

Burundi

Projet de document de politique nationale de protection sociale

**Document final approuvé par la commission technique
et validé par les partenaires sociaux le 16 avril 2010**

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leurs ont été octroyés. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Données de catalogage avant publication du BIT

Burundi: projet de document de politique nationale de protection sociale au Burundi / Bureau international du Travail, Département de la sécurité sociale. - Genève: BIT, 2010
iii. 56 p. (Document final approuvé par la commission technique et valide au cours de l'atelier du 16 avril 2010)

ISBN: 9789222229130; 9789222229147 (pdf)

International Labour Office; Social Security Dept

protection sociale / politique de la sécurité sociale / réforme de la sécurité sociale / lutte contre la pauvreté / Burundi

02.03.1

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et les produits électroniques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubvente@ilo.org.

Visitez notre site Web: www.ilo.org/publns.

Listes des abréviations

ADISCO	Appui au développement intégral et à la solidarité sur les collines
AEB	Association des employeurs du Burundi
BIT	Bureau international du Travail
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
FAPS	Fonds d'appui à la Protection Sociale
FBU	Franc Burundais
FPTSS	Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la sécurité sociale
INSS	l'Institut national de Sécurité sociale
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPR	Office national des pensions et des risques professionnels
PAN	Plan d'action national de promotion de l'emploi et de lutte contre la pauvreté
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNPS	Politique national de Protection sociale
PPTD	Programme pour le travail décent
REFES	Secrétariat permanent de suivi des réformes économiques et sociales
SPER	Analyse des prestations et des indicateurs de résultats en protection sociale (Social Protection Expenditure and Performance review)

UPP Unité de planification de la population

VIH/SIDA Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Table des matières

	<i>Page</i>
Listes des abréviations.....	iii
1. Introduction.....	1
2. Diagnostic de la situation actuelle.....	5
2.1. Au niveau macroéconomique	5
2.2. Au niveau de la protection sociale de la santé.....	7
2.3. Au niveau des dispositifs de protection sociale	8
2.4. Au niveau de la protection sociale des groupes vulnérables.....	10
3. Politique nationale de protection sociale (PNPS)	13
3.1. La vision: une couverture de protection sociale convenable pour tous	13
3.2. Promotion d'une croissance économique axée sur le système de l'économie solidaire	15
3.3. Principes directeurs.....	15
3.4. Les objectifs de la politique nationale de protection sociale	16
4. La stratégie de la politique nationale de protection sociale	19
5. Le cadre institutionnel de la politique nationale de protection sociale	21
5.1. Les axes de la Politique Nationale de Protection Sociale	22
6. Mise en œuvre du cadre stratégique de la PNPS.....	23
6.1. Principes directeurs.....	23
6.2. Pilotage de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale au Burundi	24
7. Instruments et procédures de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.	27
8. Mécanismes de suivi et évaluation.....	29
Annexes	
I. Proposition d'une démarche de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale	31
II. Titre du Projet: Formulation d'un Programme d'appui au développement des mutuelles de santé	48
III. Structure organisationnelle des mutuelles de santé au Burundi	49
IV. Résumé des conclusions opérationnelles de la mission d'appui du BIT à la validation du document de politique nationale de protection social Bujumbura, 08-17 avril 2010.....	50

1. Introduction

Le contexte socio-économique du Burundi reste marqué par les effets de la grave crise économique mondiale des années quatre-vingt-dix, qui ont soumis la plupart des économies africaines à de profonds bouleversements, consécutivement à la mise en place de mesures d'ajustement structurel. Ces mesures, souvent drastiques et inattendues, ont eu leur revers; ce fut le renforcement de la précarité des conditions de vie des populations et l'émergence d'un secteur informel qui a envahi les centres urbains du pays et la capitale, Bujumbura, en particulier. La crise économique mondiale actuelle est venue empirer une situation économique déjà précaire.

Aussi, au cours des deux décennies écoulées, le manque de dynamisme de l'économie s'explique largement par la guerre civile que le pays a malheureusement endurée depuis 1993 et ses principales causes. La guerre civile a entraîné l'instabilité politique qui a empêché le pays de se concentrer sur les programmes de développement économique et social. C'est dans ce contexte que le taux de pauvreté a gagné du terrain, passant de 35,1 pour cent à 69,7 pour cent en milieu rural (de 32,4 pour cent à 65,8 pour cent en milieu urbain) de 1990 à 2006. Les indicateurs sociaux clés tels que l'espérance de vie, les taux de mortalité infantile et maternelle, la scolarisation et l'accès aux soins de santé, restent à des niveaux préoccupants.

Le développement de l'inflation et le coût de plus en plus élevé des soins de santé, la précarité des emplois, l'aggravation de certaines maladies (paludisme, tuberculose, diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) et l'avancée de la pandémie du Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), ont fait que la couverture sociale des couches vulnérables de la population s'impose en priorité comme un objectif incontournable dans la lutte contre la pauvreté. Pour les catégories vulnérables, il s'impose que le Gouvernement commence à mettre en place un Socle de protection sociale, au fur et à mesure que le développement des ressources du pays le permettra.

La nécessité de mettre en oeuvre une stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté a conduit le Gouvernement du Burundi à adopter en 2003 un Document de stratégie de réduction de la pauvreté intérimaire (DSRP). Ce document, actualisé en septembre 2006 et devenu le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), intègre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et identifie les principaux objectifs à réaliser pour que le revenu par habitant au Burundi atteigne les 720 \$ US par an en 2025.

Le pays doit atteindre des taux de croissance suffisamment élevés pour pouvoir réduire sensiblement la pauvreté. La population, estimée par le service des statistiques du Département de la Population des Nations unies à 8,8 millions d'habitants en 2008, pour une superficie de 27.834 km², s'accroît à un taux moyen annuel de 3 pour cent. Ce taux représente un potentiel de doublement de la population sur 25 ans. Ainsi, pour atteindre les objectifs affichés, le taux de croissance annuelle du Produit intérieur brut (PIB) devrait atteindre un niveau de 6 pour cent à 7 pour cent, face à un double défi caractérisé par une épargne et un taux d'investissement faibles, et une agriculture peu monétisée.

La protection des groupes vulnérables constitue pour le Gouvernement du Burundi un des principaux piliers de la stratégie de développement et de lutte contre la pauvreté. C'est dans cet esprit que la gratuité de l'enseignement de base a été décrétée en 2005, les soins de santé maternelle et infantile sont gratuits.

La revue de la situation de la sécurité sociale au Burundi montre, d'une part, l'existence de dispositifs formels basés sur la couverture des fonctionnaires et magistrats, des travailleurs sous-contrat de la Fonction Publique, des Forces de défense nationale, des salariés des

secteurs parapublic et privé contre les risques de maladie, et les risques de perte de revenus en cas de vieillesse, d'invalidité et de décès et contre les risques professionnels. Ces mécanismes destinés au secteur formel ont été mis en œuvre à travers le système de sécurité sociale et les assurances privées; celles-ci, dans une moindre mesure. Il est communément reconnu que ces dispositifs ont fait leurs preuves en matière de santé, de retraite et de risques professionnels. De ce point de vue, les acquis doivent être préservés, consolidés et même amplifiés pour répondre aux besoins des populations couvertes par lesdits systèmes.

Une grande majorité de la population (plus de 90 pour cent), notamment les travailleurs du secteur informel et du secteur rural, n'est pas couverte par ces dispositifs formels. Ces groupes ont le plus souvent recours à de multiples systèmes alternatifs, notamment les mutuelles de santé communautaires, les systèmes de solidarités à l'échelle familiale ou territoriale, et divers réseaux confessionnels ou professionnels (tontines, etc.). Malgré ces initiatives, d'importantes franges des populations urbaines et rurales, y compris les travailleurs journaliers, ne bénéficient que de systèmes rudimentaires de protection sociale, en particulier pour les soins de santé par le système public. Le défi auquel fait face le pays est celui de l'extension de la couverture de protection sociale à 90 pour cent de la population.

Par ailleurs, les systèmes en vigueur dans le secteur formel comme ceux de l'économie informelle connaissent de sérieux problèmes de capacités de fournir des prestations à hauteur de répondre aux besoins de protection sociale. Outre l'extension progressive, organisée de manière participative et démocratique, de la couverture de protection sociale existante, il faudra améliorer aussi la qualité du système en service et organiser sa synergie avec les nouvelles structures.

La question démographique, qui est liée au niveau de développement de la population du monde rural, en particulier son éducation et son insertion dans l'économie moderne est un enjeu de taille dans un pays aux ressources limitées. La solution concertée de la question démographique est une priorité. Toute stratégie de développement du Burundi doit l'intégrer dans sa démarche pour maîtriser tous les leviers de commande de son devenir.

Le Gouvernement du Burundi, dans ses stratégies de création des richesses et de croissance économique, de promotion et de création des emplois, a retenu la protection sociale comme un axe prioritaire. En effet, la protection sociale est un instrument de lutte contre la pauvreté de par sa fonction de redistribution des revenus, donnant ainsi aux plus larges couches de la population des capacités accrues de participer à la vie économique par leur pouvoir d'achat. Dans cette dynamique, la protection sociale exerce une influence considérable sur le marché du travail et sur la croissance économique. En ce qui concerne le long terme, on sait que la sécurité sociale est un investissement dans l'Homme. Les études ont bien prouvé qu'il n'y a pas meilleur investissement que dans l'éducation des jeunes, dans les soins de santé donnés à la mère et à l'enfant, dans une bonne alimentation.

Le Gouvernement envisage d'une part, la mise en place d'une politique nationale de protection sociale matérialisée par des structures adaptées aux spécificités de l'économie informelle, et d'autre part le renforcement du système formel de sécurité sociale, en améliorant les dispositifs actuels. Cette orientation est en conformité avec les recommandations de plusieurs instances internationales s'agissant des ripostes appropriées en vue de sortir de la crise économique et financière qui frappe l'économie mondiale en général et les pays à faible revenu en particulier.

Le Burundi a inscrit sa politique économique et sociale dans l'Agenda du Travail Décent qui stipule que les pays mettent en place une politique de création des richesses avec des emplois décents, assortie d'une protection sociale adéquate, dans le cadre d'un dialogue social permanent à même de promouvoir la dignité de tous les citoyens. A cet effet, le pays a élaboré et adopté en 2006 un Plan d'action National de promotion de l'emploi et de lutte

contre la pauvreté. Pour la mise en œuvre de ce Plan, le Gouvernement et les partenaires sociaux ont convenu de conjuguer leurs efforts dans un cadre de coopération, le Programme pour un Travail Décent, articulé autour d'un nombre limité de domaines clés de concertation. Ce Programme a été actualisé en septembre 2008 en vue de permettre son meilleur alignement au Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

C'est avec cette vision et dans ce contexte que le Gouvernement du Burundi a décidé l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale assortie d'une stratégie de mise en œuvre, comme une composante importante de la Stratégie de Réduction de la pauvreté pour atteindre les OMD.

La politique nationale de protection sociale rationalise et amplifie les réformes engagées depuis l'année 2005 visant, entre autres objectifs, à concrétiser l'objectif de «la santé pour tous».

2. Diagnostic de la situation actuelle

2.1. Au niveau macroéconomique

La politique nationale de protection sociale est élaborée dans le contexte d'un pays sortant de crise et ayant une population nombreuse et à croissance rapide dont les deux tiers vivent en dessous du seuil de pauvreté; une économie dominée par le secteur primaire et dont le PIB par habitant ne dépasse guère les 120 dollars américains (120 \$ US) par an. Le pays, dont la production est essentiellement de subsistance, ne génère pas suffisamment de ressources financières publiques malgré une pression fiscale considérable. Il compte, pour ses dépenses de fonctionnement et d'investissement, autant sur les ressources extérieures que sur ses propres ressources. Les impôts et taxes collectés par les communes sont à la hauteur des besoins en ressources faute de tissu économique consistants.

Le revenu annuel par habitant, exprimé en dollar américain, a diminué progressivement depuis l'éclatement de la crise socio-politique en octobre 1993: de 214 \$ US par habitant en 1990, il n'atteignait guère 118 \$ US en 2007 après avoir atteint le niveau le plus bas à 82 \$ US en 2003. C'est dire que le revenu par habitant a diminué de plus de la moitié sur dix ans et que depuis cinq ans il remonte péniblement.

Trois facteurs principaux ont contribué à cette évolution:

- *La diminution de la production en termes réels.* Même si les chiffres indiquent que le PIB en milliards de FBU courants a été multiplié par plus de cinq, en passant de 193,8 milliards de FBU en 1990 à 1.012,8 milliards de FBU en 2007, il importe de signaler que les prix ont été, pour leur part, multipliés par plus de six pendant la même période. La production a diminué en volume.
- *L'augmentation de la population.* Selon les estimations du projet «Unité de planification de la population (UPP)» du Ministère de la Planification du Développement et de la Reconstruction en 1995, la population du Burundi devait atteindre 7 millions d'habitants en 2002. Il convient de rappeler que le recensement général de la population et de l'habitat d'août 1990 avait permis d'estimer à environ 5,3 millions d'habitants à la fin de l'année 1990. En passant de 5,3 millions d'habitants en 1990 à 8.039.000 habitants au recensement de 2008, la population s'est accrue, malgré la crise, de 2,35 pour cent par an. On voit par ces données qu'il y a eu quasiment doublement des effectifs vivant en dessous du seuil de pauvreté et parallèlement une division par deux de la population vivant au-dessus du seuil de pauvreté monétaire. En effet, en 2006, le taux de pauvreté était de 69,7 pour cent en milieu rural et 65,8 pour cent en milieu urbain. La pauvreté monétaire est légèrement plus étendue en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce sont les possibilités d'emploi rémunéré qui certainement, font la différence. Les données disponibles sur la population du Burundi montrent qu'elle est nombreuse et jeune, de même qu'elle s'accroît à un rythme élevé. Le recensement de la population d'août 1990 avait dénombré 5,3 millions d'habitants tandis que celui d'août 2008 est arrivé à une population de 8.039.000 habitants.¹ Ceci correspond à un taux de croissance de 2,35 pour cent par an.
- *La dévaluation/dépréciation du franc burundais (FBU)* Il fallait déboursier 1.081,9 FBU en 2007 pour obtenir un dollar américain alors que 171 FBU suffisaient pour

¹ Les chiffres sont encore provisoires.

l'acquérir en 1990. Le taux de change du dollar en francs burundais a donc été multiplié par plus de six. Dans l'hypothèse (improbable face à cette forte hausse des prix) de stabilité des taux de change entre le dollar et le franc Burundais, le PIB par habitant aurait été quasiment multiplié par 3,5; toutes choses restant égales par ailleurs.

Concernant les finances publiques, sur huit ans (2001-2008), les recettes ont augmenté régulièrement et ont été multipliées par 3,8 en termes nominaux. Le taux de croissance annuel moyen des recettes et dons est de 21,2 pour cent. Les dons budgétaires ont augmenté plus rapidement que les recettes courantes sur la période 2001-2008; ils ont été multipliés par 7 quand les recettes courantes n'ont été multipliées que par 2,5 seulement. En conséquence, en 2008, le budget révisé prévoyait que les dons représenteraient 54,3 pour cent des ressources de l'Etat au cours de cette année.

