

STRATEGIE DE LA PROTECTION SOCIALE

AU BURUNDI

JANVIER 2015

TABLE DES MATIERES

RESUME	4
SIGLES ET ABBREVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION	15
1.1 Cadre conceptuel de la protection sociale	15
1.2 Programmes de protection sociale.....	16
1.2.1 Programmes clés et programme complémentaires	16
1.2.1 Programmes contributifs et programmes non-contributifs.....	18
1.3 Dispositions constitutionnelles, cadre international et engagements politiques dans le domaine de la protection sociale au Burundi.....	19
CHAPITRE 2 : LA PAUVRETE ET LA VULNERABILITE AU BURUNDI	21
2.1 Mesure de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi.....	22
2.2 Les populations les plus démunies et vulnérables	24
CHAPITRE 3. LA SITUATION ACTUELLE – INTERVENTIONS ET INSTITUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE.....	28
3.1 Attributions, rôles et arrangements institutionnels.....	28
3.1.1 Organes de coordination gouvernementale.....	28
3.1.2 La mise en œuvre des programmes de la protection sociale.....	29
3.1.3 Rôles des partenaires techniques et financiers (PTF) et des ONG.....	31
3.2 Programmes actuels.....	32
3.2.1 Programmes contributifs	32
3.2.2 Programmes non contributifs	38
3.3 Synthèse des forces et faiblesses principales des interventions et des institutions de la protection sociale	47
CHAPITRE 4 : PRIORITES STRATEGIQUES DE LA PROTECTION SOCIALE AU BURUNDI	50
4.1 Objectifs stratégiques	50
4.2 Transformer les objectifs en actions	53
4.3 Le Cadre institutionnel	54
4.4 Le Cadre de programmation	56

CHAPITRE 5. LA PROGRAMMATION.....	63
5.1 A) Les programmes non contributifs (assistance sociale)	63
5.2 B) Les programmes contributifs	69
CHAPITRE 6 : LA PROTECTION SOCIALE EN SANTE	71
6.1 Progrès et difficultés dans l'accès aux soins.....	71
6.2 La programmation dans le domaine de la protection sociale en santé	73
CHAPITRE 7 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE	77
CHAPITRE 8 : CADRE LOGIQUE ET PLAN D'ACTION	86
CHAPITRE 9 : ESTIMATIONS DES COUTS ET OPTIONS DE FINANCEMENT DE LA STRATEGIE	95
9.1. Coûts de la stratégie.....	95
9.1.1 Coûts des transferts monétaires.....	96
9.1.2 Coûts des Travaux Publics.....	99
9.2 Options de financement de la stratégie.....	101
9.2.1 Situation macroéconomique générale au Burundi	101
9.2.2 Dépenses en protection sociale non contributive	102
9.2.3 Les expérience internationales de création d'un espace budgétaire pour la protection sociale et les options pour le Burundi.....	105
ANNEXE 1 : ATTRIBUTIONS DES DIFFERENTS MINISTERES.....	109
ANNEXE 2 : TABLEAUX ET GRAPHIQUES	115

RESUME

La protection sociale peut être définie comme un ensemble de mesures publiques ou privées qui visent à réduire la pauvreté et les vulnérabilités économiques et sociales. Cet ensemble de mesures concourt à assurer à la population une sécurité minimale du revenu, à faciliter l'accès aux services de base et à aider les ménages à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés. De plus en plus les pays en Afrique découvrent la nécessité de mettre en place des politiques et des cadres institutionnels pour répondre aux besoins de protection sociale de leurs populations.

Au Burundi, des programmes contributifs de sécurité sociale existent depuis plusieurs décennies. Ils ne couvrent cependant qu'une partie extrêmement limitée de la population, due à la faible capacité contributive de la plupart des ménages. **Au cours des dernières années, le Burundi a réalisé des progrès significatifs dans le développement d'une approche plus complète de protection sociale.** Ces progrès ont notamment été marqués par :

- L'adoption, en 2011 de la **Politique Nationale de Protection Sociale** (PNPS).
- La mise en place d'un cadre institutionnel : une **Commission nationale de protection sociale** intersectorielle (CNPS), présidée par le Président de la République, avec des comités aux niveaux national, provincial et communal et un Secrétariat exécutif permanent (SEP).
- L'adoption en 2006 de la **gratuité** des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, ainsi que pour la scolarisation primaire. Ces mesures ont permis d'impressionnants progrès en termes d'accès aux services de base.

Malgré ces progrès notables, le pays doit encore faire face à des brèches de développement humain qui peuvent compromettre son développement économique:

- **Pauvreté monétaire (consommation¹):** au Burundi, environ 60% de la population n'est pas en mesure de couvrir ses besoins fondamentaux (PMS 2012/13²). L'insécurité alimentaire des ménages atteint chaque année un pic de 40 à 60 % des ménages en avril et octobre au moment de la période de soudure³.
- **Privations multi-dimensionnelles :** Le Burundi est 180ème sur 187 pays selon l'indice du développement humain⁴. La malnutrition chronique des enfants, ou retard de croissance, concerne 58% des enfants de moins de 5 ans (EDS, 2010) - le taux le plus élevé au monde après l'Afghanistan. La malnutrition chronique mine tant le développement humain des individus que le développement économique du pays.

¹ La pauvreté en termes de consommation se traduit par des dépenses inférieures au montant théorique permettant d'assurer une alimentation adéquate et les biens essentiels aux membres du ménage. La pauvreté de consommation est fortement corrélée à l'insécurité alimentaire, l'impossibilité pour le ménage de se procurer de la nourriture en quantité et qualité suffisantes pour couvrir les besoins alimentaires de ses membres.

² Enquête des ménages sur le paquet minimum de santé.

