements qu'elle prend avec les structures de prestations des soins de santé,
- Pour la CAM et les Mutuelles Communautaires de Santé : placer dans un premier temps, l'affiliation au niveau des districts de santé

et plus tard au niveau provincial, en vue d'élargir le choix des bénéficiaires entre plusieurs Centres de Santé pour la prestation des soins de santé,

- Pour la CAM : mettre en place des mécanismes visant la séparation de la gestion de l'offre et de la demande des soins de santé. Une gestion unifiée des deux volets de la protection sociale est réputée source de détérioration de la qualité des prestations offertes,
- Améliorer le système d'engagement des allocations affectées à la CAM en vue de rehausser sa crédibilité auprès des hôpitaux et des centres de santé et par voie de conséquence éliminer toute tendance de refus de prestations aux détenteurs de la CAM.

4.3.3. La mesure de gratuité des soins

Les partenaires rencontrés considèrent salutaire cette mesure qui a certainement soutenu les économies des ménages en même temps qu'elle a sauvé beaucoup de vies humaines au vue de l'augmentation très sensible observée dans la fréquentation des structures de soins.

Cependant, les bénéficiaires déplorent le fait que la gratuité des soins ne couvre pas tous les médicaments et que certaines structures de soins n'acceptent pas l'utilisation de la fiche de bénéficiaire de la gratuité et leur exigent le payement de la totalité des frais liés aux actes et aux médicaments.

Dans l'ensemble la mesure est bien appréciée par les bénéficiaires qui ont des facilités d'accès aux structures de soins. Cependant son efficacité est affectée par les retards de remboursement des coûts des actes médicaux et des médicaments fournis par les structures de soins.

Pour améliorer cette situation, l'Etat devrait :

- Améliorer l'efficacité de la mesure à travers la mise à disposition des fonds suffisants pour le remboursement régulier des coûts de prestations des soins de santé,
- Améliorer le système de contrôle et de suivi des prestations offertes par les structures sanitaires en vue de réduire les cas de surfacturation et de tricheries.
- Etendre la mesure aux groupes vulnérables tels que les personnes en âge très avancé, les personnes en situation de handicap sévère et les membres de la communauté des Batwa.

4.3.4. Les régimes des pensions et risques professionnels

Le constat fait à travers l'état des lieux indique que les régimes de pension et des risques professionnels confinés dans le secteur formel sont d'une très faible extension car ils ne couvrent que moins de 10% de la population.

Aussi, les catégories assurées ne sont pas satisfaites par les prestations et les services des deux organismes de gestion (INSS et ONPR).

Les bases de calcul des cotisations et des prestations sont jugées, par certains travailleurs, non conformes aux normes.

Les organes de gestion ont des difficultés permanentes pour réaliser des consensus et le groupe gouvernemental est souvent rendu responsable.

Ce constat appuyé par les appréciations des deux organismes montre qu'il y a une impérieuse nécessité d'améliorer la gouvernance financière et administrative dans les deux organismes de gestion du régime des pensions.

Quelques propositions d'amélioration sont présentées ci- après.

- Etendre la couverture des deux régimes dans les secteurs informel et rural,

- Etendre le régime des pensions aux personnes en âge très avancé n'ayant aucun soutien familial viable à travers un dispositif non contributif et envisager la construction d'au moins un hospice dans chaque province,
- Faire respecter et appliquer, par l'INSS, les normes de gestion et de gouvernance en évitant notamment d'opérer des placements et des investissements hasardeux et souvent contre l'adhésion des partenaires employeurs et travailleurs,
- Recouvrer la créance que l'Etat a contractée durant les années de guerre en vue de rééquilibrer la branche des risques professionnels de l'INSS et de revaloriser les prestations pour les retraités et pour qui les employeurs ont cotisé,
- Le Gouvernement devrait poursuivre le dialogue social en vue de l'adoption d'une politique Nationale des salaires qui adopterait une stratégie d'harmonisation des salaires entre les différentes catégories de fonctionnaires et au niveau des âges de départ à la retraite,
- Adopter des normes communes applicables par tous les organismes de gestion d'un même régime et que les fonctionnaires et les salariés du secteur privé aient le libre choix d'affiliation,
- Les deux organismes devraient mettre en place des mécanismes efficaces pour juguler les tricheries et les fraudes sur les factures et les déclarations d'accidents,
- L'INSS et l'ONPR devraient, le plutôt possible, actualiser la liste des maladies professionnelles.