Les taxes sur la bière et les boissons gazeuses ainsi que le tabac ont apporté 32,1 milliards de FBU en 2007 dont 30,2 milliards par les seules bière et boissons gazeuses. Cela représente respectivement 27,4 pour cent et 25,8 pour cent des impôts et taxes indirects. Par rapport aux recettes fiscales totales, les proportions tombent respectivement à 17,3 pour cent et 16,3 pour cent. C'est un niveau d'imposition déjà très élevé pour seulement deux produits de consommation.

Les ménages contribuaient, en moyenne, 3.141 FBU par an au budget communal. Les communes n'exercent pas, en moyenne, de forte pression fiscale sur la population dans la mesure où 3.141 FBU par ménage correspond à plus ou moins 600 FBU par habitant. Cela représente plus ou moins 0,5 pour cent du PIB par habitant qui s'élevait à 120.715 FBU en 2006. Par ailleurs, il faut signaler que ces recettes par habitant représentent à peu près 1 pour cent des recettes par habitant du budget général de l'Etat. En effet, en 2007, les recettes par habitant du budget général de l'Etat s'élevaient à 57.177 FBU.

La situation démographique, économique et financière actuelle peut trouver des explications aussi bien dans la sphère économique que dans le domaine social et politique. L'aggravation de la pauvreté constatée ces dernières années au Burundi est, en grande partie, due à la crise sociopolitique qui a entraîné la désorganisation des terroirs, l'orientation des ressources publiques plus vers la guerre que vers la production de biens et services en vue de réduire la pauvreté.

Si les facteurs sociopolitiques expliquent l'ampleur et la profondeur de la pauvreté connue au Burundi actuellement, ce sont les facteurs économiques qui influencent structurellement le niveau de celle-ci. Parmi eux, il y a lieu de relever les suivants: la faiblesse de l'épargne intérieure et de l'investissement, la dépendance à l'égard des financements extérieurs, la dépendance à l'égard du secteur primaire dans un pays surpeuplé, l'inflation néfaste aux revenus fixes.

Le pays compte encore sur le secteur primaire pour une part comprise entre le tiers et la moitié de sa production. Mais si on y ajoute que ce secteur procure près de 90 pour cent des emplois et la majeure partie des exportations du pays, cela donne une meilleure idée de l'importance de ce secteur. Or, les superficies agricoles par ménage se sont amenuisées en raison de la pression démographique à tel point que, dans la plupart des cas, les propriétés foncières ne peuvent plus être exploitées de manière rentable.

Etant donné que la plupart des employeurs n'indexent pas les salaires à l'inflation, le pouvoir d'achat s'est considérablement amenuisé. Pour les fonctionnaires, par exemple, les traitements n'ont même pas été multipliés par trois. C'est dire que en 2007 ceux qui vivaient uniquement de leurs salaires ne pouvaient pas acheter plus de 40 pour cent des biens auxquels leur rémunération leur donnait accès dix-sept ans auparavant.

2.2. Au niveau de la protection sociale de la santé

Les défis posés au système de santé sont énormes et complexes. Les réponses à apporter par le Gouvernement doivent être à la hauteur des enjeux.

Les états généraux de la santé en 2004 ont inventorié les principaux défis qui minent le secteur de la santé au Burundi:

- forte charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles ainsi qu'aux problèmes de santé de la reproduction;
- pouvoir d'achat faible rendant ainsi difficile l'accessibilité aux services et soins de santé. Le défi consiste à mettre en œuvre une politique claire de financement de la santé qui devra permettre un accès effectif, équitable et permanent de la population dans son ensemble aux services de santé de qualité. En 2006, une politique de subvention des soins pour les accouchements et les enfants de moins de 5 ans a été instaurée et a permis l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour ces deux catégories;
- accessibilité géographique limitée: même si au niveau national, il est admis que 80 pour cent de la population vit dans un rayon de 5 Kms d'un centre de santé, il existe d'importantes disparités régionales qui nécessitent la construction de nouvelles infrastructures de santé;
- un déficit qualitatif des services disponibles. Le défi à ce stade est d'offrir des services de qualité, en assurant la permanence des services, la disponibilité des médicaments et d'autres intrants;
- insuffisance des ressources humaines qualifiées et en quantité suffisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- faible coordination des intervenants dans le secteur de la santé.

Face à ces principaux défis qui minent le secteur de la santé, le Burundi a élaboré une Politique nationale de santé 2005-2015 et un Plan national de Développement sanitaire 2006-2010 axé sur les 4 Objectifs généraux suivants: (i) réduire le ratio de mortalité maternelle et la mortalité néonatale, (ii) réduire la morbi-mortalité infantile, (iii) lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles et (iv) renforcer la performance du système national de santé.

Le Burundi s'est également engagé vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en général et ceux relatifs à la santé en particulier en mettant dans ses priorités la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle par une politique de gratuité d'accès aux soins et la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose.

Conscient que l'amélioration de l'état de santé de la population est multisectorielle et multidimensionnelle, le Burundi a élaboré un Cadre stratégique de relance économique et de lutte contre la pauvreté pour casser le cercle vicieux: mauvais état de santé- pauvreté- mauvais état de santé.

Le Burundi a également souscrit à d'autres stratégies internationales et régionales d'amélioration de la santé des populations comme la stratégie sanitaire du NEPAD, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), la Déclaration d'Abuja visant à faire reculer le paludisme en Afrique, le Programme mondial d'élimination du paludisme.

En vue d'améliorer l'accessibilité financière des populations les plus vulnérables aux soins de santé, le Gouvernement du Burundi a décidé depuis le 01/05/2006 de subventionner à 100 pour cent les coûts liés la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements. Des fonds pour la prise en charge des indigents existent également mais restent encore insuffisants. Le secteur de la santé tirera profit de la mise en place d'une politique nationale de protection sociale qui précisera les mécanismes de protection sociale de la santé à mettre en oeuvre pour le secteur non structuré.

Le secteur public dispose de la Mutuelle de la Fonction publique qui couvre environ 10 pour cent de la population totale. En ce qui concerne les travailleurs salariés du secteur privé structuré les partenaires sociaux envisagent la mise en place d'une assurance-maladie en rationalisant les dispositions du Code du Travail qui mettent à la charge de l'employeur le coût des soins de santé des travailleurs.

2.3. Au niveau des dispositifs de protection sociale

2.3.1. Secteur structuré formel

2.3.1.1. Secteur public

Les organismes publics de sécurité sociale qui existent au Burundi sont:

- l'Institut national de Sécurité sociale (INSS) chargé de la gestion des régimes des pensions (vieillesse, invalidité et survivants) et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail, les militaires, les policiers et les travailleurs sous –contrat de la Fonction publique;
- la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) chargée de la gestion du régime d'assurance maladie en faveur des agents publics et assimilés;
- l'Office national des Pensions et des Risques professionnels (ONPR) en cours de mise en place va couvrir les fonctionnaires, les magistrats et les agents de l'ordre judiciaire qui bénéficiaient jusqu'alors d'un régime non contributif de pensions dont le financement était totalement assuré par le Trésor public;
- l'Etat prend en charge les indemnités de logement et les allocations familiales servies sous forme de sursalaire.

L'analyse de la situation actuelle conduit au constat que: l'INSS et la MFP font face à des difficultés et ne donnent pas entière satisfaction à leurs usagers. Ils ont besoin de se moderniser en vue de répondre aux exigences de leurs assurés, en menant des réformes indispensables en vue de servir des prestations convenables et de se rapprocher de leurs usagers.

2.3.1.2. Secteur privé

Le secteur privé n'a pas de système d'assurance maladie fonctionnel organisé sous une forme de mutualisation du risque maladie malgré l'existence d'une loi du 29 février 2000. Le Code du Travail met à la charge de l'employeur le coût des soins de santé de ses travailleurs. Cette situation génère beaucoup de difficultés tant du côté des entreprises que du côté des travailleurs. Depuis 1993, l'Association des Employeurs du Burundi (AEB) cherche à instaurer un *système d'assurance maladie* calqué sur celui du secteur public. Une étude entreprise à son initiative a été validée au mois de mars 2006. La mise en application des conclusions et des recommandations de cette étude est toujours attendue. La politique nationale de protection sociale arrive à point nommé dans la mesure où elle va mettre en

place des orientations, un cadre approprié en vue de mettre en place un système de protection sociale en santé attendu depuis si longtemps.

2.3.2. Economie informelle et secteur rural

Les systèmes de sécurité sociale n'ont pas encore été introduits à grande échelle dans les secteurs informel et rural. Quelques initiatives dans le domaine de l'assurance maladie à l'endroit des populations rurales commencent à apparaître, notamment par la création des mutuelles de santé. A ce jour, le taux de pénétration des mutuelles de santé est globalement faible. Les seules mutuelles de santé fonctionnelles sont celles organisées dans le diocèse de Gitega. Les autres mutuelles de santé qui viennent de naître au courant de février 2009 sont celles des associations des caféiculteurs encadrés par l'association sans but lucratif ADISCO (Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines). Le diocèse de Muyinga est en train de préparer les études de mise en place des mutuelles de santé en faveur des populations de ses paroisses à l'instar du diocèse de Gitega.

Plus généralement et dans un futur immédiat, le pouvoir d'achat faible des populations et le niveau élevé d'indigence, aggravé par la crise socio-politique dont la résorption n'en est qu'à ses débuts, auront un impact négatif sur les taux d'adhésion à des systèmes contributifs de protection sociale de la santé. Il en est de même en ce qui concerne la capacité de ces systèmes à prendre en charge des soins au-delà du niveau actuel des Centres de santé. En ce sens, des solutions devront être trouvées pour leur permettre de proposer une couverture universelle aux soins de santé à des conditions financières qui restent accessibles aux populations.

La volonté du Gouvernement exprimée à travers le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (sous le titre 8.3.5) est de renforcer et étendre la sécurité sociale. En matière de besoins sociaux de base, l'accessibilité financière aux soins de santé est le plus souvent citée comme la grande priorité des ménages. En effet, 17,4 pour cent des personnes malades n'ont pas financièrement accès aux soins de santé et 82 pour cent des patients dans le monde rural sont obligés de s'endetter ou de vendre une partie de leurs biens pour se faire soigner.

Une des solutions à ce problème des coûts individuels élevés de l'accès aux soins de santé consiste à mettre en place des mécanismes de mutualisation de la prise en charge du risque maladie. Cela permet d'une part de supprimer le caractère aléatoire et imprévisible de la survenue des risques financiers liés à la maladie en systématisant la prévision financière de ceux-ci; et d'autre part, cela permet d'alléger le poids de la charge financière devenue insupportable au niveau d'un individu ou d'un ménage en la transférant vers la communauté organisée en réseaux de solidarité.

En vue de répondre à ce déficit d'extension de la protection sociale de la santé accessible au plus grand nombre, le Gouvernement du Burundi a notamment mis à l'étude un processus d'élaboration d'une assurance maladie universelle pour le secteur de l'économie informelle et le secteur rural qui tiendra compte de l'existant et de ce qu'il conviendra de faire pour améliorer la situation actuelle.

Les modalités de mise en oeuvre temporelle de la protection sociale de la santé qui seront arrêtées dans cette étude pour la réalisation de la couverture universelle, devront être déterminées en mesurant précisément les financements à mobiliser ainsi que l'évolution des charges supplémentaires qu'il sera nécessaire de couvrir par le budget de l'Etat. En effet, il conviendra d'éviter que l'atteinte des objectifs de protection sociale de la santé qui auront été fixés ne soit remise en cause par des problèmes de mobilisation des ressources ou ne mettent en péril le système de santé lui-même en raison d'un sous financement des coûts liés à l'augmentation prévisionnelle des charges induites par l'amélioration des performances d'utilisation des services de santé qui en résultera.

Les mesures d'accompagnement préalables suivantes seront également envisagées dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle:

- la détermination du paquet de soins minimum à couvrir par la protection sociale de la santé (PMA et PCA);
- l'application d'une tarification uniformisée des services et soins de santé;
- la fixation des modalités d'adhésion (familiale) et de paiement des cotisations (périodicité);
- la fixation des règles et des modalités d'adhésion à ces systèmes de protection sociale de la santé des populations indigentes qui ne peuvent pas payer le montant minimum de cotisation requis.

En cas de tarification préférentielle adaptée aux faibles pouvoirs d'achat des cotisants, il conviendra de calculer le montant de la subvention des coûts des soins qui en résultera et de déterminer par quels canaux ces coûts seront payés (subvention des cotisations au niveau de la protection sociale de la santé ou subvention des soins de santé au niveau des prestataires de soins).

Il sera également intéressant d'étudier les possibilités de stratification des montants des cotisations en fonction des niveaux de revenus afin d'établir une solidarité contributive entre les ménages à revenus plus élevés et les ménages à faibles revenus et d'éviter de cette manière pour l'Etat, le poids financier qui résulterait d'une solidarité inverse des ménages les plus pauvres envers les ménages les plus riches.

Dans un contexte de crise économique et sociale aggravée par la dernière crise financière, le secteur de l'économie informelle est devenu le refuge ou le secteur d'accueil des demandeurs et des promoteurs d'emplois. A ce jour le secteur rural est en cours de devenir le premier pourvoyeur d'emplois mais ceux-ci restent cependant très fragiles et peu rémunérateurs. Alors que le secteur rural voit naître des initiatives, l'économie informelle n'en recense aucune. Des tontines d'entraide sont connues mais sans aucune forme structurale d'organisation.

2.4. Au niveau de la protection sociale des groupes vulnérables

Compte tenu de sa situation socio politico économique, le Burundi est un pays qui compte un nombre très élevé de personnes vulnérables. Il découle de cet état de fait, que la politique nationale de protection sociale doit s'intéresser, de façon assez explicite, aux enfants vulnérables dans toutes leurs catégories, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux personnes sinistrées (déplacés et rapatriés et réfugiés), aux personnes indigentes (les populations rurales et urbaines très pauvres, les veufs, les personnes atteintes de maladies incurables comme le VIH/SIDA).

Le Burundi figure parmi les pays confrontés le plus durement aux trois phénomènes reconnus comme générateurs d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV): *le VIH/SIDA, les conflits armés, et la pauvreté*. Le nombre d'orphelins et enfants vulnérables au Burundi dont les estimations n'avaient jamais dépassé 650.000, s'évalue à 835.996 par l'enquête de 2005, soit à plus de 10 pour cent de la population burundaise.

Les personnes âgées représentent 4 pour cent de la population burundaise. La population des personnes âgées a été estimée 283.000 en 2000, à 205.397 en 2006, 207.345 en 2007 et 209.168 en 2008. Les projections donnent 211.303 en 2009 et 213.544 en 2010. Que le nombre de personnes âgées diminue au cours des années de crise n'est que normal car l'espérance de vie à la naissance des burundais qui était estimé à 53 ans en 1990 a chuté à

48 ans en 2002 et à moins de 40 ans en 2005. Il se pose un problème de la prise en charge traditionnelle par les petits enfants qui doivent tous être à l'école aujourd'hui. De même, la pauvreté généralisée des familles hypothèque la prise en charge communautaire des personnes âgées et la jeunesse ne semble pas suffisamment sensibilisée à cela. Des personnes âgées qui n'ont plus d'appui se retrouvent de plus en plus dans la rue.