³ PAM, 2012, Analyse des données secondaires de la sécurité alimentaire, vulnérabilité et nutrition au Burundi.

⁴ L'indice de développement humain, publié par le PNUD, combine des indicateurs relatifs à l'espérance de vie, à la scolarisation et au revenu par habitant.

- Inégalités régionales: Les niveaux de privations sont beaucoup plus élevés en milieu rural et dans les régions du Centre-Est et du Nord du pays, qui concentrent 81% de la population du quintile (les 20%) le plus pauvre (PMS 2012/13). La vulnérabilité aux crises alimentaires (IPC 2012) tend à se concentrer dans les communes de la frontière Est et de la région Nord.
- Vulnérabilité : au Burundi, de nombreux ménages encourent un risque élevé de subir des privations à la suite d'un choc (sécheresse, inondations, maladies phytosanitaires, maladie, conflit). Le manque de biens et de capital humain rend certains ménages particulièrement susceptibles de tomber dans le dénuement en cas de survenue d'un choc.

Au niveau des programmes de protection sociale, certains instruments sont absents, d'autres sont appuyés par les bailleurs de fonds, mais il n'y a pas d'approche commune et cohérente, ni rien qui se rapproche d'un système de protection sociale. Les transferts monétaires qui ont prouvé leur impact dans des contextes similaires à celui du Burundi, sont notablement absents. Même si les bailleurs appuient de façon significative les programmes de travaux publics, le manque d'harmonisation des programmes risquent d'entraîner des lacunes et des chevauchements.

Les capacités de l'État burundais en matière de coordination, de suivi-évaluation et de mise en œuvre des programmes de protection sociale sont encore limitées. Les défis en termes de développement d'un système de protection sociale tiennent notamment :

- **Aux défaillances des ressources humaines à tous les niveaux.** Les connaissances spécialisées sur les principes de la protection sociale et sa mise en œuvre sont limitées, de même que les compétences transversales, par exemple en suivi-évaluation ;
- **A l'absence de structure de supervision des programmes.** Sans un format commun pour la collecte et l'analyse de données de base en vue du suivi et de l'évaluation des programmes, la CNPS/SEP ne peut pas remplir sa fonction de supervision ;
- **Au chevauchement des attributions entre les différents ministères dans le secteur social :** les mandats du ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale (MFPTSS) et du ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la Personne humaine et du Genre (MSNDPHG) se recoupent pour la conduite de la politique de protection sociale ; un chevauchement existe également entre les missions du MFPTSS et du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) dans le domaine de l'assurance-maladie. Une collaboration active entre les ministères sera donc nécessaire pour définir un partage des tâches efficace qui évite lacunes et double emplois dans les interventions.

À partir de l'analyse du contexte politique et de l'examen du profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi, **un consensus s'est dégagé sur trois objectifs stratégiques clés et un objectif transversal de la protection sociale :**

- 1) **Augmenter l'accès aux services sociaux de base en matière de santé, d'eau et d'assainissement, et d'éducation.**
- 2) **Assurer la sécurité alimentaire et une sécurité élémentaire de revenu :** pour ceux qui peuvent sortir de la pauvreté extrême d'une façon durable, aussi bien que pour ceux qui resteront vulnérables pour toute leur vie.

3) **Renforcer la gestion des risques (naturels et sociaux)** : le rôle de la protection sociale est de renforcer la résilience des populations vulnérables, c'est à dire leurs capacités à mieux gérer les risques auxquels elles sont confrontées, sans avoir recours aux adaptations néfastes.

❖ Objectif transversal : **Contribuer à une diminution de la malnutrition chronique des jeunes enfants.**

Trois principes-clés sous-tendent la mise en œuvre des objectifs stratégiques :

La protection sociale est pour tous, avec une attention particulière portée aux plus pauvres et aux plus vulnérables. Les priorités stratégiques s'appliquent à toute la population du Burundi sans distinction. Cependant, compte tenu de la situation du pays, les programmes de protection sociale doivent aider en priorité les **populations les plus démunies et les plus vulnérables**. Une des premières actions à mener dans le cadre de cette stratégie est donc le développement d'un système de ciblage/catégorisation.

La protection sociale est un agenda multi-sectoriel qui nécessite un partenariat. Le secteur de la protection sociale a pour but d'apporter la plus grande contribution possible aux objectifs stratégiques clés par deux types d'actions principales :

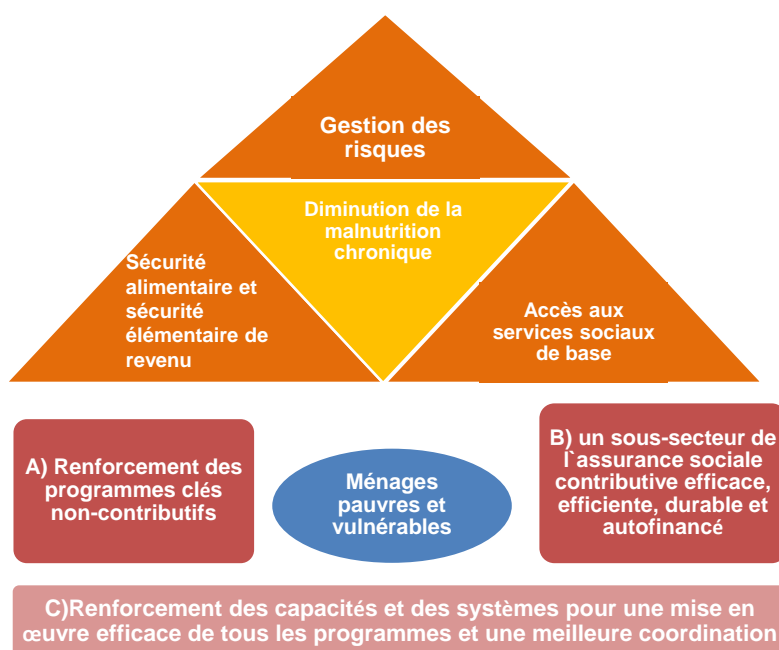
- La définition, l'élaboration et la mise en œuvre de **programmes clés** : La CNPS et ses comités seront responsables de la réussite ou non de ces interventions, à travers l'orientation, l'approbation des interventions, le suivi-évaluation et l'appui technique; pendant que plusieurs ministères, agences et ONG assureront leur mise en œuvre.
- La coordination avec tous les **programmes complémentaires** de la protection sociale, déjà compris dans les stratégies sectorielles, pour maximiser les impacts sur les groupes-cibles par l'inclusion des personnes pauvres ou vulnérables dans les programmes existants, l'adaptation de ces programmes aux besoins des plus pauvres, et la coordination à travers le ciblage et le registre commun.