4.3.5. Les régimes d'allocations familiales et de décès

En référence aux appréciations faites lors des entretiens personnalisés :

- Ces deux régimes devraient être institués le plus rapidement possible en vue de les revaloriser et d'approcher les charges réelles liées à ces circonstances,

- Pour ne pas multiplier les charges liées à la gestion des régimes, les allocations familiales et de décès seraient placées sous la gestion de l'INSS ou de l'ONPR,
- Le Gouvernement devrait faire tout son possible pour analyser les avantages comparatifs entre des régimes contributifs et non contributifs et voir dans quelle mesure il pourrait étendre ces régimes aux secteurs informel et rural.

4.3.6. La mesure de gratuité de la scolarité

L'étude a montré que la mise en œuvre de la mesure s'est arrêtée uniquement à la suppression du minerval mais qu'elle n'a pas pu éliminer des frais additionnels en rapport avec les frais de contribution i) à la construction de nouvelles salles de classes et à leur équipement, ii) à l'entretien et au gardiennage des bâtiments et autres biens de l'école, iii) à l'achat des cahiers et autres outils d'apprentissage et iv) à l'achat des uniformes dont le port à l'école est obligatoire.

Les administratifs des écoles primaires savent que les contributions demandées aux parents sont illégales mais disent se heurter à des difficultés de fonctionnement et de paiement des services parascolaires. En effet, les frais de fonctionnement qu'ils reçoivent de l'Etat sont insuffisants parce qu'ils ne sont pas alignés aux coûts du marché et ils parviennent à décrocher de la part des parents l'accord de leur contribution.

Aussi, le taux d'achèvement de l'école primaire se situe à 47%³¹ suite au surpeuplement des classes, à la double vacation des enseignants et des classes et aux mauvais confort lors des enseignements alors qu'une grande majorité des lauréats des lycées pédagogiques sont au chômage.

³¹ Bureau International du Travail, Evaluation technique pour la mise en place d'un socle de protection sociale au Burundi, septembre 2013

- Pour améliorer l'efficacité de la mesure de gratuité de la scolarité la seule voie possible en vue d'atteindre l'objectif de l'éducation pour tous reste l'adéquation des allocations de l'Etat pour le secteur de l'éducation,
- L'Etat pourrait approcher les partenaires pour solliciter des appuis en vue d'atteindre cet objectif,
- Etant donné que l'objectif de l'éducation pour tous vise l'accès et l'achèvement de l'école primaire (Ecole Fondamentale), l'Etat devrait assurer la cohérence et la complémentarité entre les programmes de mise en œuvre de la politique de l'éducation.
- En rapport avec la proposition précédente, l'Etat devrait notamment valoriser les frais dépensés pour la formation des lauréats des lycées pédagogiques en considérant ces derniers comme des ressources indispensables pour la réussite de la mesure de gratuité de la scolarité à l'école primaire.

4.3.7. L'institution d'un régime chômage

Au Burundi, le régime de chômage n'est pas encore institué. Les travailleurs du secteur formel public et privé, les travailleurs du secteur informel lorsqu'ils perdent leurs emplois et les nouveaux arrivants demandeurs d'emploi de longues durées ne reçoivent pas de revenus de remplacement pour s'assurer de l'accès au niveau minimum services sociaux de base. La survie de ces catégories de personnes dépend de la capacité et de la bonne volonté des proches ou des amis.

Au vue du taux de chômage qui atteint actuellement les 35% de la population, le constat est qu'environ deux personnes actives prennent en charge un chômeur. Même si ce taux de chômage ne réunit pas le consentement des intervenants en matière de statistiques, la tendance évolue vers des taux de plus en plus élevés.