Les personnes handicapées sont estimées à 5 pour cent de la population. Seule une étude nationale datée de 2001 donne une indication chiffrée: elle a dénombré 10.557 enfants handicapés. Deux autres études de 2004 et 2007 qui font seulement un répertoire du nombre de centres et d'associations de prise en charge des personnes handicapées révèlent 66 centres et associations qui prennent en charge seulement 5.553 personnes. Seuls les handicapés physiques et moteurs font objet d'un intérêt plus important des intervenants. Les infrastructures sociales, tel qu'elles sont conçues aujourd'hui, ne facilitent pas l'intégration sociale des handicapés. Les ressources humaines pour pouvoir faire face à toutes les formes de handicaps font défaut.

Pour les personnes sinistrées, constituées des personnes rapatriées, déplacées et réfugiées, des estimations existent portant sur différentes années. Ainsi pour l'année 2009, le nombre de rapatriés est estimé à 92.800 et celui des réfugiés est estimé à 25.000. Pour ce qui est des personnes déplacées, l'estimation la plus récente porte sur l'année 2005 et fait état de 160.789 réfugiés. Elles ont besoin de regagner leurs propriétés pour s'adonner aux activités de production et se prendre socialement en charge. Les personnes qui vivent encore dans les camps de déplacés ont besoin d'encadrement afin d'augmenter la production pour lutter contre la pauvreté. En attendant, elles doivent être sécurisées au niveau de leurs personnes et leurs biens. Elles ont besoin de subvenir aux besoins primaires et de scolarisation de leurs enfants.

Il n'existe pas de données chiffrées à jour et fiables sur les personnes indigentes. Elles représenteraient à peu près 11 pour cent de la population nationale selon les estimations du Ministère de la Santé publique. Les critères qualitatifs de définition du groupe ne sont pas déterminés et mis à la portée de tous les intervenants. Les communes qui sont tenues de prendre en charge les personnes indigentes n'ont pas suffisamment de moyens pour cela. L'institutionnalisation du phénomène d'indigence a contribué au tarissement de la solidarité communautaire traditionnelle et légendaire. Les problèmes d'accès au crédit, l'absence d'encadrement et l'analphabétisme de la plupart des vulnérables limitent leur capacité à initier des projets générateurs de revenus. Ces conditions défavorables peuvent être à l'origine ou perpétuer l'indigence de ces populations.

3. Politique nationale de protection sociale (PNPS)

3.1. La vision: une couverture de protection sociale convenable pour tous

La vision de la politique nationale de la protection sociale trouve sa source dans les dispositions pertinentes de la constitution du Burundi du 18 mars 2005. Elle intègre dans son corpus, par son préambule et par l'article 19, les dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948), les pactes internationaux relatifs aux droits de l'Homme (1966), la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (1981), la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la convention relative aux droits de l'enfant. L'article 27 de la constitution stipule que l'Etat veille dans la mesure du possible à ce que tous les citoyens disposent des moyens de mener une existence conforme à la dignité humaine. L'article 30 est explicite sur le droit de la famille. Il prescrit que la famille est la cellule de base naturelle de la société, que les parents ont le devoir naturel et le devoir d'éduquer et d'élever leurs enfants, qu'ils sont soutenus dans cette tâche par l'Etat et les collectivités publiques. Le même article ajoute que tout enfant a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'Etat, aux mesures de protection spéciale qu'exige sa condition de mineur. L'article 44 confirme le droit à la santé et au bien-être de l'enfant, l'article 52 fonde le droit à la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à la dignité de chaque personne, l'article 53 garantit le droit à l'instruction, l'éducation et la culture, l'article 54 reconnaît à tous les citoyens le droit au travail, l'article 55 consacre le droit à la santé. L'article 66 transcrit dans la constitution les valeurs culturelles burundaises qui veulent que chaque burundais assume le devoir de préserver le développement harmonieux de sa famille, respecte à tout moment ses parents, les nourrisse et les assiste en cas de nécessité.

Toutes ces dispositions et bien d'autres qui sont dans les lois nationales sont des sources de légitimité de la protection sociale dans toutes ses composantes que ce soit en ce qui concerne l'accès aux soins de santé ou aux moyens d'existence.

A travers ces dispositions constitutionnelles transparaissent les principes de la solidarité, de la responsabilité individuelle, et de l'obligation pour l'Etat de protéger les citoyens en leur assurant une couverture de protection sociale.

Fort de ce cadre institutionnel, le Gouvernement du Burundi a élaboré un programme pour la période 2005-2010 avec comme thème: «Priorité à la bonne gouvernance et à la relance du développement économique». Sa vision à moyen et long terme a pour finalité un développement centré sur la valorisation du citoyen burundais, en tant qu'acteur et premier bénéficiaire du progrès dans le respect de l'équité, de l'égalité des genres, de la participation, de la transparence et de la justice.²

Pour concrétiser cette vision, le Gouvernement a mis l'accent sur six secteurs fondamentaux:

- recentrage de l'Etat;
- renforcement des capacités;
- relance de la croissance;

² Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, p. 53.

-
- renforcement de la dynamique communautaire;
 - affirmation du rôle de la femme dans le développement;
 - promotion d'un nouveau partenariat avec les bailleurs de fonds.³

Soucieux de faire bénéficier à la population les dividendes de la paix et d'amorcer le processus de reconstruction socio-économique du pays, le Gouvernement du Burundi s'est doté en 2006 d'un Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CSLP) focalisé sur les quatre axes suivants: l'amélioration de la gouvernance et de la sécurité, la promotion d'une croissance économique durable et équitable, le développement du capital humain et la lutte contre le VIH/SIDA.⁴

Le Burundi a aussi inscrit sa politique économique et sociale dans l'Agenda du Travail Décent qui stipule que les pays mettent en place une politique de création des richesses avec des emplois décents, assortie d'une protection sociale adéquate, dans le cadre d'un dialogue social permanent à même de promouvoir la dignité des travailleurs. C'est ainsi que le Burundi a élaboré et adopté en 2006 un Plan d'action National de promotion de l'emploi et de lutte contre la pauvreté (PAN). L'élaboration du PAN est une illustration de la centralité de la protection sociale dans le contexte post conflit. Ce Plan qui a alimenté l'élaboration du CSLP définit neuf axes stratégiques dont le renforcement et l'élargissement de la protection sociale au plus grand nombre de la population (axe 5), la promotion de l'entrepreneuriat des jeunes, des femmes et des groupes vulnérables (axe 3) et la promotion du dialogue social et du tripartisme (axe 7).

Le socle de protection sociale par lequel il est indispensable de commencer, sera constitué d'un paquet de prestations de base, composé notamment des éléments suivants: les soins de santé, l'accès à l'eau, l'accès à un logement décent, l'accès au revenu, l'éducation des enfants et bien d'autres prestations. Il découle de l'interconnexion de ces composantes du socle de la protection sociale, qu'il est indispensable de coordonner plusieurs services. Dans le contexte du Burundi où l'habitat est dispersé, le regroupement des populations en villages sera encouragé pour faciliter l'accès aux infrastructures socio-sanitaires de base.

Compte tenu de l'histoire, de la sociologie du pays, des expériences du passé, il est absolument nécessaire de procéder par une démarche participative des populations bénéficiaires, de la base au sommet, pour la réussite de la PNPS.

Le pays dispose d'atouts nécessaires pour la réussite du regroupement en villages: la mise à contribution des élus locaux et des associations de natifs.

C'est avec cette vision et dans ce contexte que le Gouvernement du Burundi a décidé l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale assortie d'une stratégie de mise en œuvre, comme une composante importante de la Stratégie de Réduction de la pauvreté pour atteindre les OMD. Cette politique nationale de protection sociale s'attachera à concrétiser les valeurs et les principes de la Déclaration universelle des droits de l'homme, de la Constitution du Burundi, des principes contenus dans les conventions internationales auxquelles le Burundi a adhéré, notamment les conventions de l'Organisation internationale du Travail (OIT).

³ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, pp. 57-61.

⁴ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, p. 62.

L'augmentation des ressources financières destinées à la protection sociale sera indispensable pour atteindre les objectifs de la politique nationale de protection sociale.

Les dépenses de protection sociale augmenteront normalement dans les limites de l'augmentation de la production et des revenus. Il est, par conséquent, indispensable de promouvoir la croissance économique pour augmenter la capacité contributive de la population.

3.2. Promotion d'une croissance économique axée sur le système de l'économie solidaire

Le CSLP a préconisé la croissance durable et équitable comme un des quatre axes stratégiques de la lutte contre la pauvreté. Il précise que: «Le Gouvernement du Burundi veut mettre en place un plan de relance économique qui vise une croissance de 6 à 7 pour cent en moyenne annuelle et le doublement du PIB par habitant sur une période de 15 ans. L'identification d'une stratégie de croissance forte, stable et durable constitue un enjeu majeur du CSLP. Une telle stratégie doit être bâtie sur l'augmentation des capacités contributives des secteurs porteurs de croissance, le développement durable du secteur privé ainsi que la diversification des opportunités d'emploi et de revenus.»⁵

Pour ce faire, il est prévu notamment de renforcer les secteurs porteurs de croissance à travers la relance du secteur agricole, de l'élevage, de la pêche et de la pisciculture. Les autres actions prévues portent sur l'amélioration et la protection de l'environnement, le développement du commerce et de l'industrie, la promotion du secteur minier.

L'accent mis sur l'agriculture est motivé par le fait que «Le secteur agricole constitue la base de l'économie burundaise». Il occupe 94 pour cent de la population active, fournit 95 pour cent de l'offre alimentaire et plus de 90 pour cent des recettes en devises.

En développant ces différents secteurs, et en maîtrisant la question démographique, le pays créera des richesses et disposera d'un tissu économique sur lequel il pourra prélever des taxes et des impôts pour investir dans sa population à travers son système de protection sociale.

En développant les différents programmes prévus dans les CSLP, en privilégiant les programmes générateurs d'emplois, le Gouvernement veillera à les assortir de mesures de protection sociale idoines afin que les emplois créés soient des emplois décents et créateurs de richesses.⁶

3.3. Principes directeurs

La politique nationale de protection sociale se fonde sur des principes directeurs conformes aux principes édictés par la Constitution et par les lois pertinentes en la matière, tout en tenant compte des réalités socio-économiques des populations concernées. Ces principes se traduisent naturellement dans les stratégies de mise en œuvre de cette politique.

⁵ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, pp. 75-76.

⁶ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, p.89.

-
- 1) La solidarité qui se traduit par la mutualisation des risques sociaux à travers des mécanismes de sécurité sociale, en tenant le plus grand compte des capacités de chaque catégorie sociale dans la fixation des contributions au système de protection sociale.
 - 2) La responsabilité individuelle qui se traduit par la participation de chaque citoyen, à travers des taxes ou des impôts ou par la formule des cotisations sociales. La responsabilité individuelle appelle tout un chacun à se comporter «en bon père de famille», à respecter les biens collectifs.
 - 3) La gouvernance démocratique des structures déjà en service et d'autres qui seront mis en place à travers la représentation des partenaires sociaux dans les organes d'orientation et de gestion.
 - 4) La transparence à travers un système de communication adaptée et régulière, une coordination efficace et une bonne mobilisation sociale. La transparence constitue un élément fondamental de la réussite de la protection sociale.
 - 5) La prise en compte de l'équité genre contribuera à la réussite des actions de protections sociales car d'une part une bonne partie des personnes cibles sont des femmes et des filles, et d'autre part, le rôle de la femme dans le développement économique et social et dans la réduction de la pauvreté revêt une importance capitale.
 - 6) La coordination et la collaboration avec les autres secteurs de la vie nationale, notamment les politiques de création de richesses et d'emplois, la politique de la santé publique qui adaptera l'offre des soins aux besoins et aux capacités des populations et bien d'autres secteurs.
 - 7) La participation de tout citoyen à la vie économique du pays pour notamment augmenter la capacité contributive de la population bénéficiaire de la protection sociale, à travers la croissance économique et l'emploi décent.
 - 8) La présence de l'Etat régulateur du système qui veillera à contribuer pour les catégories sociales dépourvues de ressources, momentanément ou pour une longue période.

3.4. Les objectifs de la politique nationale de protection sociale

3.4.1. L'objectif général: une couverture de protection sociale convenable pour tous

Selon les prescrits de la Constitution et de la Déclaration universelle des droits de l'homme, la politique nationale de protection sociale a pour objectifs d'assurer à toute personne en tant que membre de la société, le droit à la protection sociale en tant que droit humain.

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 et les services sociaux nécessaires, elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, de vieillesse, d'invalidité, de veuvage ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté (articles 22 et 25, Déclaration universelle des droits de l'homme, et plusieurs dispositions de la Constitution du Burundi de 2005).

Les principaux objectifs à atteindre consistent à:

-
- assurer progressivement une couverture de protection sociale convenable à toute la population;
 - renforcer, coordonner et étendre les dispositifs de protection sociale qui sont en place.

4. La stratégie de la politique nationale de protection sociale

L'extension de la protection sociale se fera sur une longue période, par étapes et par catégories socioprofessionnelles concernées. Cette démarche appelle une planification concertée avec les partenaires sociaux concernés, sur la base des besoins exprimés par la population. L'examen des besoins au regard des ressources disponibles au fur et à mesure du développement économique permettra de mettre au point les plans pour le court terme (5 ans), le moyen terme (10 ans) et le long terme (horizon du CSLP 2025).

Les plans à court terme

Economie informelle et secteur rural

- 1) Organiser et appuyer la population dans des activités génératrices de revenus, notamment dans les coopératives ou d'autres groupements d'intérêt économique, en mettant à disposition les ressources nécessaires par des mécanismes appropriés comme ceux de la micro finance.
- 2) Promouvoir des objectifs de la prévoyance individuelle et communautaire par des mécanismes d'épargne afin que les populations puissent répondre de manière planifiée et appropriée à leurs besoins prioritaires comme le logement décent, la scolarisation des enfants, etc.
- 3) Appuyer les populations rurales et de l'économie informelle dans la mise en place et l'organisation de systèmes d'assurance maladie et y faire adhérer au moins 50 pour cent de la population cible du secteur informel et 30 pour cent de la population cible du secteur rural.
- 4) Organiser l'accès des indigents et des personnes vulnérables à ces systèmes d'assurance maladie en vue d'éviter leur stigmatisation par une adhésion à des systèmes spécifiques.
- 5) Intégrer la culture de la prévention des risques sociaux en général et la prévention des maladies en particulier dans les programmes de développement communautaire.
- 6) Contribuer à la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, par la gestion efficace des risques sociaux.
- 7) Promouvoir l'équité et la justice sociale par l'intégration socio-économique et l'égalité des chances pour tous devant les opportunités de développement.
- 8) Organiser un régime des prestations familiales.

Secteur structuré

- 1) Organiser et appuyer les catégories du secteur structuré dans les systèmes de prévoyance individuelle et collective (plans d'épargne logement par exemple, banques communautaires, coopératives de solidarité).
- 2) Mettre en place le système d'assurance-maladie pour le secteur privé structuré en application de la Loi du 29 février 2000.