La stratégie ne comptera pour rien sans des structures de mise en œuvre. La présente stratégie ne vise pas à établir une liste de programmes souhaitables qu'on envisagerait de mettre en œuvre dans un monde idéal : elle a plutôt pour ambition de présenter un plan ambitieux et réaliste. Partant du constat qu'il existe des engagements légaux et politiques en matière de protection sociale qui n'ont pas encore été traduits dans les faits, la stratégie souligne l'importance de renforcer les structures chargées de la mise en œuvre des politiques. Elle propose enfin une série de mesures financièrement abordables et un plan d'actions hiérarchisé et échelonné dans le temps.

L'approche proposée pour atteindre les trois objectifs stratégiques comprend trois volets :

- A) **Les programmes non contributifs** : le renforcement des programmes de transferts monétaires avec un accent sur la nutrition et le développement des jeunes enfants, de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre, et de soutien aux indigents pour permettre leur accès aux soins de santé.
- B) **Les programmes contributifs** : un sous-secteur de l'assurance sociale contributive de plus en plus efficace, efficient et durable, qui est autofinancé.
- C) **Le renforcement du système de protection sociale**: le renforcement du cadre normatif et institutionnel, des capacités humaines et des outils, pour une gestion et une coordination efficaces. Le développement d'un système de ciblage/catégorisation, la mise en place d'un registre commun, et l'élaboration d'un cadre de suivi-évaluation, d'un plan du renforcement des capacités et d'une stratégie de communication.

Figure 1 : Le cadre de programmation



En termes de feuille de route, les actions prioritaires dégagées sont:

- A) **Le renforcement des programmes clés non contributifs**(l'assistance sociale)

L'expérience de nombreux pays d'Afrique de l'Est et d'ailleurs montre que les transferts monétaires ont des impacts positifs importants au regard des trois objectifs stratégiques de

la protection sociale au Burundi. Ils améliorent la sécurité alimentaire et monétaire des ménages bénéficiaires, augmentent l'accès aux services sociaux de base et aident les ménages à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés⁵. Pour ces raisons, **le développement de nouveaux programmes publics de transferts monétaires constitue une action prioritaire.**

Les travaux publics, s'ils sont élaborés de manière à mettre en avant les objectifs de la protection sociale, peuvent également jouer un rôle important en ce qui concerne la promotion d'un revenu élémentaire. Il y a des financements substantiels disponibles pour ces programmes de la part de nombreux partenaires; ce qui présente une opportunité au secteur de la protection sociale. En collaborant avec d'autres secteurs, les acteurs de la protection sociale peuvent veiller à ce que ces programmes de travaux publics soient conçus de manière à maximiser leurs impacts sociaux (tout en tenant compte de leurs autres objectifs). Ainsi, le deuxième élément du volet A) concerne **le renforcement de l'efficacité et l'harmonisation des programmes de travaux publics.**

Augmenter l'accès aux services sociaux de base en matière de santé, d'eau et d'assainissement, et d'éducation est l'un des objectifs stratégiques clés du secteur. Même si plusieurs instruments de la protection sociale favorisent l'accès à ces services, le Gouvernement a trouvé nécessaire de mettre en place un programme spécial pour assurer l'accès aux soins de santé de base. C'est pour cette raison que le dernier élément de la composante A (action A4) consiste à veiller à ce que le système de financement de la santé **couvre les primes d'assurance et les contributions des ménages les plus pauvres.**

Les actions prioritaires sont alors :

- Action A1 : Développer de nouveaux programmes publics de **transferts monétaires**
- Action A2 : Définir **des lignes directrices** dans le **domaine des travaux publics** à travers un processus participatif en vue de son adoption par les partenaires et ministères concernés
- Action A3 : Concevoir et piloter de **nouveaux types de programmes de travaux publics**, centrés sur le secteur des services et sur les travaux d'entretien
- Action A4 : Renforcer **l'accès des « indigents » aux soins de santé**

B) Un sous-secteur de l'assurance sociale contributive de plus en plus efficace, efficient, durable, qui est autofinancé

Comme indiqué ci-dessus, les programmes contributifs de sécurité sociale et d'assurance maladie sont bien plus développés que les programmes non contributifs d'assistance

⁵Voir DFID (2011), *Cash Transfers Literature Review* and Haushofer, H. and Shapiro, J. (2013), Policy Brief: *Impacts of Unconditional Cash Transfers*

sociale. Cependant, il reste quelques lacunes et cette stratégie vise le renforcement du sous-secteur contributif. Un accent particulier sera mis sur les défis qui dépassent la responsabilité d'une seule institution, tels que : la mise à jour des textes légaux; les possibilités d'harmoniser les arrangements institutionnels des différents régimes, y compris aux niveaux décentralisés ; et la viabilité financière des programmes contributifs à long terme, afin qu'ils ne constituent pas une ponction sur les ressources disponibles à l'assistance sociale.