Pour alléger le fardeau aux ménages et aux familles des chômeurs conformément au prescrit de la Déclaration Universelle des droits de

l'homme et aux conventions pertinentes de l'OIT, l'Etat devrait considérer le phénomène du chômage comme une situation grave pour laquelle des actions d'urgence s'imposent.

L'étude propose ici les actions suivantes :

- Mettre sur pied un régime d'assurance chômage,
- Mettre sur pied une base des données des chômeurs,
- Promouvoir des programmes de création d'emploi, de reconversion et de réadaptation professionnelle
- Promouvoir des mécanismes de financement et de développement de l'entrepreneuriat des jeunes,
- Créer un environnement favorable à la promotion des activités non agricoles génératrices de revenus,
- Créer les pôles régionaux de développement touristique, artisanal et industriel promoteurs des emplois à haute intensité de mains d'œuvre.

Conclusion et recommandations

Conclusion

L'étude sur l'état des lieux du système de protection sociale montre de grands écarts entre l'état des lieux du système de protection sociale et les objectifs visés par les normes et les politiques mondiales.

Ces écarts sont des conséquences de la situation de pauvreté dans laquelle se trouvent une grande majorité de la population incapables de gagner des revenus suffisants pour assurer leur bien-être mais également de la persistance d'une économie nationale de subsistance.

L'Etude révèle que les initiatives en matière de protection sociale sont appréciables mais qu'elles sont encore très loin de résorber les écarts.

Pour enclencher la promotion de la protection sociale, le Gouvernement et les partenaires ont profité du contexte international favorable pour conduire et faire aboutir en avril 2011 un processus participatif de formulation et d'adoption de la politique nationale de protection sociale.

Les partenaires sociaux ont retenu, par consensus, l'établissement d'un socle de protection sociale comme voie de mise en œuvre. La stratégie adoptée consiste à réformer et à étendre les régimes existants ainsi qu'à initier la mise en place de nouveaux régimes non encore institués.

Suite à la ratification de la plupart des normes internationales pertinentes telles que la Déclaration Universelle des droits de l'homme, les conventions de l'Organisation Internationale du Travail et de l'UNESCO ainsi que l'adhésion aux engagements politiques tels que les OMD, le Burundi a adopté sa politique Nationale de la Protection Sociale en avril 2011.

Dans ce document de politique, le Gouvernement du Burundi s'engage à mettre en place un cadre politique, économique et juridique favorable et

attractant pour la mise en œuvre des programmes et des actions de protection sociale.

Même si la stratégie de mise en œuvre et une planification ne sont pas encore adoptées, l'étude constate que le Gouvernement s'oriente vers le développement des programmes et des actions très ambitieux qui exigeront l'implication de beaucoup d'acteurs et de ressources financières dont il ne dispose pas encore.

Dans ce contexte, l'étude relève plusieurs défis à relever et qui se situent à trois niveaux à savoir : le niveau stratégique, le niveau institutionnel et le niveau opérationnel.

L'étude note des initiatives et des actions déjà enclenchées par le Gouvernement et ses partenaires telles que :

- La mise en œuvre de la Mutuelle de Santé pour le secteur Privé structuré, de la CAM, des Mutuelles Communautaires de Santé et la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans pour le régime des soins de santé,
- La mise en place de l'INSS et de l'ONPR pour les régimes des pensions et des risques professionnels pour le secteur privé formel,
- L'adoption de dispositions légales relatives aux régimes d'allocations familiales, de décès et de gratuité de la scolarité à l'école primaire,
- Le développement des assurances commerciales.

L'étude note également que malgré les efforts du Gouvernement dans la consolidation du socle de protection sociale pour tous, des efforts restent à fournir notamment en ce qui est la couverture des populations rurales et de celles qui travaillent dans le secteur informel, dans la consolidation du financement et dans l'amélioration de la gestion du système de protection sociale existant et à venir.