-
- 3) Organiser un système de protection sociale en faveur des professions libérales et des opérateurs économiques indépendants. Envisager éventuellement leur adhésion au système du secteur structuré.
 - 4) Initier les mécanismes de création d'un régime obligatoire d'assurance pension complémentaire en faveur des travailleurs du secteur structuré.
 - 5) Mettre en place un système d'assurance pension et risques professionnels en faveur des travailleurs indépendants et des professions libérales.

A moyen terme

Economie informelle et secteur rural

Faire adhérer au moins 80 pour cent des travailleurs du secteur informel et 60 pour cent des populations rurales aux systèmes d'assurance maladie et aux systèmes de prévoyance sociale individuelle et collective.

Secteur structuré

- 1) Appuyer la mise en place d'un régime conventionnel d'assurance pension complémentaire en faveur des travailleurs du secteur structuré.
- 2) Créer un régime d'assurance maternité et un régime d'assurance «indemnités de maladie en faveur des travailleurs œuvrant dans le secteur structuré.
- 3) Créer un organe de supervision et de régulation des organismes de sécurité sociale chargé de veiller à l'équilibre et à l'existence pérenne des systèmes de protection sociale mis en place.

A long terme

Economie informelle et secteur rural

- 1) Faire adhérer 100 pour cent des travailleurs du secteur informel et 100 pour cent des populations rurales systèmes d'assurance maladie et aux systèmes de prévoyance sociale individuelle et collective.
- 2) Créer ou étendre le régime des pensions et risques professionnels en faveur des populations rurales en général, et des groupes vulnérables en particulier.
- 3) Mettre en place une assurance maladie universelle pour tout citoyen burundais.

Secteur structuré

Organiser une assurance chômage en faveur des travailleurs du secteur structuré qui perdent temporairement un emploi rémunéré.

5. Le cadre institutionnel de la politique nationale de protection sociale

La politique nationale de protection sociale et la mise en application des programmes qu'elle sera appelée à mettre en place constituent un vaste chantier qui aura pour conséquences des changements sociaux et économiques majeurs. Des changements qui feront appel à l'engagement personnel de chaque citoyen et à l'engagement collectif à travers des structures communautaires, en plus, bien entendu, d'un engagement politique national fort par les institutions habilitées, notamment le parlement et le Gouvernement, et ce pour le long terme.

C'est la raison pour laquelle, un cadre institutionnel va être mis en place pour conduire le processus à son terme. Il sera nécessaire de mettre en place une stratégie à l'image de celle qui a été mise en place pour mener le processus du Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté.

La politique nationale de protection sociale et les programmes qu'elle met en place s'inscrivent dans le CSLP, en traduisant en vision sectorielle et en programmes spécialisés les programmes sociaux préconisés dans celui-ci.

Le CSLP 2005-2010 présente une vision du développement à long terme pour le Burundi et fixe des objectifs. L'un des fondements qu'il préconise, entre autres, est celui du renforcement des capacités. Parmi ses axes stratégiques figure la promotion d'une croissance économique durable et équitable (axe no 2), ainsi que le développement du capital humain (axe no 3). La politique nationale de protection sociale traduit en vision et en programmes cohérents ces axes du CSLP. Le consensus acquis lors de l'élaboration du CSLP est que le développement durable repose sur des ressources humaines qualifiées et en bonne santé. A cet effet, il préconise l'objectif de rétablir des services sociaux de qualité en partenariat avec les communautés bénéficiaires elles mêmes. Pour ce faire, des actions prioritaires relevant des secteurs de la santé et de l'éducation, de l'adduction d'eau potable et de l'assainissement, de l'urbanisme et du logement décent pour tous ont été identifiées. De plus, des actions visant non seulement les réfugiés, les déplacés mais aussi d'autres groupes vulnérables tels que les enfants de la rue, les orphelins, les victimes de calamités naturelles et les handicapés ont été mis en exergue. (Source, CSLP, septembre 2006, page XVI.)

Compte tenu de l'enjeu, au demeurant très vaste, de mettre en place une politique nationale de protection sociale et les programmes qui en découlent, le **Gouvernement créera un organe de coordination de sa mise en œuvre, mettra en œuvre un processus de large consultation avec les bénéficiaires pour définir de manière consensuelle les priorités.** Ledit organisme de coordination œuvrera en étroite collaboration avec le secrétariat du CSLP, le Secrétariat permanent de suivi des réformes économiques et sociales (REFES) et la Cellule d'Appui du Ministère des Finances en charge de la gestion des fonds publics.

Le Gouvernement adopte un cadre institutionnel, conçu comme suit:

- au niveau national, un comité national tripartite (Gouvernement / Syndicats et organisations professionnelles de la société civile et représentants des bénéficiaires / employeurs) chargé de l'orientation et du suivi. Au sein dudit comité, fonctionnera une commission technique chargée de valider les études techniques et les programmes. Un Secrétariat technique conçu sous forme de projet sera chargé du suivi quotidien des réformes;
- au niveau décentralisé (provinces et communes), des comités seront chargés d'appuyer la réalisation des objectifs de la PNPS. Les associations de natifs et les élus

locaux joueront un rôle déterminant en mobilisant la population sur les objectifs et les actions à mener;

- la stratégie et la méthodologie seront en permanence le dialogue à travers un processus participatif.

5.1. Les axes de la Politique Nationale de Protection Sociale

La politique nationale de protection sociale comprend trois axes: (1) renforcement des organisations de l'économie solidaire; (2) renforcement des organismes de sécurité sociale existants; (3) extension progressive de la couverture de protection sociale à toute la population.

Axe no 1. Renforcement des organisations de l'économie solidaire

Le développement de la PNPS est largement tributaire des capacités contributives de la population. Dans le but d'aider les populations à tirer le meilleur de leurs potentiels personnels et des opportunités de leur environnement, la PNPS s'attachera à appuyer les organisations de l'économie solidaire, comme les coopératives, les associations de producteurs dans les domaines artisanaux et filières agricoles, avec comme objectifs de:

Organiser et/ou appuyer la population dans des activités génératrices de revenus, en mettant à disposition les ressources nécessaires par des mécanismes appropriés comme ceux de la micro-finance.

Les organisations de l'économie solidaire seront les piliers sur lesquels s'appuieront les systèmes de protection sociale qui seront mis en place comme les mutuelles de santé, les systèmes d'épargne ou de prévoyance.

Axe no 2. Renforcement des organismes de sécurité sociale existants

Les organismes de sécurité sociale déjà en service, seront audités en vue de leur harmonisation avec les objectifs de la PNPS afin qu'ils puissent contribuer aux objectifs de cette dernière.

Axe no 3. Extension progressive de la couverture de protection sociale à toute la population

Pour le secteur de l'économie informelle, des dispositions en matière de protection sociale sont éparpillées et leur mise en œuvre est confiée à divers Département ministériels comme le ministère de la santé publique, le Ministère de la Solidarité nationale, le Ministère de l'Education nationale et bien d'autres. La PNPS s'attachera à mettre en place des dispositifs de cohérence pour traduire la vision du pays sous forme d'un Code de Protection Sociale.

La programmation des actions à entreprendre dans chaque secteur fera l'objet d'une discussion consensuelle, la stratégie étant toujours d'associer de manière démocratique les catégories de populations concernées.⁷

Une proposition de démarche de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale est proposée dans un l'annexe I.

⁷ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, p. 78.

6. Mise en œuvre du cadre stratégique de la PNPS

6.1. Principes directeurs

La mise en œuvre du cadre stratégique de la PNPS s'inspire des principes directeurs du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et des conventions internationales de l'OIT qui régissent la protection sociale. Ces principes sont: la proximité, la complémentarité et la synergie, le dialogue social et le partenariat, le faire-faire, la transparence et la bonne gouvernance.

Principe de proximité

Ce principe signifie que les organismes gestionnaires ainsi que les interventions relatives à la politique nationale de protection sociale doivent être le plus près possible des bénéficiaires et de leur lieu de résidence.

Principe de complémentarité et de synergie

La stratégie vise la combinaison efficiente des différents systèmes existants en établissant des liens formels et organiques ou contractuels entre eux. Il s'agit d'opter pour une approche multiservices depuis l'échelle de base jusqu'à l'échelle nationale. Pour ce faire, l'Etat doit encourager les différents organismes et services à établir des synergies nécessaires par des incitations à la collaboration et par des mesures financières (mesures fiscales, subventions, etc.).

Principe de dialogue social et de partenariat

En vertu de ce principe, l'Etat reconnaît le rôle éminent des partenaires sociaux qui sont les organisations d'employeurs et des travailleurs dans le développement et la gestion de la protection sociale et des régimes professionnels complémentaires dans le secteur formel. C'est ce dialogue social qui contribuera largement à l'extension de la couverture sociale au secteur informel et aux populations rurales.

Principe de faire-faire

L'Etat reconnaît que l'accès au service de protection sociale est un droit fondamental de tous les citoyens, et il a la responsabilité de le garantir. Il reconnaît également que la mise en œuvre ne peut être exclusivement supportée par les seules instances officielles et administratives. A cet effet, l'Etat s'engage à déléguer aux acteurs des collectivités locales, de la société civile et du secteur privé des missions de service public dans le pilotage, l'exécution, la communication, le suivi-évaluation et à fournir aux acteurs les moyens juridiques, techniques et financiers pour la réussite de cette mission. L'Etat mettra en place des mécanismes pour contrôler la qualité des services, la satisfaction des citoyens, le respect des règles de transparence et de bonne gestion, de participation et le respect de l'équité dans les mutuelles de santé et dans les organismes publics et privés ayant en charge la gestion des systèmes de protection sociale.

Principe de transparence et de bonne gouvernance

Il convient de mettre en place aux différents niveaux d'intervention, une série de mécanismes garantissant la visibilité et le contrôle des transactions financières afin de sécuriser les ressources publiques et privées mobilisées et donner confiance aux acteurs

dans le système. Au-delà du contrôle régulier des services de l'Etat sur la gestion des organismes de protection sociale et des associations, il s'agira aussi d'institutionnaliser des mécanismes de contrôle citoyen à tous les niveaux.

Principe de pérennité des programmes

Les structures mises en place seront conçues sur la base des réalités socio-économiques de manière à les rendre durables et viables.

6.2. Pilotage de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale au Burundi

6.2.1. Pilotage stratégique

La politique nationale de protection sociale vient concourir à la réalisation des objectifs fixés dans le CSLP, dans la vision Burundi 2025, dans le Programme pour le Travail Décent (PPTD), et dans le PAN.

La politique nationale de protection sociale fera intervenir les acteurs chargés du suivi et de la mise en œuvre des différentes politiques nationales et sectorielles, notamment les suivants: les Représentants du Peuple, du Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la sécurité sociale (FPTSS), du Ministère de la Santé, du Ministère de la Solidarité nationale, du Ministère des Finances, du Ministère de la Planification du Développement, du Ministère des Droits de la Personne Humaine et du Genre, du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de l'Enseignement primaire et secondaire, des organismes publics et privés chargés de la gestion des systèmes de protection sociale, des organisations patronales, des organisations syndicales, des fédérations des mutuelles de santé au niveau national, des collectivités locales, les ONGs nationales et internationales, les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, les organisations internationales.

Le rôle de chacun de ces acteurs doit être clairement défini et un organe de pilotage chargé d'assurer la coordination des interventions respectives s'avère indispensable. Pour ce faire, le Gouvernement mettra sur pied un *organe national de coordination des programmes de protection sociale*.

Cet organe sera composé d'une équipe multidisciplinaire formée de spécialistes du domaine de la protection sociale et de certains représentants des acteurs évoqués ci-dessus. Le Gouvernement, à travers cet organe de coordination sera chargé de suivre de près la mise en œuvre des différents programmes de protection sociale retenus ci haut.

L'organe national de coordination donnera surtout les orientations stratégiques et aura comme missions principales de:

- conduire toutes les études relatives à la réforme et à l'extension des systèmes de protection sociale;
- collaborer étroitement avec la Cellule d'appui aux mutuelles de santé qui seront créées à travers tout le pays;
- donner des orientations de renforcement et d'extension des systèmes de protection sociale existants;
- veiller à la mise en exécution des différents programmes de protection sociale dans le respect du calendrier fixé;

-
- assurer le plaidoyer auprès de l'Etat et autres bailleurs de fonds pour mobiliser les financements indispensables en vue de soutenir le programme de développement des mutuelles de santé et d'autres programmes de soutien aux indigents et aux personnes vulnérables;
 - assurer la gestion du Fonds d'appui à la Protection Sociale (FAPS);
 - collaborer étroitement avec la Direction générale de la Protection sociale et le Secrétariat permanent des réformes économiques et sociales qui est chargé du suivi de la Stratégie nationale de Lutte contre la Pauvreté.

Cet organe national de coordination des programmes de protection sociale sera mis en place par l'autorité compétente et sera doté de moyens appropriés pour accomplir ces missions.

6.2.2. Pilotage opérationnel

Le Ministère en charge de la sécurité sociale aura un rôle central à jouer dès l'adoption de la politique nationale de protection sociale par les instances habilitées. Dans ce cadre, à travers l'organe national de coordination des programmes de protection sociale, il présidera le comité de pilotage opérationnel dont la composition reflétera le caractère multisectoriel, multidisciplinaire et multi-acteurs de cette politique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale et en vue de clarifier les impacts sur d'autres politiques nationales, il est prévu de:

- mettre en place un cadre de collaboration entre le ministère ayant dans ses attributions la protection sociale et les ministères impliqués dans la mise en œuvre des composantes et programmes complémentaires de protection sociale;
- mettre en place un organe de contrôle financier au ministère des Finances pour assurer le suivi et le contrôle financier des organismes chargés de la gestion des systèmes de protection sociale qui recevront des subsides de l'Etat et qui géreront des deniers destinés à garantir les droits des citoyens;
- renforcer la direction générale de la protection sociale au Ministère en charge de la protection sociale afin qu'elle puisse assurer la promotion des programmes de protection sociale et assumer correctement la tutelle technique des organismes de protection sociale.

7. Instruments et procédures de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale

Le Gouvernement, à travers l'organe national de coordination des programmes de protection sociale, engagera des études de faisabilité et des travaux de réforme du cadre juridique, de mise en place des structures rénovées si nécessaire, et de confection d'un plan d'action de cette politique par les acteurs ci-haut identifiés.

Les principes directeurs de gestion de la protection sociale ci-haut relevés guideront toutes les autres actions entreprises dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale. Dans ce cadre, l'Etat et ses partenaires mèneront 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 protection sociale;
- intensifier les campagnes d'information, d'éducation et de communication pour l'adhésion des différents groupes de population non couverte par une formule de protection sociale. Seront également dispensées des informations sur les techniques d'assurance complémentaire et facultative en vue de promouvoir et de soutenir les politiques d'extension de la couverture sociale;
- inciter les administrations de base (les communes) à épauler les mutuelles de santé communautaires pour travailler dans des conditions favorables;
- favoriser un cadre de collaboration entre les systèmes d'assurance maladie, les fournisseurs des services tels que les centres de santé des Districts sanitaires, les hôpitaux, les pharmacies, les institutions opérationnelles de sécurité sociale, les sociétés d'assurance privées, ainsi que les caisses coopératives d'épargne et de crédit mutuel;
- élaborer un plan de formation des agents administratifs à la base et les représentants des mutuelles de santé pour leur permettre d'acquérir des capacités d'organiser, de gérer et d'évaluer l'efficacité des actions engagées sur le terrain;
- octroyer des subventions publiques et autres facilités aux institutions du système d'assurance maladie;
- favoriser la complémentarité et les synergies nécessaires entre les divers acteurs engagés dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale;
- renforcer un dispositif régulier de contrôle et d'audit interne et externe des organismes formels de protection sociale et autres organismes de protection sociale;
- inciter les bénéficiaires de la couverture sociale à exercer un contrôle citoyen aussi bien de la performance des organismes gestionnaires et des mutuelles de santé que des prestations servies.