Les actions proposées sont les suivantes :

- Action B1: Réaliser des analyses **institutionnelles, organisationnelles et financières des structures de la sécurité sociale** (l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) et l'Office national des pensions et risques professionnels (ONPR)), et mettre en œuvre leurs recommandations
- Action B2: Explorer, grâce à une étude et un processus consultatif, **les modifications** (neutres en termes de coût) **aux régimes de sécurité sociale** susceptibles de mieux répondre aux souhaits des assurés
- Action B3 : **Renforcer les systèmes d'accès universel aux soins de santé de base**

C) **Le renforcement du système de protection sociale: (du cadre normatif et institutionnel, des capacités humaines et des outils)**

Compte tenu de l'identification de quelques défaillances institutionnelles, il est nécessaire d'entreprendre un audit **institutionnel, organisationnel et fonctionnel** du secteur, ce qui informera le développement d'une stratégie et d'un plan de renforcement des capacités.

Toutefois, certaines actions peuvent être commencées, sans attendre les conclusions de l'audit.

En premier lieu, il faudra que le secteur développe un système de ciblage/catégorisation afin de pouvoir cibler des ménages bénéficiaires des différents programmes de protection sociale. Le secteur a besoin également: d'un cadre commun de suivi-évaluation, pour que les organes de la CNPS puissent suivre les progrès des programmes et tirer des leçons de l'expérience ; d'un registre commun des bénéficiaires afin d'appuyer une programmation harmonisée aux niveaux décentralisés et d'éviter des lacunes et des chevauchements ; et d'une stratégie de communication afin de promouvoir une meilleure compréhension de la protection sociale.

Les actions clés sont alors :

- Action C1. Réaliser **un audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel** du secteur de la protection sociale
- Action C2. Sur la base de l'analyse, concevoir et mettre en œuvre une **stratégie de renforcement du système de protection sociale** (cadre normatif, structures, capacités et procédures)

- Action C3. Développer un **système de ciblage/catégorisation**
- Action C4. Mettre en place des **stratégies et des outils clés**, tels qu'un cadre de suivi et d'évaluation, un registre commun et une stratégie de communication

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ABUTIP	Agence burundaise pour la réalisation des travaux d'intérêt public
AEB	Association des employeurs du Burundi
BAD	Banque africaine de développement
BIT	Bureau international du travail
CNPS	Commission nationale de la protection sociale
CPE	Comité de la protection de l'enfant
CSU	Couverture santé universelle
CWB	<i>Concern Worldwide Burundi</i>
DIJE	Développement intégré du jeune enfant
EDS	Enquête démographique et de santé
FAPS	Fonds d'appui à la protection sociale
FBu	Franc burundais
FDN	Forces de la Défense nationale
FIDA	Fonds international pour de développement agricole
FMI	Fonds monétaire international
GT	Groupe thématique
HIMO	Haute intensité de main d'œuvre
INSS	Institut national de sécurité sociale
ISTEEBU	Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi
MEBS	Ministère de l'Enseignement de base et secondaire, de l'Enseignement des métiers, de la Formation professionnelle et de l'Alphabétisation
MSPLS	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité sociale
MSEPB	Mutuelle de santé des entreprises privées du Burundi

MSNDPHG	Ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la personne humaine et du Genre
MTTPE	Ministère des Transports, des Travaux publics et de l'Équipement
MAE	Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage
MFP	Mutuelle de la fonction publique
OIT	Organisation internationale du travail
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPR	Office nationale des pensions et risques professionnels
PAM	Programme alimentaire mondial
PMS	Enquête des ménages sur le paquet minimum de santé
PNB	Police nationale du Burundi
PNPS	Politique nationale de la protection sociale
PS	Protection sociale
PTF	Partenaire techniques et financiers
QUIBB	Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être
TDR	Termes de références
TM	Transferts monétaires
TP	Travaux publics
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

INTRODUCTION

1. La protection sociale peut être définie comme un ensemble de mesures publiques ou privées qui visent à réduire la pauvreté et les vulnérabilités économiques et sociales⁶. Cet ensemble de mesures concourt à assurer à la population une sécurité minimale en termes de revenu, à faciliter l'accès aux services de base et à aider les ménages à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés. De plus en plus, les pays d'Afrique découvrent la nécessité de mettre en place des politiques et des cadres institutionnels pour répondre aux besoins de protection sociale de leurs populations.

2. L'Union africaine a adopté en octobre 2008 le « cadre de politique sociale africaine » ; et le système des Nations unies a proposé en avril 2009 un « Socle de protection sociale ». Ce socle comprend des garanties élémentaires pour tous – une garantie de revenu essentiel et une garantie d'accès aux services sociaux de base ; et cette approche a été adoptée en juin 2012 comme recommandation par la Conférence internationale du travail, représentant les 183 États membres de l'Organisation internationale du travail (OIT), dont le Burundi.

3. Au cours de ces dernières années, le gouvernement du Burundi a réalisé des progrès significatifs dans le secteur de la protection sociale. Ces progrès sont surtout illustrés par l'adoption en avril 2011 de la Politique nationale de la protection sociale (PNPS) et ensuite par la mise en place du cadre institutionnel. La Commission nationale de la protection sociale (CNPS) et ses différents organes sont déjà mis en place, et le Secrétariat exécutif permanent en charge d'appuyer techniquement ces organes est opérationnel depuis le mois de janvier 2014.

4. Cependant, le secteur n'avait pas jusqu'à présent de stratégie indiquant comment la Politique nationale de protection sociale serait mise en œuvre. Se référant à une analyse actualisée du contexte de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi et sur une revue des programmes et du cadre institutionnel de protection sociale, cette stratégie définit un ensemble de mesures chiffrées et planifiées dans le temps destinées à tenir les engagements de protection sociale du Burundi. Elle a été élaborée à travers un processus participatif, qui a réuni les principaux acteurs de la protection sociale pour débattre des priorités et les définir dans une série d'ateliers⁷.