Recommandations

Pour une bonne mise en œuvre de la Politique Nationale de la Protection Sociale au Burundi, l'étude suggère les recommandations suivantes :

Au Gouvernement

Le Gouvernement, de par les faibles moyens dont il dispose, est appelé à :

- ✓ Concentrer ses efforts au cadrage politique, économique et juridique et à la mise en place d'un environnement favorable aux différentes formes de contribution et d'extension des régimes en place ainsi qu'à la coordination du système ;
- ✓ Mobiliser davantage les moyens financiers pour assurer une protection sociale de qualité aux catégories les plus vulnérables de la population ;
- ✓ Assurer la cohérence entre la Politique Nationale de Protection Sociale et les autres politiques sociales et économiques en vue de la promotion d'un environnement favorable à l'économie solidaire ;
- ✓ Favoriser les réformes nécessaires, le renforcement et l'extension des organismes existants au lieu d'en multiplier ;
- ✓ Promouvoir les régimes non encore institués tout en envisageant prioritairement les possibilités et les avantages que présente l'intégration de leur gestion dans les organismes existants.
- ✓ Elaborer la stratégie nationale et son plan d'action de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale

Au Gouvernement et à ses partenaires (ensemble) :

- ✓ Promouvoir et mettre en place l'Assurance Maladie Universelle dont la stratégie serait la promotion des Mutuelles de Santé Communautaires et la réalisation d'une stratification de la population selon les revenus ainsi que de réserver à la CAM la prise en charge des indigents et d'intégrer dans cette dernière les bénéficiaires de la gratuité des soins.

- ✓ Réformer la mesure de gratuité de la scolarité en une mesure d'enseignement obligatoire pour que la partie de la population disposant de revenus contribue et que le trésor public prenne en charge, en faveur des indigents, tous les frais nécessaires pour la formation y compris le matériel scolaire et les frais que les établissements scolaires introduisent illégalement et mettent à la charge des parents indigents et à revenus insuffisants.
- ✓ Etendre les champs de couverture des régimes de pension et de risques professionnels dans l'optique de rendre les deux régimes à couverture universelle. Cette priorité est justifiée par les difficultés de plus en plus croissantes dans lesquelles se trouvent les personnes âgées ayant exercé dans le secteur informel et rural.
- ✓ Etendre la mesure de gratuité des soins et de pension à toutes les personnes âgées.
- ✓ Renforcer le pilotage et la coordination de manière à donner à la commission nationale de la protection sociale les moyens humains, matériels et financiers pour superviser les réformes qui concernent la fixation et l'harmonisation des normes de gestion et de fourniture des prestations.

Aux organismes de gestion

L'étude montre que des réformes sont nécessaires dans le sens de rendre plus accessibles les services de prestation et d'améliorer leur qualité qui n'est pas bien appréciée par les bénéficiaires et les affiliés. Pour donner des réponses satisfaisantes à cette situation, il est recommandé ce qui suit :

Prendre toutes les dispositions nécessaires pour :

- ✓ Améliorer la disponibilité et la qualité des prestations ;
- ✓ Rembourser dans les délais contractuels afin d'éviter les ruptures de stocks et les difficultés de paiement des salaires du personnel ;

Aux syndicats

- ✓ Suite à la modicité de la pension de vieillesse, mobiliser les travailleurs pour adhérer et souscrire à la pension complémentaire.