L'Etat favorisera davantage la stratégie de bonne gouvernance, de dialogue social et de communication en mettant en place des cadres formels et réellement opérationnels de concertation avec les divers intervenants dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale (conseil national du travail, organe de régulation et de contrôle des organismes d'assurance sociale, etc.).

8. Mécanismes de suivi et évaluation

Un plan de travail préparé par le Comité de Pilotage et approuvé par les partenaires impliqués sera, sur la base d'indicateurs préalablement définis, l'outil principal pour l'évaluation des activités des programmes de protection sociale, ainsi que les projets réalisés selon une périodicité convenue.

Les projets réalisés pourront faire l'objet de revues périodiques conformément aux procédures établies en matière de gestion des projets. Ces revues auront pour objectif de s'assurer du bon déroulement de chaque projet, d'en faire le suivi technique, d'évaluer l'exécution des activités programmées, de veiller au respect des normes d'exécution du budget, d'apprécier les résultats, de réviser, le cas échéant, le plan de travail pour lui donner de nouvelles orientations jugées nécessaires.

Sur la base d'une périodicité de trois mois, le comité de pilotage opérationnel des programmes de protection sociale fournira un rapport succinct portant sur les progrès réalisés, les résultats obtenus et les objectifs intermédiaires à atteindre. Ces rapports, qui devront respecter les exigences techniques des bailleurs qui auront financé les projets, seront envoyés au Gouvernement pour information par le canal du Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale.

Annexe I

Proposition d'une démarche de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale

Une fois la politique nationale de protection sociale adoptée par les instances compétentes, il sera nécessaire de mettre en place le cadre institutionnel de mise en œuvre et organiser les ressources. A cette étape, un document de programmation sera mis au point de manière consensuelle et les programmes arrêtés mise en œuvre. Les actions à entreprendre consisteront d'abord à:

- renforcer les institutions en service et les programmes opérationnels;
- et étendre la protection sociale aux catégories de populations non encore couvertes, en donnant la priorité aux éléments du socle de protection sociale.

Au niveau du secteur structuré

Concernant l'extension de la protection sociale au niveau du secteur structuré, il s'agira d'effectuer d'abord un audit organisationnel et financier (ou actuariel si besoin) des régimes de sécurité sociale gérés par l'INSS et du régime d'assurance maladie géré par la MFP en vue d'examiner dans quelle mesure les deux organismes peuvent être mis à contribution dans la nouvelle vision de la protection sociale. L'audit organisationnel mesurera les capacités de ces organismes de porter de nouvelles missions qui pourraient leur être confiées. La question relative à la création d'un régime d'assurance maladie maternité pour le secteur privé structuré et sa localisation administrative (intégration à l'INSS ou à la MFP ou structure autonome), pourrait être réglée à la lumière des résultats de ce travail préliminaire sur les deux organismes.

Pour la création de l'ONPR, on pourrait suivre la même logique qui voudrait qu'il soit rattaché à la MFP ou à l'INSS. Il sera nécessaire d'examiner la capacité des deux organismes. Une autre hypothèse est de poursuivre les démarches présentement entreprises pour mettre sur pied cet organisme **de manière** autonome.

Une autre piste pourrait être de spécialiser les organismes de sécurité sociale par secteur. Ainsi, un organisme, l'INSS en l'occurrence, pourrait être chargé de gérer l'ensemble des régimes du secteur privé régi par le code du travail et un autre organisme, en l'occurrence la MFP, pourrait être en charge de l'ensemble du secteur public.

Cette spécialisation par source du droit à la sécurité sociale – le Statut de la Fonction publique pour le secteur public; et le Code du Travail pour le secteur privé –, aurait l'avantage de la cohérence des droits reconnus dans chaque statut et poserait moins de problèmes dans le temps, avec l'évolution des paramètres socio-économiques qui se traduisent dans les législations.

Au niveau du secteur informel et rural

Le secteur informel est difficile à appréhender. Dans un contexte de pauvreté des populations qui prévaut dans ces secteurs, il s'agira de définir une stratégie adaptée et graduelle de mise en place des organisations socioprofessionnelles d'abord, et ensuite la mise en place des programmes de protection sociale comme les mutuelles de santé accompagnées d'un bon programme d'appui financier de la part de l'Etat et d'autres partenaires au développement.

Le réalisme voudra sans doute qu'en plus de la réorganisation des mesures que le Gouvernement a déjà mis en place depuis 2006 (soins de santé et gratuité de l'éducation pour les enfants démunis), il soit mis en place un «Programme pilote d'appui au développement des mutuelles de santé», qui pourrait servir de test et d'exemple.

En effet, le CSLP indique que le Gouvernement entend encourager le développement des mutuelles de santé communautaires en initiant un programme d'appui à leur développement.⁸

Programmes de protection sociale envisagés à court, à moyen et à long termes

A. Secteur informel et rural

Programme n°1

Programme d'appui au développement des mutuelles de santé en faveur des populations rurales et du secteur de l'économie informelle.

Les stratégies de mise en place et de développement des mutuelles de santé

La première opération sera de tirer les leçons des expériences en cours initiées par la société civile (ADISCO) et l'église catholique (diocèse de Gitega et de Muyinga et d'autres).

Sur la base des enseignements tirés, mettre en place un cadre de développement des Mutuelles qui comprendra des programmes de soutien et de développement (renforcement des capacités), ainsi que des programmes de contrôles.

Les réalités socio-économiques du pays:

- un faible pouvoir d'achat des populations;
- un déficit d'organisation des populations dans les activités de production;
- un déficit de structuration sociale (regroupement de l'habitat en villages),

ne sont pas favorables à la mise en place d'un régime universel d'assurance santé, à base de cotisation obligatoire pour tous, pour le secteur non structuré. Dans un pays aux ressources limitées, et en période de sortie de crise (guerre civile), le développement ne pourra se faire que **progressivement** et avec beaucoup de pédagogie. Les contraintes, à surmonter avec le temps, sont entre autres les suivantes:

- faiblesse des revenus de la population concernée et possibilités limitées de contribution à ce régime;
- le caractère obligatoire d'une assurance-santé présente de nombreuses contraintes techniques et sociales pour sa mise en application réelle dans le secteur informel;
- poids budgétaire récurrent pour l'Etat de cette assurance santé trop lourd sur les capacités budgétaires actuelles, et ce pour plusieurs années encore;

⁸ Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – CSLP. République du Burundi, septembre 2006, p. 78.

-
- la capacité actuelle des services de soins tant en qualité qu'en couverture géographique ne permet pas de répondre aux besoins de santé d'une grande partie des assurés qui seront ainsi lésés et encore moins désireux de participer à cette assurance.

Dans ces conditions, il conviendrait d'envisager le développement d'une stratégie alternative et progressive de mise en œuvre d'une assurance santé pour le secteur informel basée sur le développement des mutuelles de santé communautaires. Le développement progressif de cette assurance devrait tenir compte des éléments ci-après:

- l'évolution des capacités contributives des populations qui, elles-mêmes, sont liées au processus de développement économique, soutenu par ailleurs, par des programmes de développement d'activités génératrices de revenus et la reconstruction du pays;
- des contributions ciblées de l'Etat et des partenaires au développement pour soutenir l'émergence et le développement de ces mutuelles (financement du personnel ou des équipements de soins, subventions des soins ou de médicaments pour maladies identifiées comme prioritaires, fonds de solidarité, etc.);
- l'évolution progressive de la couverture en infrastructures de soins tant en qualité qu'en quantité.

Cette stratégie rejoint ce que préconise le plan de développement sanitaire (2006-2010) du Ministère de la Santé. La mise en œuvre de cette stratégie pourrait se faire à travers un «*programme d'appui au développement des mutuelles de santé au Burundi*» dont les articulations pourraient être les suivantes.

Objectif général

Appuyer les populations rurales et le secteur de l'économie informelle dans la mise en place et l'organisation de systèmes d'assurance maladie qui amélioreront l'accessibilité financière aux soins de santé et protéger ainsi les ménages contre les risques financiers liés à la maladie.

Objectifs spécifiques

Le programme d'appui aux mutuelles de santé visera les objectifs spécifiques suivants:

- mise en place d'un environnement institutionnel favorable au développement des mutuelles de santé (politique nationale, législation adaptée et cadre réglementaire de référence);
- formation des ressources humaines à même de prendre en charge le développement des mutuelles de santé;
- élaboration des normes de qualité de référence pour la mise en place des mutuelles de santé;
- renforcement des capacités d'appui/ conseil technique à la mise en place de mutuelles de santé et au transfert des connaissances en matière de gestion;
- développement de réseaux de mutuelles de santé sur le territoire national et la structuration de ce mouvement mutualiste;
- mise en place d'un système national de suivi / évaluation et de pilotage de l'assurance-santé mise en œuvre par les mutuelles de santé;

-
- constitution d'une base de données nationales sur la mise en œuvre de la micro-assurance santé (garanties, fréquences des soins, coûts moyens, etc.);
 - mise en œuvre d'un cadre permanent de concertation sur les mutuelles de santé, organisé autour d'une représentation des mutuelles; de l'Etat et des partenaires au développement.

Mise en place et développement des mutuelles de santé

Principes de base et préalables à la mise en place des mutuelles de santé

Une mutuelle communautaire est définie comme une association des personnes physiques à adhésion libre et à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre les membres. Elle a pour objectif de mettre en commun des moyens en vue de résoudre des problèmes prioritaires dans le domaine des risques sociaux.

Les mutuelles de santé communautaires doivent répondre à un certain nombre de principes de base notamment: la solidarité; la participation démocratique, l'autonomie et la liberté, l'épanouissement de l'adhérent, la responsabilité dans la gestion, la dynamique d'un mouvement social et le but non lucratif. La confiance vis-à-vis des initiateurs de projets et l'existence de services de santé de qualité sont aussi des conditions importantes pour la réussite.

Développement des mutuelles de santé

Le développement des mutuelles de santé communautaires devra bénéficier d'un environnement institutionnel favorable. En effet, ce développement devra s'inscrire dans le cadre de la vision 2025 du Gouvernement, en se conformant à la politique sectorielle de la santé et du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Le développement devra être progressif pour mettre en place les paramètres devant assurer la réussite du processus comme la formation des ressources humaines, le plaidoyer auprès de la population pour la faire adhérer aux objectifs politiques du mouvement mutualiste:

- une phase pilote des mutuelles de santé devrait être initiée par le Gouvernement dès que possible dans certaines provinces sélectionnées. Cette phase pilote servira en effet de plate-forme au renforcement et à l'extension des mutuelles de santé au Burundi. La capitalisation des expériences des mutuelles de santé dans les paroisses du diocèse de Gitega et celles des récentes mutuelles des associations des caféiculteurs initiées par l'ADISCO, sera un atout pour la réussite de la phase pilote;
- sur la base de cette phase pilote, un processus cumulatif d'apprentissage sera enclenché à travers tout le pays, soutenu par des ateliers de formation, des fora d'échanges d'expériences et d'évaluation, ainsi que des voyages d'études inter et intra provinciaux;
- la diversité des expériences locales à partir desquelles des stratégies délibérées de promotion des mutuelles de santé sont élaborées;
- le renforcement des capacités institutionnelles de mise en place et de suivi des mutuelles de santé, notamment à travers l'élaboration de manuels de formateurs, de modules de sensibilisation et autres matériels didactiques;
- l'émergence de stratégies innovantes de renforcement des mutuelles de santé existantes et d'implantation de nouvelles mutuelles de santé. Ces stratégies innovantes incluraient en particulier l'implication des autorités locales dans la

mobilisation et la sensibilisation de la population, et le développement de partenaires locaux.

Structures organisationnelles des mutuelles de santé

La structure organisationnelle des mutuelles de santé devra être adaptée à celle du cadre institutionnel mise en place dans le cadre de la décentralisation de l'administration territoriale et sanitaire. En effet, des comités mutualistes devront exister à partir de la Colline de recensement, de la Zone et de la Commune jusqu'au niveau national. La représentation dans tous ces organes mutualistes est démocratique, volontaire et s'acquiert à travers les élections, dans le respect des équilibres du genre. A tous les niveaux, les comités mutualistes représenteront les intérêts des adhérents auprès des structures de l'offre des soins, sensibiliseront les populations et veilleront à la bonne gestion du système de soins de santé mutualiste.

En annexe 3 du présent document, il est présenté une proposition schématique de la structure organisationnelle des mutuelles de santé au Burundi.

Financement des mutuelles de santé et le paquet des prestations offertes

Les mutuelles de santé au Burundi devraient se baser sur une politique d'adhésion familiale et le chef de ménage verserait une cotisation unique pour les personnes à charge avec un nombre maximal de six personnes. Même lorsque la cotisation est individuelle, le ménage doit néanmoins faire adhérer tous ses membres.

Quant au niveau de la cotisation, le Gouvernement devrait éviter l'existence d'une disparité dans l'état de fonctionnement des mutuelles de santé. En effet, la cotisation familiale par ménage de 6 membres au maximum et par an serait de l'ordre de 10.000 FBU si l'on se réfère à la capacité actuelle de financement de la population et aux expériences des mutuelles de santé existantes dans le diocèse de Gitega et dans les associations des caféiculteurs encadrées par l'ADISCO. Ce montant ne servirait qu'à payer les prestations uniquement. Les appuis de l'Etat et des partenaires au développement viendraient couvrir le supplément de la cotisation qui ne peut pas être inférieur à 5.000 FBU⁹ par ménage et par an, ainsi que les frais de fonctionnement administratif.

Le ticket modérateur, soit la part du coût total des soins du membre mutualiste au moment de l'utilisation des services de santé, devrait être dans l'ordre de 100 FBU à 200 FBU par épisode de maladie ou de 10 pour cent à 20 pour cent de co-paiement du coût réel des soins. Les chiffres réels devront être fixés lors des études de mise en place du projet pilote.

Quant aux soins de santé et services couverts par les mutuelles de santé, ils comprendront tous les services et médicaments offerts au niveau du centre de santé (paquet minimum d'activités, ou «PMA»), mais aussi un nombre limité de services au niveau de l'hôpital (paquet complémentaire d'activités, ou «PCA»).

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

⁹ Selon les estimations de l'OMS, le coût des soins de santé primaires au Burundi serait d'environ 2 \$ US par tête d'habitant et par an.

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

Résultats attendus à court terme (cinq ans) du programme n°1

- Adhésion d'au moins 50 pour cent de la population cible du secteur informel et d'au moins 30 pour cent de la population cible du secteur rural, dans des projets pilotes de mutuelles de santé communautaires.