5. La volonté du gouvernement est d'assurer un niveau minimum de protection sociale pour tous les citoyens, conformément aux engagements constitutionnels. Il reconnaît néanmoins que ce sont les plus pauvres et les plus vulnérables qui, étant moins bien

⁶ *Note analytique sur le Secteur de la protection sociale*, 2013/14, ministère de la Fonction publique, du Travail et de Sécurité sociale.

⁷ Ces ateliers ont pris place à Bujumbura successivement les 9 et 17 Septembre 2014, le 11 Novembre et le 16 Décembre et ont réuni les membres du Comité Technique ainsi que différents PTF impliqués dans le secteur et des représentants du SEP aux niveaux provinciaux et communaux.

couverts par les dispositifs actuels de protection sociale, encourent les risques les plus graves. C'est pourquoi un rôle très important doit être accordé au développement et au renforcement des programmes d'assistance sociale non contributifs en faveur des plus pauvres et des plus vulnérables, comme les programmes de transferts monétaires, les travaux publics à haute intensité de main d'œuvre et les subventions ciblées aux «indigents» pour l'accès aux soins de santé.

6. Cela étant, le gouvernement reconnaît aussi l'importance d'améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes contributifs de protection sociale, afin que les citoyens qui ont des capacités contributives puissent gérer les risques auxquels ils sont confrontés et vivre décemment toute leur vie sans avoir recours à l'assistance sociale.

7. Il existe actuellement un grand intérêt au Burundi pour l'élaboration d'un système qui garantisse l'accès aux soins de santé essentiels pour tous, y compris les plus pauvres; et d'importants travaux sont en cours dans ce domaine, qui touchent aussi bien les secteurs de la santé et ceux de la protection sociale. Pour cette raison, un chapitre séparé est consacré au thème de la protection sociale de la santé.

8. La mise en œuvre efficace des programmes contributifs et non contributifs passe par le renforcement des capacités et des systèmes institutionnels nationaux ; cette stratégie présente donc aussi un plan d'actions prioritaires à mettre en œuvre pour la construction d'un cadre durable pour la protection sociale au Burundi.

9. La présente stratégie est structurée de la manière suivante :

Le chapitre 1 expose le cadre conceptuel de la protection sociale, ainsi que les dispositions constitutionnelles, les conventions internationales et les engagements politiques qui ont été pris dans ce domaine par le gouvernement du Burundi.

Le chapitre 2 décrit le contexte de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi.

Le chapitre 3 passe en revue les dispositifs de protection sociale existants et les évalue: les institutions burundaises, leurs attributions et les programmes actuels.

Le chapitre 4 présente les objectifs stratégiques de la protection sociale au Burundi et propose un cadre de programmation et un cadre institutionnel.

Le chapitre 5 expose les actions principales qui seront réalisées durant la période de cinq ans couverte par la stratégie pour différents programmes (à l'exception des actions relatives à l'accès à la santé qui sont traitées séparément au chapitre six).

Le chapitre 6 présente les mesures de protection sociale principales à prendre dans le domaine de l'accès à la santé (programmes contributifs et non contributifs).

Le chapitre 7 expose les actions principales à mettre en œuvre dans le domaine du renforcement des capacités et des systèmes administratifs.

Le chapitre 8 présente un cadre logique et un plan de travail, qui définissent les actions à entreprendre à court, moyen et long termes, et les résultats attendus pour chacune des mesures envisagées.

Le chapitre 9 évalue les coûts des mesures préconisées et explique comment la stratégie sera financée.

CHAPITRE 1: CONTEXTE ET JUSTIFICATION

10. Ce chapitre propose en premier lieu un cadre conceptuel de la protection sociale. Il rappelle ensuite les dispositions constitutionnelles applicables en ce domaine au Burundi, ainsi que les engagements politiques pris par le Gouvernement.

1.1 Cadre conceptuel de la protection sociale

11. Du point de vue conceptuel, la protection sociale se définit comme un système d'interventions visant la **protection**, la **prévention**, la **promotion** et la **transformation**⁸.

12. **La Protection** : les interventions de protection sociale protègent les plus pauvres des privations économiques et sociales, notamment de la faim et du manque d'accès aux services sociaux de base. La protection contre les privations est particulièrement importante à certaines étapes de la vie, notamment pendant la grossesse et dans la petite enfance, car les privations à ces moments clés peuvent en effet avoir des effets négatifs sur les capacités physiques et intellectuelles des individus tout au long de leur vie.

13. **La Prévention** : la protection sociale a aussi un rôle préventif. Elle prévient les privations qui, en son absence, résulteraient de certains chocs. Les transferts monétaires et les assurances peuvent jouer ce rôle de prévention. Lorsque des événements climatiques ou une maladie se traduisent par une baisse brutale de revenu, en l'absence de la protection sociale, les ménages pauvres ont parfois peu de choix et ils adoptent des comportements de survie qui peuvent avoir des effets négatifs à long terme (par exemple, ils réduisent leur consommation alimentaire, ou retirent leurs enfants de l'école). Des versements d'argent (provenant d'un système de transfert ou d'assurance) peuvent éviter à ces ménages de tomber dans ces adaptations néfastes, leur assurer la sécurité alimentaire et préserver leur capital humain.