Bibliographie

1. République du Burundi, Vision « Burundi 2025 », juin 2011
2. République du Burundi, Cadre stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté, 2^{ème} génération (CSLPII), janvier 2012
3. République du Burundi, Politique Nationale de Protection Sociale, Bujumbura, avril 2013.
4. République du Burundi, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, 2011
5. République du Burundi, Décret-loi Portant réorganisation du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, 2008.
6. République du Burundi, Code de sécurité sociale, juin 1999
7. République du Burundi, Décret-loi n°/037 Portant Révision du code du Travail du Burundi, Juillet 1993,
8. République du Burundi, Décret n°100/140 organisant le régime des pensions des fonctionnaires et magistrats et celui des rentes de survie, juin 1981,
9. République du Burundi, Loi n° 1/010 Portant promulgation de la Constitution de la République du Burundi, mars 2005,
10. République du Burundi, Loi n° 1/002 Portant institution d'un régime d'assurance maladie maternité pour le secteur privé structuré, février 2000,
11. République du Burundi, Loi n° 1/05 Portant réforme du régime d'assurance maladie maternité des agents publics et assimilés,
12. République du Burundi, Loi n° 1/011 Portant réorganisation des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le Code du Travail et assimilés, Novembre 2002.
13. République du Burundi, Loi n° 1/012 Portant réglementation de l'exercice de l'activité d'assurances, novembre 2002
14. M.F.P.T.S.S., Note analytique sur le secteur de la protection sociale,
15. The World Bank, a practitioners' guide: Health financing revisited, 2006
16. Bureau International du Travail (BIT), Evaluation technique pour la mise en place d'un Socle de protection sociale au Burundi, septembre 2013

17. Bureau International du Travail (BIT), Etude diagnostique des dispositifs de protection sociale et d'identification des espaces possibles en vue de la mise en place d'un socle de protection sociale au Burundi, Octobre 2013
18. Bureau International du Travail, Sécurité sociale : Etude d'ensemble, 2012.
19. Bureau International du Travail, La Convention sur la sécurité sociale (normes minimum).
20. Bureau International du Travail, La recommandation 202 sur les socles nationaux de protection sociale, 2011.
21. Bureau International du Travail, Le socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive, Genève 2011.
22. Confédération Syndicale Internationale, Protection sociale dans le programme de Développement de l'après 2015, décembre 2012.
23. Bureau International du Travail, Vers les socles nationaux de protection sociale, Paris septembre 2011.
24. Kamwenubusa et al, Etude comparative des systèmes de protection sociale du Rwanda et du Burundi, 2012.
25. Frédéric NTIMARUBUSA, La protection sociale au Burundi : Plaidoyer pour la refondation de la sécurité sociale, Thèse de doctorat, Université d'Anvers, Mai 2008.
26. BIT-STEP : Guide d'introduction à la mutuelle de santé, Genève, 2000.
27. M. CICHON et K. HAGEMEJER, Le sécurité sociale pour tous: un investissement dans le développement social et économique mondial, Questions de protection sociale, Document de réflexion n° 16, OIT, Genève, 2006, pp. 25-26.
28. J. MICHIELSEN ETALLI, "Social protection in health: the need for a transformative dimension", Tropical Medicine and International Health, 2010, 654-658.

Annexe 1: Liste des structures ciblées par l'entretien

1. MNSDPHG, Direction de la Réinsertion Sociale
2. MSPLS, Direction Générale des soins
3. MSPLS, Direction de la planification
4. MSPLS, Hôpitaux et Centres de Santé
5. MEBESEMFPFA, Direction de la Planification
6. Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants, Département Social
7. Ministère de la Sécurité Publique, Direction des ressources humaines
8. INSS : Institut National de Sécurité Sociale
9. ONPR : Office National des Pensions et des Risques professionnels
10. MFP : Mutuelle de la Fonction Publique
11. Hospice Sainte Elisabeth de la Congrégation des bene-Mukama
12. AMINA : Association des Militaires en Non Activités
13. AEB : Association des employeurs du Burundi
14. COSYBU : Confédération des Syndicats du Burundi
15. STEB : Syndicats des Travailleurs de l'Education du Burundi
16. SLEB : Syndicats Libres des Enseignants du Burundi
17. Syndicat SNTS :
18. STIG :
19. Association des retraités
20. CONAPES : Collège National des Personnels de l'Enseignement Secondaire
21. Les Mutualités de (l'UCODE, Diocèse de Gitega, Caféculteurs et FVS AMADE,)
22. SOLIS :
23. OPDE :
24. RASEN
25. Administration à la base
26. Association des motards
27. SYTRAVEBU (syndicat des taxis vélos)
28. SYGECO : Syndicat Général des Commerçants