Ces résultats sont escomptés sur une période allant d'une année à cinq ans de mise en œuvre du programme n°1 de développement des mutuelles de santé communautaires.

Dès la création des premières mutuelles de santé dans le cadre du programme n°1, il y aura un grand nombre d'associations du secteur informel qui vont adhérer spontanément si l'on se réfère aux différentes réunions tenues à Bujumbura et dans les provinces dans le cadre des consultations que les experts ont eues avec les responsables des fédérations et associations de l'économie informelle déjà agréées au Burundi.

Résultats attendus à moyen terme (dix ans) du programme n°1

- Adhésion d'au moins 80 pour cent de la population cible du secteur informel et d'au moins 50 pour cent de la population du secteur rural, dans des mutuelles de santé communautaires.

Après la phase pilote de mise en place des mutuelles de santé communautaires, il y aura un grand travail de sensibilisation et d'information à travers les canaux de l'administration territoriale et sanitaire, ainsi que l'appui des médias qui vont diffuser les retombées positives de ce programme sur la vie des populations ayant adhéré à ces mutuelles. Le ministère de la santé publique devra améliorer l'état général des infrastructures sanitaires dans le pays tant en qualité qu'en quantité. L'amélioration progressive du niveau des revenus des populations suite à la mise en application des autres programmes d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP permettra d'atteindre les objectifs fixés à moyen terme pour le programme n°1.

Résultats attendus à long terme (quinze ans et plus) du programme n°1

- Adhésion de 100 pour cent de la population cible du secteur informel et 100 pour cent de la population du secteur rural, dans des mutuelles de santé communautaires.

Ces résultats escomptés au bout du programme «Vision Burundi 2025», c'est-à-dire après 15 années de mise en œuvre du programme n°1 de développement des mutuelles de santé communautaires, correspondent au *1er objectif spécifique à long terme* de la politique nationale de protection sociale à savoir: «Faire adhérer 100 pour cent de la population du secteur informel et 100 pour cent de la population du secteur rural, dans des mutuelles de santé communautaires».

Dans l'étude nationale prospective Burundi 2025 (2ème volume, septembre 2008), il est prévu que le taux de croissance du PIB/habitant en termes réels pourra être de 9 pour cent par an jusqu'en 2025 sous les conditions cumulatives ci-après. Il faudra que:

- la population croisse à un taux de 2,3 pour cent en moyenne par an, en passant de 2,4 pour cent à 2,2 pour cent de 2020 à 2025;
- le PIB du secteur primaire croisse à un taux de 11 pour cent par an en termes nominaux, soit 6 pour cent en termes réels;

-
- le PIB du secteur secondaire croisse à un taux de 15 pour cent par an en termes nominaux, soit 10 pour cent en termes réels;
 - le PIB du secteur secondaire croisse à un taux de 17 pour cent par an en termes nominaux, soit 12 pour cent en termes réels;
 - le taux de change du \$ US n'évolue pas en moyenne de plus de 2 pour cent par an.

Si ces conditions sont réalisées, alors le PIB sera de 720 \$ US par habitant en 2025. A ce moment-là, le Burundi pourra réaliser le 3ème objectif spécifique à long terme de la politique nationale de protection sociale, à savoir: «Mettre en place un système d'assurance maladie universelle pour tout citoyen burundais».

En plus de ce qui précède, pour le cas du Burundi, d'autres pré-requis doivent être développés et entretenus, tels que:

- le relèvement du niveau général des revenus de la population;
- l'accélération du rythme de la croissance économique du pays;
- la transformation progressive de la structure de l'économie pour arriver à inverser la taille de l'économie informelle et rurale par rapport à celle du secteur formel; ceci rend l'évaluation des revenus et la perception des cotisations plus aisées;
- le renforcement des capacités d'administration des systèmes d'assurance maladie obligatoire et des mutuelles de santé. Il faut en effet que ces systèmes soient gérés par des personnels techniquement compétents et engagés pour rendre des services de qualité;
- le développement et l'augmentation des capacités des infrastructures sanitaires, notamment par:
 - la construction, la réhabilitation et l'équipement en vue de réduire l'inaccessibilité géographique;
 - la motivation des investisseurs (allègements fiscaux, subventions, etc.) dans le domaine médical;
 - l'encouragement des partenaires privés, tels que les confessions religieuses, les ONGs, etc. à développer leurs activités en matière de santé surtout ceux qui s'implantent dans l'arrière- pays;
 - l'amélioration des conditions de travail du personnel de la santé (formation en cours d'emploi, motivation à base de performance, logement, etc.);
- le degré de solidarité dans la société et la recherche du consensus des partenaires à l'édification de ce système;
- le dialogue et la concertation entre les décideurs d'une part, et les autres intervenants à savoir: les syndicats des travailleurs, les employeurs, les prestataires de soins, les associations communautaires et professionnelles d'autre part, permet une vue consensuelle du système proposé.

Le rôle moteur de l'Etat est à ce niveau essentiel pour amener ces parties prenantes à avoir leur mot à dire depuis l'élaboration de la politique sociale en général et à celle relative à leur santé en particulier jusqu'à l'étape de sa mise en oeuvre et même dans son suivi-

évaluation. Le soutien et la confiance de la population en général, et de leurs représentants dans la couverture maladie universelle en dépend largement.

Programme n°2. Programme de couverture des indigents et des personnes vulnérables en assurance maladie

Certains groupes de la population continueront à faire face à des contraintes financières pour accéder aux soins de santé, même avec la mise en place des mutuelles de santé communautaires. Ces groupes risquent d'être exclus des soins de santé par suite de leur incapacité de payer les contributions annuelles aux mutuelles de santé. Le Gouvernement a la responsabilité d'assurer la protection sociale de ces indigents. Afin de pouvoir s'assurer qu'il protège véritablement les personnes qui en ont besoin, le Gouvernement devra sans doute définir les critères de l'indigence au niveau national et les réviser régulièrement. C'est sans doute au niveau de l'administration locale, au niveau communal que les dossiers des demandes des cartes d'indigents devront être examinés. En plus de la prise en charge des indigents, le Gouvernement, en s'appuyant sur l'administration locale et les initiatives de la société civile envisagera de créer des programmes de relèvement communautaire pour sortir de l'indigence les catégories qui le peuvent. Les aides apportées actuellement aux indigents et aux groupes vulnérables par des organisations caritatives seront mieux organisées dans ce cadre au profit des populations bénéficiaires.

La stratégie de réalisation de ce programme doit s'inscrire dans le *programme d'appui au développement des mutuelles de santé au Burundi*.

Dans ce cadre il faudra:

- accorder une affiliation à des mutuelles de santé proche de leur résidence sous des conditions à déterminer selon les causes de l'état d'indigence et de vulnérabilité;
- identifier les indigents selon des critères prédéterminés par les Comités de Développement Collinaire;
- inventorier les associations caritatives, les ONG et autres partenaires qui soutiennent les indigents et les personnes vulnérables en vue de connaître les apports actuels et d'autres fonds nécessaires pour une protection médicale adéquate.

Programme n°3. Renforcer les mesures de protection sociale des groupes vulnérables et des personnes les plus démunies par la formulation des stratégies et la mise en œuvre des politiques nationales et des plans d'action existants

En vue de réaliser ce programme, les stratégies ci-après sont proposées.

A l'endroit des orphelins et autres enfants vulnérables

Mettre en œuvre la politique nationale OEV adoptée par le Gouvernement en septembre 2008 et son plan d'action 2007-2011, en particulier au niveau des domaines ci-après.

1. Sécurité socio économique

- La promotion des initiatives de micro finance en faveur des familles qui prennent soin des orphelins et autres enfants vulnérables;
- l'amélioration de la productivité des ménages;
- la promotion des apprentissages, les formations professionnelles et les formations continues;

-
- l'encouragement des initiatives à haute intensité de main d'œuvre;
 - l'établissement de mécanismes à base communautaire pour le suivi du bien-être socioéconomique des orphelins et autres enfants vulnérables.

2. *Sécurité alimentaire et nutritionnelle*

- La provision d'une assistance alimentaire adéquate aux ménages et autres organes de prise en charge d'orphelins et/ou d'autres enfants vulnérables dans des situations d'urgence;
- l'amélioration de la productivité et le stockage de la nourriture des ménages et autres organes prenant soin d'orphelins et d'autres enfants vulnérables;
- le renforcement des capacités pour l'éducation nutritionnelle visant ces mêmes ménages et le personnel de soin des organes de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables etc.;
- l'établissement d'un système nutritionnel d'alerte précoce et des mécanismes de réponse basés au sein de la communauté.

3. *Education formelle et formation professionnelle*

- Promouvoir l'accès à l'éducation formelle et la rétention des orphelins et autres enfants vulnérables à l'école;
- mettre en place des structures scolaires assurant un environnement protecteur pour tous les enfants, adaptées à leurs besoins et avec un personnel enseignant qualifié et engagé en faveur de la protection des enfants;
- améliorer l'alphabétisation des tuteurs et des personnes en charge des enfants;
- disponibilité de centres de formation professionnelle polyvalents et augmenter les débouchés professionnels par la création d'emplois générateurs de revenus en faveur des lauréats de ces formations.

4. *Santé et lutte contre le VIH/SIDA*

- Renforcer les capacités de résilience des communautés afin de réduire l'impact négatif du conflit et le renforcement des capacités des communautés à fournir un counseling individuel et de groupe;
- accorder une assistance psychosociale et un soutien émotionnel aux enfants orphelins et autres vulnérables victimes de violences, d'exploitation, d'abus, de négligence, de discrimination ou des conséquences du conflit et à leurs familles et communautés;
- encourager les intervenants pour l'établissement des facilités récréatives à base communautaire pour les enfants.

5. *Protection de l'enfant et prise en charge intégrée à base communautaire*

- Définir et développer des instruments et des interventions appropriés pour protéger les enfants contre tout acte de violence, d'exploitation, d'abus, de négligence et de discrimination;
- promouvoir des systèmes, procédures et facilités pour une protection légale adaptée aux enfants;

-
- renforcer les partenariats entre les autorités Gouvernementales et les autres intervenants dans le domaine de la protection des enfants;
 - renforcer des mécanismes familiaux et communautaires de prévention de la spoliation de biens et des terres appartenant aux enfants orphelins;
 - sensibiliser les communautés à propos des droits et des responsabilités de tous les enfants, dont les orphelins et autres enfants vulnérables;
 - mobiliser et renforcer les mécanismes communautaires de protection des orphelins et autres enfants vulnérables contre des situations d'abus, d'exploitation, de violence et de négligence.

A l'endroit des autres groupes vulnérables

Mettre en place des mécanismes d'évaluation continue de la vulnérabilité: identification et catégorisation des groupes vulnérables:

- élaborer des critères d'identification et catégorisation des vulnérables;
- assurer la diffusion des critères d'identification des vulnérables dans les instances de base et établir un plan de collecte d'informations sur les vulnérables;
- créer une base des données des groupes vulnérables, des bénéficiaires de l'assistance et la mettre à jour régulièrement;
- promouvoir la dissémination des données auprès des utilisateurs et de la population de manière générale en tenant compte des besoins spécifiques des uns et des autres.

Mettre en place des mécanismes permettant la participation active des vulnérables dans les programmes et actions en leur faveur, avec une attention particulière aux personnes naturellement vulnérables:

- renforcer la participation de la femme dans les activités génératrices de revenus (en vue de réduire la vulnérabilité des familles et ainsi de la société);
- créer des écoles, des infrastructures appropriées aux personnes handicapées pour leur intégration dans le développement du pays et la valorisation de leurs aptitudes;
- renforcer le rôle des vulnérables dans l'élaboration et la gestion des programmes en leur faveur.

Mettre en place des mécanismes de sensibilisation à la prise en charge communautaire des personnes vulnérables:

- renforcer la prise de conscience des pouvoirs publics sur les besoins spécifiques des personnes âgées, leurs rôles et responsabilités familiales traditionnelles;
- développer l'esprit de volontariat et de solidarité dans toutes les couches de la population afin qu'elles puissent participer activement aux activités d'intérêt public et d'aide aux indigents et aux groupes vulnérables.

Planifier et coordonner les éléments du Socle de protection sociale à mettre en œuvre et définir une politique claire de retrait de toutes les personnes vulnérables dans les rues et les autres places publiques:

- mettre en place les éléments du Socle de protection sociale avant qu'une crise ne survienne;
- rendre disponible à temps les informations sur les pauvres en évaluant régulièrement les programmes de filets de sécurité sociale existant;
- s'assurer que les filets de sécurité sont une caractéristique permanente des politiques sociales et non une simple réponse temporaire aux crises;
- mettre en place un système coordonné d'octroi de l'assistance aux vulnérables.

Programme n°4. Contribuer à la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, par la gestion efficace du risque social

En vue de réaliser cet objectif, les stratégies ci-après sont proposées.

Mettre en place des mécanismes appropriés d'identification des risques:

- établir un classement des risques courants au Burundi;
- renforcer les outils d'identification des risques dans divers domaines (domaine sanitaire, agricole, naturel et environnemental, social, politique, etc.).

Fournir aux jeunes un enseignement sur les questions en rapport avec la population et le développement (la sexualité, la planification familiale, etc.):

- réduire les causes de mortalité précoce en faisant face à ses causes, notamment la guerre, le VIH-SIDA, etc.;
- promouvoir et diversifier l'éducation des jeunes aux activités de développement communautaire.

Identifier et renforcer les pratiques informelles de gestion du risque social existantes:

- sensibiliser à la consolidation et à l'exploitation des relations sociales;
- décourager les attitudes et les mécanismes de gestion du risque par des stratégies non appropriées et dégradantes, comme l'émigration, le retrait des enfants de l'école, l'exode rural, la vente de biens à un prix très bas ou des emprunts à des taux exorbitants, etc.

Sensibiliser la population à accorder une importance à la création d'emplois:

- mettre en place des mécanismes de sensibilisation de la population surtout du milieu rural à reconnaître le rôle du travail dans la réduction de leur pauvreté et vulnérabilité;
- organiser régulièrement des compétitions dans la campagne dans le but de mobiliser la population à bien s'acquitter au travail;
- inciter la population à la diversification des activités génératrices de revenus en plus de l'agriculture traditionnelle.

Contribuer au développement socio économique durable axé sur la promotion du milieu rural:

- promouvoir l'éclosion de pôles de développement dans le monde rural, notamment en adoptant des mesures de fiscalité incitative dans les centres de négoce existants ou à créer;
- procéder à l'amélioration non seulement de la qualité nutritionnelle mais aussi de la rationalisation de la production agricole;
- promouvoir l'accès aux crédits et à d'autres mécanismes financiers viables pour appuyer les activités de production en milieu rural;
- créer et renforcer les fonds d'investissement social (fonds de garantie aux associations des personnes vulnérables, fonds d'assistance sociale, fonds de subvention à la production, fonds de création de l'emploi).