14. **La Promotion** : en apportant un soutien au revenu et en facilitant l'accès à l'emploi, la protection sociale encourage l'accumulation du capital et l'acquisition de compétences, ce qui permet aux ménages pauvres de sortir définitivement de la pauvreté. Les transferts monétaires et l'assurance maladie peuvent aussi jouer ce rôle de promotion en permettant aux ménages d'investir dans la nutrition, la santé et l'éducation de leurs enfants, renforçant ainsi leur potentiel productif à long terme.

15. **La Transformation** : la protection sociale peut aussi jouer un rôle de transformation par l'autonomisation des personnes vulnérables ou marginalisées. Elle contribue à renforcer leur pouvoir d'action : par exemple, le fait de disposer d'un peu d'argent grâce aux transferts monétaires peut aider les personnes marginalisées à asseoir leur statut au sein de la famille ou de la communauté.

⁸ Devereux, S. and Sabates-Wheeler, R. (2004).

1.2 Programmes de protection sociale

1.2.1 Programmes clés et programme complémentaires

16. En pratique, la protection sociale peut être envisagée sous deux aspects, une dimension transversale et des programmes clés.

- **La dimension transversale/ les programmes complémentaires**

L'examen des quatre aspects de la protection sociale évoqués ci-dessus montre bien que de nombreuses interventions déjà comprises dans d'autres stratégies sectorielles, en particulier dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et du développement rural, sont susceptibles d'avoir des effets importants en matière de protection sociale. Dans ce cas, le rôle des acteurs de la protection sociale n'est pas de créer des programmes concurrents, mais plutôt de faciliter l'inclusion des personnes pauvres ou vulnérables dans les programmes existants et d'établir des liens entre les **programmes clés** de la protection sociale avec ces **interventions complémentaires** des autres secteurs.

- **Les programmes clés**

Les programmes « clés » propres au secteur de la protection sociale ne se trouvent dans aucune autre stratégie nationale du gouvernement. La Commission nationale de la protection sociale et ses comités seront responsables de la réussite ou non de ces programmes clés, à travers l'approbation des projets et du suivi et de l'évaluation de leur exécution. Cependant, leur mise en œuvre incombera à une série de ministères et d'organismes, comprenant :

- le ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la personne humaine et du Genre (MSNDPHG)
- le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale (MFPTSS)
- le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS)
- le ministère des Transports, des Travaux publics et de l'Équipement (MTTPE)
- le ministère de l'Agriculture et de l'Élevage (MAE)
- les organismes sous la tutelle de ces ministères (y compris l'Institut national de sécurité sociale (INSS) l'Office national des pensions et des risques professionnels (ONPR) et l'Agence burundaise pour la réalisation des travaux d'intérêt public (ABUTIP))
- les ONG travaillant en collaboration avec ces ministères et ces agences

17. Les programmes clés font l'objet d'une présentation détaillée, d'une planification et d'une analyse de coûts dans le cadre de cette stratégie. Ils incluent notamment les

programmes de **transferts monétaires**, de **travaux publics**, de la **sécurité sociale** contributive et de la **promotion d'accès aux soins de santé de base**.

1.2.1 Programmes contributifs et programmes non-contributifs

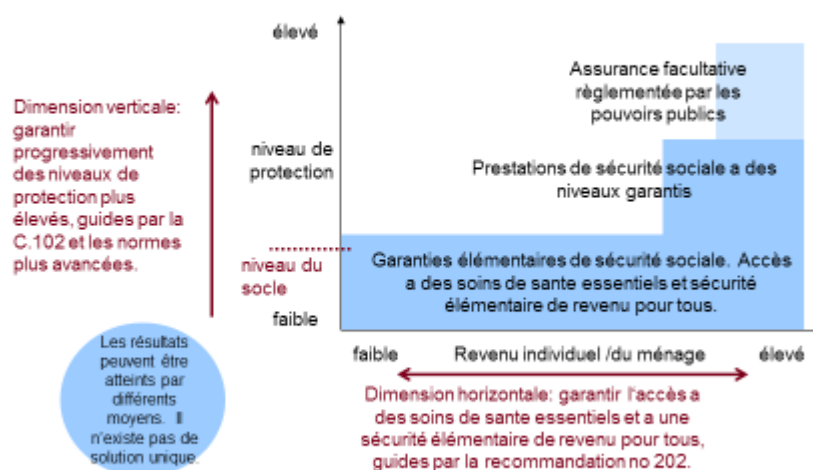
18. Au sein des programmes clés, on peut distinguer deux groupes d'interventions : la protection sociale dite « **contributive** », financée grâce aux cotisations des bénéficiaires et assurée par l'État ou par des acteurs privés d'une part ; et la protection sociale « **non contributive** » (ou assistance sociale) d'autre part, financée par l'État ou par d'autres sources.

19. Les concepts du **Socle de protection sociale** et de la **Stratégie bidimensionnelle** élaborés par l'OIT peuvent aider à clarifier les concepts de protection sociale contributive et non contributive, et montrent bien comment ensemble ils forment un système cohérent de protection sociale qui assure la protection de toute une population.

20. Le **Socle de protection sociale** vise à garantir une sécurité du revenu de base, sous la forme de divers transferts sociaux (en espèces ou en nature) et un accès financièrement abordable aux services sociaux essentiels en matière de santé, d'eau et d'assainissement, d'éducation, de sécurité alimentaire, de logement et dans d'autres domaines définis en fonction des priorités nationales.

21. La **Stratégie bidimensionnelle** comprend un ensemble de garanties sociales de base pour tous, c'est-à-dire le socle de protection sociale (dimension horizontale), aussi bien que la mise en application progressive de normes plus élevées (dimension verticale). La figure 1 ci-dessous fournit une illustration graphique de ces concepts.

Figure 1: Stratégie bidimensionnelle de l'OIT pour l'extension de la sécurité sociale



from 'The strategy of the International Labour Organization Social security for all Building social protection floors and comprehensive social security systems', 2012, ILO.