29. L'école la Colombière
30. L'hospice Sainte Elisabeth de la Congrégation des Sœurs BENE MUKAMA
31. ADISCO : Association Pour le Développement Intégral et Solidaire sur les Collines
32. Le village des Batwa de Buterere
33. Le centre des déplacés de Carama
34. Le Centre CENAR de Gitega,
35. L'hôpital provincial de Gitega
36. Les centres de santé publics et privés de Gitega
37. Le village de la Communauté Batwa de ZEGE à Gitega
38. Les Bureaux provinciaux de l'INSS et de la MFP de Gitega
39. Les malades hospitalisés ou en soins ambulatoires dans les hôpitaux et centres de santé de Gitega
40. Les représentants syndicaux au niveau de la province de GitegaLe Centre CENAR de Gitega,
41. L'hôpital provincial de Ngozi
42. Les centres de santé publics et privés de Ngozi
43. Les Bureaux provinciaux de l'INSS et de la MFP à Ngozi
44. Les malades hospitalisés ou en soins ambulatoires dans les hôpitaux et centres de santé de Ngozi
45. Les représentants syndicaux au niveau de la province de Ngozi
46. Le Centre CENAR de Gitega,
47. L'hôpital provincial de Gitega
48. Les centres de santé publics et privés de Gitega
49. Le village de la Communauté Batwa de ZEGE à Gitega
50. Les Bureaux provinciaux de l'INSS et de la MFP de Gitega
51. Les malades hospitalisés ou en soins ambulatoires dans les hôpitaux et centres de santé de Gitega
52. Les représentants syndicaux au niveau de la province de Gitega

Annexe 2 : Tableau 1. Les profils du régime d'assurance maladie maternité (demande de soins)

Régime	Organismes de gestion	Secteur couvert	Financement	Prestations offertes	Situation avant la PNPS
Soins de santé	MFP	Services publics	<input type="checkbox"/> Jusque 1998 : 7,5% - Employeur : 4,5% - Employé : 3% <input type="checkbox"/> A partir de 1999 : 10% - Employeur : 6% - Employé : 4%	- Actes médicaux : 80% - Médicaments ➤ Générique : 80% ➤ Spécialité sans générique : 70% ➤ Spécialité avec générique : 80% du prix du générique	Difficultés d'accès aux structures de soins Insuffisances de personnel en termes d'effectifs et de spécialisation Insuffisance d'équipements appropriés et performants
		Services parapublics			Difficultés d'accès aux officines et pharmacies
		Services sous conventions			Limitation aux médicaments génériques

	CAM	Secteur informel et rural	3000 par ménage an/par	<ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux: 80% - Médicaments génériques: 80% 	<p>Difficultés d'accès aux médicaments et aux structures de soins</p> <p>Contraints aux prestations offertes par les centres de santé d'un seul district</p> <p>Limitation aux médicaments génériques</p>
--	-----	---------------------------	------------------------	--	---

Régime	Organismes de gestion	Groupes cibles	Situation avant le régime	Evolution de la situation	Mise en harmonie avec les autres régimes
La gratuité des soins	Ministère de la Santé publique	Les enfants de moins de 5 ans et Les femmes en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - 17,4% de la population n'avait pas accès aux soins de santé pour des raisons financières Enquête MSF (2003): - ratio de mortalité maternelle: 1.100 pour 100.000 naissances vivantes - taux de mortalité des moins de 5 ans: 181 pour 1.000 naissances vivantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de système de vérification des prestations déclarées par les formations sanitaires ⇒ surfacturations et notification de patients « fantômes » - Biais au niveau du SIS - Retard de remboursement - Le secteur de la santé est mal préparé - Fréquentes ruptures de stock en médicaments - Augmentation sensibles de la demande de soins 	

La prise en charge médicale des indigents et des sinistrés	Ministère de la SNDPHG	<ul style="list-style-type: none"> - Indigents - Et sinistrés 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte morbidité et mortalité - Non accès aux soins de santé pour des raisons de pauvreté 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard de remboursement - Admissions conditionnées 	
--	------------------------	---	---	---	--