Programme n°5. Promouvoir l'équité et la justice sociale par l'intégration socio-économique et l'égalité des chances pour tous face aux opportunités de développement

En vue de réaliser ce programme, les stratégies ci-après sont proposées:

Mettre en place des mécanismes d'intégration des personnes démunies et vulnérables au processus de développement socio-économique:

- promouvoir l'éducation spéciale pour les handicapés;
- intensifier l'alphabétisation fonctionnelle des adultes, plus particulièrement des femmes (alphabétisation, nutrition, agriculture moderne et autres techniques pratiques répondant aux problèmes de la vie quotidienne);
- mettre en place des mécanismes susceptibles de favoriser l'intégration effective dans le processus de développement socio-économique du pays des groupes vulnérables (orphelins, veuves, handicapés, personnes âgées).

Créer des conditions favorables à une pleine participation des femmes et des hommes au processus de développement:

- modifier les lois nationales en ce qu'elles ont de dispositions discriminatoires et adopter celles qui n'existent pas encore mais qui auraient le mérite de promouvoir le statut socio économique de la femme (lois sur les successions, les régimes matrimoniaux et les libéralités).

Améliorer le statut social de la femme rurale en initiant des activités qui l'encouragent à participer à la prise des décisions au niveau familial, communautaire et promouvoir son rôle dans tous les programmes de développement:

- améliorer la protection sociale des femmes veuves;
- encadrer les associations femmes rurales et les aider les femmes à s'organiser en groupements de production;
- mettre en place des mécanismes favorisant l'intégration des femmes rurales dans tous les organes de décision existant dans la communauté.

B. Secteur structuré

En ce qui concerne le secteur structuré, il existe des organismes opérationnels qui gèrent des systèmes de protection sociale, en particulier INSS, pour le secteur privé, et la MFP,

pour la secteur public (l'assurance maladie) qui devraient être audités sur les plans organisationnel et financier, afin d'examiner dans quelle mesure, ils pourraient assumer efficacement la gestion d'autres programmes de protection sociale à mettre en place. Leur expérience est particulièrement intéressante dans les cas de la mise en place d'autres systèmes de protection sociale dont les études sont achevées depuis quelques temps, comme le régime des pensions et des risques professionnels (ONPR), ainsi que le régime de l'Assurance-maladie du secteur privé. Des réformes pourraient les habiliter à jouer un rôle plus déterminant dans le nouveau contexte.

Dans cette perspective, les considérations qui suivent, en termes de programmes à mettre en place, porteront uniquement sur le système que sur les structures à mettre en place.

Programme n°1. Mise en place d'un système d'assurance maladie pour le secteur privé structuré

Le secteur privé structuré n'a pas de système d'assurance maladie propre à lui. Le code du Travail prescrit la prise en charge directe des soins de santé par les employeurs. Il s'agit des paiements directs des factures auprès des prestataires. Depuis 1993, sur demande de AEB, le Gouvernement a initié des études de faisabilité en vue de la création d'un régime d'assurance maladie pour le secteur privé structuré. Le système d'assurance maladie préconisé s'inspire de celui du secteur public. Récemment en 2005, l'étude de 1993, dont les conclusions n'ont pas encore été mises en application a été réactualisée. Un atelier de validation des conclusions aussi actualisées a été organisé le 13 mars 2006.

Des options indicatives ont été formulées de manière consensuelle sur les questions suivantes:

- la nature de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie du secteur privé structuré;
- les voies et moyens de mettre sur pied cet organisme;
- l'appropriation de cet organisme par les partenaires sociaux.

Les recommandations issues de cet atelier demandaient au Gouvernement de:

- créer, le plus rapidement possible, l'organisme gestionnaire de ce régime d'assurance maladie du secteur privé structuré;
- mettre sur pied une commission technique chargée d'étudier la question de savoir s'il s'agirait d'un organisme autonome, ou rattaché à l'INSS, ou à la MFP;
- améliorer la législation et la réglementation relative à ce projet de création de l'assurance maladie du secteur privé;
- faire une dotation budgétaire à l'organisme gestionnaire comme prévu dans la loi du 29 février 2000 portant création d'un régime d'assurance maladie pour le secteur privé structuré;
- intéresser les bailleurs de fonds au soutien du démarrage et au développement de l'organisme gestionnaire en question.

Eu égard au retard mis dans la mise en place des recommandations de cette étude, les paramètres socio-économiques ayant évolué entre-temps, cette étude devrait être mise à jour.

Corollaire du Programme n° 1. Etude et mise en place d'un système d'assurance maladie pour les indépendants et les professions libérales

Il existe une catégorie relativement importante de personnes qui exercent des activités, à titre personnel, en association ou sous d'autres formes juridiques, en plus des professions libérales, qui n'ont pas de système de protection sociale.

Il est urgent de les sensibiliser et de leur proposer une couverture de protection sociale.

- un régime des pensions (vieillesse, invalidité, décès) dont les prestations seront calculées sur les rémunérations brutes avec un taux de cotisation proche de celui en vigueur à la MFP et calculé sur la masse salariale brute.

Réglementer les assurances complémentaires gérés par les sociétés privées

Avant de définir le champ de l'assurance complémentaire ouvert à l'assurance commerciale, l'état définira clairement le domaine de la protection de base obligatoire qui relève de sa responsabilité régalienne. Constatant que les régimes publics de sécurité sociale n'offrent qu'une protection de base limitée au niveau des prestations servies en pension et en maladie, les assurances privées ont opté de compléter cette protection sociale par une large gamme de produits de nature à apporter un complément substantiel de prestations en cas d'accidents ou de maladies, en cas de retraite, etc. A titre d'illustration, les sociétés d'assurance privées mettent à la disposition du public les produits d'assurances vie suivants:

- assurance accidents (individuelle ou collective);
- assurance globale protection des employés (décès naturel et invalidité);
- assurance pension complémentaire facultative;
- assurance maladie;
- frais funéraires;
- garantie maladies graves;
- maladies pendant le voyage;
- assurance éducation.

Une grande partie de l'opinion, dans le pays, soutient de telles initiatives, et souhaiterait qu'elles se développent aussi bien dans le secteur structuré que dans le secteur informel et le secteur rural.

Le Gouvernement est également d'avis qu'il faut encourager la contribution offerte en matière d'assurance par le secteur privé, mais, en tant que garant de la sécurité et du bien-être général des populations, il pourrait envisager d'ajuster un certain nombre de dispositifs, et notamment:

- réviser la loi n°1/012 du 29 novembre 2002 portant réglementation de l'exercice de l'activité d'assurances, qui régit actuellement le secteur des assurances privées intervenant dans la gestion des produits de sécurité sociale;
- clarifier les rôles respectifs de l'Agence de régulation et de contrôle des assurances placé sous la tutelle du Ministère des Finances et de la Direction Générale de la

protection sociale placée sous la tutelle du Ministère ayant la sécurité sociale dans ses attributions;

- rendre réellement opérationnels ces deux organes de régulation et de contrôle des assurances commerciales et sociales, qui ont un pouvoir de décision en dernier ressort (régulation des tarifs, normes prudentielles de gestion financière, compensation financière des risques de tiers responsable et vulgarisation des types de contrats proposés, etc.);
- concession d'avantages fiscaux notamment par une défiscalisation des primes payées en pension et en maladie jusqu'à un certain pourcentage du salaire de base pour les travailleurs salariés, et du chiffre d'affaires déclarés au fisc pour les travailleurs du secteur informel.

Programme n°2. Création d'un régime de pension complémentaire

La réalisation de ce programme permettra de résoudre progressivement le grand problème actuel de taux de remplacement très faible des pensions servies aux travailleurs de la catégorie des cadres du secteur parapublic et privé assurés à l'INSS.

Dans les perspectives de trouver une solution équitable à tous les travailleurs, le Gouvernement a le devoir d'encourager les employeurs affiliés à l'INSS et leurs travailleurs à faire des efforts en vue de mettre en place des régimes complémentaires afin que, dans le domaine des pensions en particulier, le niveau des ressources du retraité puisse être le reflet de ce qu'a été sa vie active.

Au niveau légal, cette opération pourrait se faire dans le cadre général de la réforme des textes de loi relatifs à la protection sociale.

Programme n°3. Création d'un régime d'assurance maternité et indemnités de maladie en faveur des travailleurs du secteur structuré

La mise en place de ces deux nouvelles branches d'assurance sociale prévues par la convention n°102 de l'OIT sur la norme minimum de la sécurité sociale, pourra se faire en deux étapes. D'après les souhaits exprimés par les intervenants dans le domaine de la sécurité sociale, la création de la branche d'assurance indemnité de maternité viendrait en premier lieu, tandis que la branche d'assurance indemnités de maladie serait envisagée en deuxième lieu, mais dans le long terme. Toutes les deux branches d'assurance couvriraient les travailleurs du secteur structuré.

Il est proposé de procéder par les étapes ci-après en vue de la mise en place de chacune de ces nouvelles branches d'assurance:

- mener des études de faisabilité nécessaires;
- mettre en place le cadre législatif et réglementaire y relatif.

Compte tenu des infrastructures existantes, il serait logiquement plus indiqué de créer la branche d'assurance indemnité de maternité et celle d'indemnités de maladie au sein de l'INSS pour les entreprises y affiliées; pour les fonctionnaires et magistrats, la couverture de ces risques pourrait être confiée à l'ONPR. Mais au cas où la MFP parviendrait à étendre son régime d'assurance maladie à tout le secteur structuré, elle aura mis en place toutes les infrastructures voulues pour s'occuper de la gestion de ces deux nouvelles branches d'assurance.

Programme n°4. Mise en place d'un système d'assurance chômage en faveur des travailleurs du secteur structuré qui perdent temporairement un emploi rémunéré

Le problème du chômage et du sous-emploi est un phénomène mondial qui préoccupe tous les pays, quel que soit leur niveau de développement. Les pays du monde industrialisé, face à ce risque social majeur, se sont déjà dotés depuis très longtemps des régimes de protection contre le chômage, mais avec des caractéristiques très variables suivant les pays. En Afrique, peu de pays ont déjà mis en place des régimes de ce genre, en raison de plusieurs difficultés, telles que:

- l'absence de politiques de l'emploi claires et dynamiques;
- la faiblesse des secteurs de production économique et industrielle pouvant assurer un niveau satisfaisant de création d'emplois;
- l'apparition d'un chômage massif et persistant à la suite de la mise en route des programmes d'ajustement structurel;
- l'inadéquation formation-emploi.

Des pays comme l'Algérie, l'Égypte, l'Afrique du Sud, etc., ont déjà des expériences de régimes d'assurance chômage en faveur des travailleurs qui perdent leur emploi ou qui sont disponibles pour travailler mais incapables de trouver un emploi. Au Burundi, il n'existe pas encore de dispositif d'assurance chômage en faveur des personnes à la recherche d'un emploi ou disponibles pour travailler mais incapables de trouver un emploi. De même, des statistiques fiables manquent dans le pays pour évaluer correctement l'ampleur du chômage et du sous-emploi. Il serait par conséquent intéressant de mener des études y relatives afin d'élaborer un dispositif approprié au pays, en commençant par la protection des travailleurs du secteur structuré avant de l'étendre plus tard à l'économie informelle.

Le Code du Travail renferme des dispositions qui ont trait à la nature et à la durée du contrat de travail, la perte d'emploi involontaire et pour raison économique, qui pourraient être réaménagées dans le cadre de la mise en place d'un système de protection sociale plus solide.

Les instruments les plus récents adoptés dans le cadre de l'OIT sont la convention n°168 et la recommandation n°176 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage. Les éventualités couvertes par la convention comprennent le chômage complet défini comme «la perte de gain due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable pour une personne capable de travailler, disponible pour le travail et effectivement en quête d'emploi». Les Etats Membres doivent s'efforcer d'étendre la protection de la convention n°168 à deux autres éventualités:

- la perte de gain due au chômage partiel (travail de courte durée);
- la suspension ou la réduction du gain due à une suspension temporaire de travail, ainsi que dans le cas des travailleurs à temps partiel qui sont effectivement en quête d'un emploi à plein temps.

Programme n°5. Mise en place d'un fonds de solidarité nationale

Dans plusieurs pays du monde, il est mis en place des fonds de solidarité nationale qui interviennent dans des cas de catastrophes naturelles (tremblement de terre, inondation, sécheresse, etc.) ou de calamités naturelles (maladies très contagieuses, criquets, etc.) ou d'une guerre, pour prendre ces quelques exemples.

Ce sont des cas qui dépassent les responsabilités des systèmes d'assurances sociales. Et même si certains cas tomberaient sous leurs responsabilités, elles les mettraient en difficultés financières graves ou en faillite.

Ces fonds sont généralement prévus dans les lois budgétaires ou dans des situations exceptionnelles, à l'occasion desquelles le Gouvernement peut faire appel à des contributions.

Dans ce cadre de la politique nationale de protection sociale, c'est ce fonds qui couvrira les dépenses en protection sociale des groupes vulnérables qui ne pourront pas payer les cotisations aux systèmes, ainsi que les secours en cas de catastrophes.

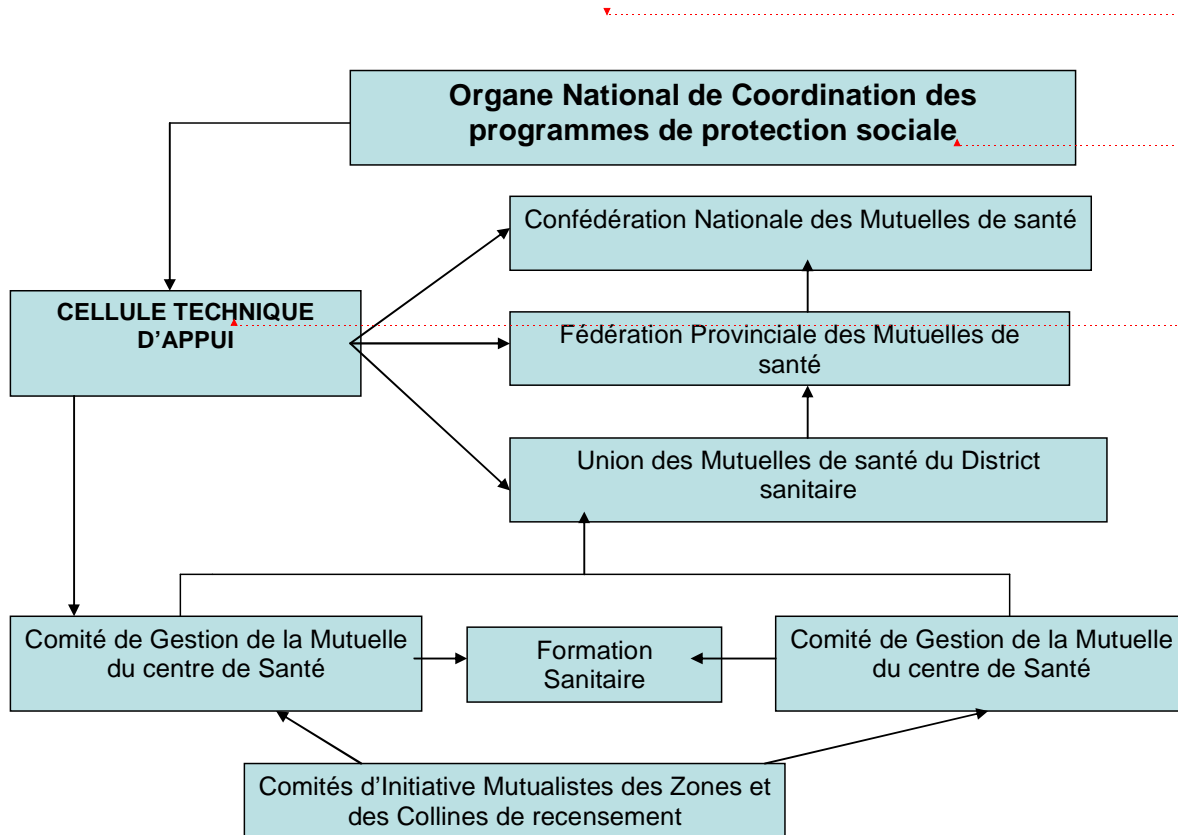
Annexe II

Titre du Projet: Formulation d'un Programme d'appui au développement des mutuelles de santé