22. Les pays dont les ressources sont limitées comme le Burundi font face à des choix difficiles lorsqu'ils doivent établir des priorités dans la création et le développement d'un système de protection sociale. Des expériences réalisées dans plusieurs pays du monde montrent que les pays peuvent réaliser des progrès plus rapides en matière de réduction de

la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale si ces questions sont abordées de façon cohérente, et si l'on commence par étendre de façon horizontale l'accès aux services sociaux de base et à la sécurité élémentaire de revenu⁹.

1.3 Dispositions constitutionnelles, cadre international et engagements politiques dans le domaine de la protection sociale au Burundi

23. La constitution du Burundi comporte plusieurs articles qui soulignent le droit des citoyens à la protection sociale telle que définie dans les paragraphes précédents.

24. **L'article 27** de la Constitution dispose que l'État veille, dans la mesure du possible, à ce que tous les citoyens disposent des moyens de mener une existence conforme à la dignité humaine.

25. **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 d'éduquer et d'élever leurs enfants, et qu'ils sont soutenus dans cette tâche par l'État 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'État, 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.

26. **L'article 52** reconnaît 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 ; et **l'article 55** consacre le droit à la santé.

27. Ces dispositions, de même que beaucoup d'autres prévues par la législation nationale, sont des sources de légitimité de la protection sociale dans toutes ses composantes. À travers ces dispositions constitutionnelles transparaissent les principes de la solidarité, de la responsabilité individuelle et de l'obligation pour l'État de protéger les citoyens en leur assurant une couverture de protection sociale. Comme mentionné ci-haut, le Burundi est aussi membre de l'OIT et de l'Union africaine qui ont adopté, tous les deux, des recommandations par rapport à la protection sociale.

28. Pour le Burundi, la protection sociale est une dimension clé du développement socio-économique national, concourant à l'objectif 3 de la Vision 2025 visant à « assurer une meilleure qualité de vie aux Burundais ». Elle constitue également un point clé du second Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CSLP II), qui intègre le contenu et les objectifs de la nouvelle **Politique nationale de la protection sociale (PNPS)** à l'axe 3.

29. La PNPS a été adoptée par le Conseil des ministres en avril 2011. Elle propose cinq axes d'intervention :

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

Axe no 2. Renforcement des organismes de sécurité sociale existants

⁹Socle de Protection sociale pour une Mondialisation juste et inclusive, (2011) BIT

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

Axe no 4 : Renforcement des mécanismes de prévention des risques sociaux

Axe no 5 : Renforcement des capacités institutionnelles de la mise en œuvre des programmes¹⁰.

30. La présente stratégie a pour objet de déterminer comment ces dispositions constitutionnelles et ces engagements politiques seront mis en œuvre en pratique. En tenant compte des contraintes en termes budgétaires et de capacités, elle précise comment les actions pour y parvenir seront classées par ordre de priorité et planifiées afin de construire progressivement un système de protection sociale.

¹⁰ *Document de politique nationale de protection sociale au Burundi (2011), page 33.*

CHAPITRE 2 : LA PAUVRETE ET LA VULNERABILITE AU BURUNDI

31. Ce chapitre définit en premier lieu les notions de « pauvreté » et de « vulnérabilité », termes qui peuvent se prêter à plusieurs interprétations. Il présente ensuite une analyse des faits marquants de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi.

32. Dans le cadre de cette stratégie, **la pauvreté** est définie comme **un état de privation** qui peut être mesuré en termes de consommation ou en termes de pauvreté multidimensionnelle.

Pauvreté monétaire : un ménage vivant en dessous du seuil de pauvreté est considéré comme pauvre du point de vue de la consommation. Les dépenses de consommation totale du ménage sont inférieures au montant théorique lui permettant de fournir à ses membres une alimentation adéquate et les biens essentiels à la vie courante. Les dépenses d'alimentation représentant la plus grande partie des dépenses des ménages burundais pauvres, la pauvreté de consommation est fortement corrélée à **l'insécurité alimentaire**, définie comme l'impossibilité pour le ménage de se procurer de la nourriture en quantité et qualité suffisante pour couvrir les besoins alimentaires de ses membres.

Pauvreté multidimensionnelle : définir la pauvreté par rapport au revenu ou à la consommation ne permet pas de décrire parfaitement le phénomène. Le concept de pauvreté multidimensionnelle tente donc de rendre compte d'une série plus large de privations, liées à la mortalité, à la santé, à la nutrition, à l'accès à l'eau et aux installations sanitaires, à l'éducation et aux autres produits et services de base. Un outil souvent utilisés pour mesurer la pauvreté multidimensionnelle est l'Indice du développement humain.

33. **La vulnérabilité** est définie comme le fait d'encourir un **risqué élevé de subir des privations dans le futur** (en cas de survenue d'un choc). Les ménages qui vivent dans une zone très exposée aux risques de sécheresse ou d'inondation, par exemple, et/ou qui possèdent très peu de biens et de capital humain, sont particulièrement susceptibles de tomber dans le dénuement en cas de survenue d'un choc.

34. La suite du présent chapitre présente un aperçu de l'étendue et de la nature de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi. Il examine ensuite plus précisément les caractéristiques des ménages pauvres et vulnérables.

35. Il faut noter à cet égard le caractère lacunaire et un peu ancien des données disponibles sur la pauvreté au Burundi.

- Une enquête dite QUIBB (Questionnaire des indicateurs de base du bien-être) fournit de nombreux éléments, mais elle date de 2006.
- Le dernier recensement général de la population date de 2008.
- Les seules données récentes disponibles sont celles de l'enquête PMS 2012 (Paquet minimum des services de santé).