Résultats attendus	Cibles par année	Activités	Ressources
Résultat 1.1 Document d'études diagnostiques sur le développement des mutuelles de santé	Année I (4 mois) Documents sur le développement des mutuelles de santé disponibles	1.1.1. Rédiger les TDR des consultants 1.1.2. Réaliser les études diagnostiques 1.1.3. Organiser des ateliers régionaux dans les 4 régions de regroupement (Nord, Sud, Centre Est, Ouest) 1.1.4. Organiser un atelier national	- Consultants nationaux et un consultant international (BIT) - Fournitures de bureau - Enquêteurs principaux - Financement de l'atelier
Résultat 1.2 Cadre institutionnel au développement des mutuelles de santé conçu et adopté	Année I (1 mois): Un projet d'organigramme du cadre institutionnel élaboré et soumis au Ministère de la FPTSS	1.2.1. Préparer les TDR pour la proposition du cadre institutionnel 1.2.2. Elaborer l'organigramme en précisant les niveaux de responsabilité et les liens hiérarchiques et fonctionnels 1.2.3. Rédiger le cahier des charges des différents postes de travail 1.2.4. Faire adopter les textes par le Gouvernement.	- Consultants nationaux - Fournitures
Résultat 1.3: Un programme National de soutien au développement des mutuelles de santé ainsi que sa vulgarisation	Année I (4 mois) Un document de programme, un Plan d'action national et plans provinciaux de développement des mutuelles de santé adoptés	1.3.1. Rédiger le document de programme et le plan d'action national et plans provinciaux de développement des Mutuelles de santé (voir activités 1.1.2. et 1.1.3.). 1.3.2. Faire adopter ces plans par les différents partenaires concernés. 1.3.3. Elaborer un manuel de procédures pour le développement des mutuelles de santé 1.3.4. Faire valider le Manuel par les différents partenaires au projet 1.3.5. Multiplier et remettre des copies du Manuel à la disposition des différents partenaires au projet	- Consultants nationaux - Fournitures - Membres du comité de pilotage et de suivi - Fournitures
Résultat 1.4 Un comité de pilotage et de suivi du projet fonctionnel	Année I (3 mois) Un comité de pilotage doté de moyens d'action	1.4.1. Mettre en place un comité de pilotage et de suivi 1.4.2. Elaborer et adopter le plan de travail du comité 1.4.3. Mettre en place les outils de suivi/évaluation 1.4.4. Assurer le bon fonctionnement des activités du projet 1.4.5. Veiller à faire valider et adopter les différents documents élaborés 1.4.6. Rédiger des rapports périodiques pour information des différents partenaires au projet	- Membres du comité suffisamment actifs - Fournitures et appuis divers au comité - Formation et perfectionnement des cadres et membres de ce comité
Résultat 1.5 Un Conseil National des mutuelles de santé	Année I (5 mois) Un Conseil national des mutuelles de santé opérationnel	1.5.1. Mettre en place le Conseil national des mutuelles de santé 1.5.2. Proposer la composition de ce Conseil 1.5.3. Organiser la périodicité des réunions de ce Conseil 1.5.4. Assurer le suivi des recommandations de ce Conseil par le Comité de pilotage	- Membres du Conseil national des mutuelles de santé - Financement des réunions trimestrielles de ce Conseil

Annexe III

Structure organisationnelle des mutuelles de santé au Burundi



Annexe IV

Résumé des conclusions opérationnelles de la mission d'appui du BIT à la validation du document de politique nationale de protection social Bujumbura, 08-17 avril 2010

Par lettre du 30 juillet 2008, au nom de la République du Burundi, Madame la Ministre de la Fonction publique, du Travail et la Sécurité sociale a sollicité le Bureau International du Travail pour une assistance technique dans le processus de définition d'une politique nationale de protection sociale, que le Gouvernement souhaite mettre en place. Cette requête s'inscrit dans la suite logique d'une mission du BIT qui s'est rendue au Burundi en mars 2006 dont l'une des recommandations de base est notamment l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale en vue de donner le maximum de cohérence aux programmes et aux initiatives de toutes origines dans le domaine de la protection sociale.¹⁰

En réponse à cette requête, le BIT a lancé un processus d'élaboration d'une étude des éléments de base pour la mise en place d'une politique nationale de protection sociale au Burundi. L'atelier de lancement du processus a eu lieu à Bujumbura le 28 novembre 2008, et à cette occasion, les travaux destinés à produire le projet de document de la PNPS ont été confiés à une équipe de consultants. Sur base des travaux des consultants, le BIT a préparé un document préliminaire, transmis au Gouvernement du Burundi au début du mois de novembre 2009. C'est ce document qui a fait l'objet de l'atelier de validation qui s'est tenu à Bujumbura à l'Hôtel Club du Lac Tanganyika, du 12 au 16 avril 2010.¹¹

Parmi les principales questions sur lesquelles les participants ont échangé durant les sessions de travail, il y avait celle portant sur le droit à la protection sociale. En effet la protection sociale est un droit constitutionnel reconnu à chaque citoyen selon plusieurs dispositions de la Constitution du Burundi, mais un droit dont ne bénéficient qu'un petit nombre de privilégiés. De plus, comme les niveaux de scolarisation de la population adulte du pays restent très bas, l'organisation de la revendication de ce droit s'avère être un exercice de longue haleine. Un autre point de discussion sur lequel les participants se sont penchés est de voir comment mettre en œuvre des mécanismes de financement de la protection sociale de la santé qui ne soient pas trop dépendants de l'aide internationale. Sur la question de la gouvernance des institutions de sécurité sociale existantes, les participants ont observé que l'Etat interfère encore excessivement dans la gestion directe de ces institutions, et ont souhaité que le rôle de l'Etat soit redéfini de manière à être essentiellement centré sur la supervision, la régulation et la tutelle des institutions dans le but de protéger les intérêts des assurés. Sur le point relatif à la mise en œuvre d'un socle de protection sociale, il a été relevé qu'au Burundi certaines composantes de ce socle connaissent déjà un début de mise en œuvre, si l'on en juge par les décisions prises par le Gouvernement pour introduire la gratuité de l'éducation de base et celle des soins de santé pour différentes catégories de personnes vulnérables, les indemnités de logement pour les travailleurs salariés des secteurs public et privé, les facilités d'accès au crédit-logement, les programmes de distribution de l'eau potable. Mais ces mesures ont été prises au fil du temps. Elles ont besoin d'une plus grande cohérence pour produire le maximum d'effets.

¹⁰ M. Toudjida N. Andemel, Directeur, BIT Kinshasa; M. Tharcisse Nkanagu, SEC/SOC, BIT Genève; M. Theopiste Butare, BIT, Yaoundé; M. Bernard André, BIT Kinshasa; M. Roger Nkambu, BIT Kinshasa.

¹¹ Le projet de document de politique nationale de protection sociale consensuel qui a été adopté par l'équipe technique constitue la première partie de ce document.

-
- Sur la question de la spécialisation des institutions de sécurité sociale existantes, en vue de l'extension de leur champs d'application matérielle et personnelle, il a été suggéré que les décideurs politiques clarifient le choix entre une spécialisation par secteur – par exemple que l'INSS étende la gamme de risques couverts tout en restant une institution couvrant uniquement les travailleurs du secteur privé, et que la MFP fasse de même pour le secteur public -, et une spécialisation par type de prestations – par exemple l'INSS couvre les risques pensions et risques professionnels pour tous les secteurs, et la MFP se développe pour couvrir les autres risques, pour tous les secteurs-. Ces exemples n'excluent toutefois pas le développement ou le renforcement d'autres institutions de protection sociale, dont les missions seraient à préciser en fonction du type de spécialisation établie.
 - Le projet d'assurance maladie universelle promu par des groupes privés auprès du Gouvernement a aussi fait l'objet d'un long échange durant la discussion, la principale question étant de savoir si et comment une démarche de mise en cohérence entre ce projet et le document de PNPS présenté par le BIT allait être faite. La mission du BIT a informé les membres de la Commission Technique qu'elle n'avait pas encore reçu de document relatif à ce projet, et que pour ce qui concernait le document de la PNPS, le BIT allait faire en sorte que la proposition à transmettre au Gouvernement vise essentiellement à fournir un cadre, des principes, et des façons d'adresser les besoins. Dès que cette politique serait adoptée, le Gouvernement et les partenaires sociaux auraient alors à s'entendre sur quels projets concrets travailler en priorité, pour la mise en œuvre.

Lancement des travaux de validation par le 1^{er} Vice-président de la République

- ▶ Les travaux de la journée de validation ont été rehaussés par la présence du 1er vice Président de la République.
- ▶ Le début de travaux a été marqué par trois allocutions prononcées respectivement par le représentant de l'OIT, M. Andemel, la Ministre de la Fonction publique, du travail et de la sécurité sociale et par le 1er vice-Président de la République. Celui-ci a rappelé l'engagement ferme pris par le Gouvernement du Burundi pour définir la politique nationale du pays qui en a le plus grand besoin en vue de se donner un cadre de cohérence de sa politique de protection sociale. Il a remercié le BIT pour ses appuis variés et hautement appréciés dans ses domaines de compétence. Il a également remercié la Commission Technique pour ses contributions pertinentes à l'avancement du dossier de la PNPS.
- ▶ Une présentation de l'économie du document approuvé la veille par la Commission Technique, a été présentée par la mission du BIT aux participants présents, avant que Son Excellence Monsieur le Premier Vice-président de la République ne prononce son discours d'ouverture.
- ▶ La restitution générale a suivi immédiatement le lancement officiel des travaux. Elle s'est appuyée sur le document synthétique adopté par la Commission Technique la veille au soir, à la fin des délibérations.
- ▶ Cette journée de restitution, qui a bénéficié d'une participation plus large que les sessions des jours précédents, visait à recueillir des observations additionnelles, de la part de partenaires au développement, des membres du Gouvernement et d'organisations de travailleurs et d'employeurs, ainsi que des représentants de divers organismes et associations. Cette journée avait aussi pour objectif que les partenaires sociaux, ainsi que les principaux partenaires au développement, puissent s'approprier

le projet de document de la PNPS afin qu'ils puissent être en mesure de bien jouer leur rôle, chacun en ce qui le concerne, le moment venu.

- ▶ Les discussions qui ont suivi ont donné l'occasion aux participants d'exprimer quelques souhaits et recommandations en rapport avec le document de la PNPS qui venait de leur être communiqué.
- ▶ Intervenant pour marquer la fin des débats organisés dans le cadre de l'atelier, Madame la Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, qui a participé aux discussions, a pris la parole pour remercier tous les participants présents, de s'être mobilisés pour cette journée. Elle a réitéré ses remerciements au BIT pour sa démarche, qui s'appuie sur le développement d'une économie solidaire allant de paire avec une protection sociale accessible à toute la population. Rappelant que la protection sociale était un domaine sur lequel différents ministères allaient devoir coopérer, elle a promis que son Ministère maintiendra son engagement de développer, accompagner et appuyer le processus de la PNPS, et renforcera la coopération avec tous les partenaires.
- ▶ Lors des cérémonies de clôture, une synthèse des travaux de l'atelier a été présentée par le modérateur. Ensuite une allocution de remerciements a été prononcée par un représentant des participants, suivi par une brève allocution du Directeur de l'OIT/Kinshasa, et par le discours de clôture de l'atelier, prononcé par le Directeur Général de la Protections Sociale.

Principales conclusions et recommandations

- A la fin de l'atelier, les représentants du Gouvernement et les partenaires sociaux ont abouti à un consensus sur les principes et les recommandations qui suivent, et ce, en présence de la mission du BIT:
 - ▶ l'urgence que le Ministère en charge de la protection sociale entreprenne la procédure institutionnelle requise aux fins de faire adopter le projet de PNPS adopté par les instances habilitées;
 - ▶ la mise en place des différents programmes retenus par le Gouvernement devrait obéir au principe de la progressivité dans leur mise en place afin d'assurer leur durabilité;
 - ▶ la mise en place prioritaire et cohérente des éléments du Socle de protection sociale, en tant que droits fondamentaux des citoyens, et la prise en compte des éléments du Socle de protection sociale lors de la prochaine révision du CSLP;
 - ▶ la mise en place des programmes d'extension de la protection sociale retenus devrait capitaliser sur les structures existantes, en les consolidant et en leur offrant un cadre de cohérence et les appuis nécessaires à leur expansion, notamment la formation des cadres, la promotion à travers des plans de communication, la mise en place des normes de gestion et bien d'autres services nécessaires;
 - ▶ la mise en place des stratégies permettant une large participation des communautés, au stade de la mise en œuvre, et capitalisant sur leurs expériences;
 - ▶ la promotion du droit des citoyens de bénéficier de la protection sociale et d'exiger une bonne qualité des prestations;

-
- ▶ la promotion de l'économie solidaire comme outil de valorisation des interdépendances positives entre la protection sociale et la croissance économique. Faciliter l'accès aux micro-crédits aux petits entrepreneurs sans garanties bancaires, afin de renforcer les capacités économiques de larges couches de la population;
 - ▶ l'amélioration des prestations existantes servies par l'INSS et la MFP, et le Ministère de la Solidarité nationale, et plus particulièrement celles en faveur des catégories de personnes vulnérables;
 - ▶ le paiement de ses dettes par l'Etat (arriérés de cotisations, prêts auprès de l'INSS et de la MFP, divers prêts garantis par l'Etat, divers engagements) ce qui permettrait d'assainir progressivement la situation financière et apporterait plus de visibilité aux potentialités d'extension des régimes gérés par ces institutions. L'assainissement des rapports financiers entre l'Etat et les institutions de sécurité sociale participent de la bonne gouvernance et de leur viabilité et durabilité;
 - ▶ la conception des stratégies de développement des systèmes contributifs pour toutes les catégories qui le peuvent, au fur et à mesure que les économies des ménages le permettront, en fonction du rythme de croissance de leurs revenus;
 - ▶ l'élaboration, pour les organismes de sécurité sociale, d'un statut juridique approprié.

- **Recommandations à l'endroit du BIT**

- ▶ Envisager la formulation d'un document d'appui à la mise en œuvre de la PNPS en vue de la mobilisation des ressources dès que le Gouvernement sollicitera l'assistance, après l'adoption de la PNPS;
- ▶ envisager de mener les études d'évaluation des performances et des coûts de la sécurité sociale (SPER) et Budget social, afin de donner plus de visibilité à la faisabilité des programmes qui seront proposés dans le cadre de la mise en œuvre de la PNPS.