36. Le manque de données de qualité peut constituer une limite sérieuse aux efforts de mise en place d'un système de ciblage/catégorisation. Pourtant, l'Enquête budget et consommation des ménages, dont les données seront disponibles au début de 2015, devraient permettre de disposer de nouvelles analyses, ce qui enrichira la réflexion sur le ciblage.

2.1 Mesure de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi

Pauvreté de consommation et insécurité alimentaire

37. **Le Burundi est un pays extrêmement pauvre.** Malgré une amélioration du niveau de vie des ménages Burundais depuis 2006, les taux de privations en termes de consommation restent très élevés. Selon les derniers chiffres, plus de 60 % de la population est privée de biens de consommation de base et plus de 40 % est privée de biens alimentaires de base¹¹. Exprimé en prix constants de 2005, le PIB par habitant en 2012 était environ au même niveau qu'en 1969, car la guerre civile a eu des effets dévastateurs sur l'économie et la population. En 2013, le Burundi avait le PIB par habitant le plus faible au monde après le Malawi¹².

38. **L'insécurité alimentaire est très répandue et s'accroît pendant la période de soudure avant les récoltes.** Le PAM a estimé que l'insécurité alimentaire des ménages, calculée par un score de consommation alimentaire, atteint chaque année un pic de 40% à 60% des ménages en avril et octobre, contre environ 10% après les récoltes en janvier et en juin¹³.

39. **Un des principaux défis auxquels le Burundi est confronté est la pression démographique.** Le Burundi a un taux de fécondité très élevé et, selon des estimations de population des Nations Unies,¹⁴ la population est actuellement plus de trois fois plus élevée qu'elle ne l'était au moment de l'indépendance. Avec 388 habitants par kilomètre carré en 2010, le Burundi a la densité de peuplement la plus élevée en Afrique continentale après le Rwanda.

Pauvreté multidimensionnelle

40. Le Burundi est classé au **180ème rang sur 187** pays selon l'Indice du développement humain (qui combine des indicateurs relatifs à l'espérance de vie, à la scolarisation et au revenu par habitant).

41. La malnutrition chronique des enfants, parce qu'elle est la conséquence d'une combinaison de facteurs multiples (accès du ménage à la nourriture et à l'eau potable, pratiques de soins aux enfants, hygiène et accès aux services de santé) peut aussi servir à mesurer la pauvreté multidimensionnelle. Connue aussi comme retard de croissance, la

¹¹Banque mondiale, 2014, *Evaluation de la vulnérabilité au Burundi*, brouillon, à la base du PMS 2012/13.

¹²Indicateurs du développement dans le monde, <http://data.worldbank.org/indicator>

¹³PAM, 2012, *Analyse des données secondaires de la sécurité alimentaire, vulnérabilité et nutrition au Burundi*.

¹⁴World population prospects: The 2012 Révision, Division de Population des Nations Unies, New York, cité en *Revue des Filets Sociaux au Burundi*, Banque Mondiale et UNICEF (2014), page 7.

malnutrition chronique constitue une crise nationale au Burundi. Selon l'EDS 2010, 58% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance - le taux le plus élevé au monde après l'Afghanistan. La malnutrition chronique dans la petite enfance est particulièrement préoccupante, car elle peut entraîner des séquelles à vie, entravant le développement physique et intellectuel des individus et limitant ainsi le potentiel économique de toute une génération.

42. **Les taux de mortalité infantile et de mortalité maternelle sont également élevés.** Les enfants burundais ont une chance sur dix de mourir avant l'âge de cinq ans et les femmes ont une chance sur trente de mourir pendant un accouchement (EDS 2010).

43. **Quant à l'accès aux soins de santé, la situation s'est nettement améliorée pendant les dernières années. Par exemple,** en 2010, environ 45% des enfants âgés de moins de 5 ans dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, contre seulement 8% en 2005¹⁵. Il y a eu également des améliorations en ce qui concerne la vaccination des enfants et les accouchements dans les établissements de santé. Néanmoins, d'importantes barrières subsistent pour l'accès des plus pauvres aux soins de santé (voir le chapitre 6 pour plus de détails). L'enquête PMS a aussi constaté une faible utilisation des toilettes améliorées - un déterminant indirect important des risques de santé et de la malnutrition¹⁶.

44. **Le Burundi a accompli des progrès impressionnants en matière de scolarisation.** Cependant, beaucoup d'enfants abandonnent l'école avant de finir le premier cycle. Le taux brut d'achèvement du primaire (le nombre total d'enfants dans la dernière classe du primaire en proportion de la population âgée de 12 ans) est d'à peine 51%¹⁷. Une partie importante de ces enfants abandonnent l'école en raison du coût d'opportunité que représente la scolarisation (compétition avec le travail). De fait, l'incidence du travail des enfants est élevée au Burundi : plus des deux tiers des enfants de 5 à 14 ans travaillent plus de quatre heures par jour¹⁸.

Profil de risque

45. **Les principaux chocs pendant les dernières années au Burundi ont été de nature politique, enracinés dans un cycle de méfiance réciproque entre les communautés et de compétition autour de ressources devenues de plus en plus rares.** Des crises politiques majeures ont éclaté en 1972 et 1993, déclenchant des vagues de réfugiés et, dans le dernier cas, un conflit qui a duré plus d'une décennie, avec des effets dévastateurs sur l'économie. Au total, selon l'enquête QUIBB de 2006, plus de la moitié de la population (52 %) a quitté son lieu de résidence au moins une fois en raison de la guerre.

46. Les chocs climatiques, la détérioration de la fertilité des sols et les problèmes phytosanitaires sont également des risques importants (voir figure 2). La plupart des agriculteurs, ne disposant pas de système d'irrigation, sont très exposés aux fluctuations

¹⁵ Banque mondiale, 2014, Évaluation de la vulnérabilité au Burundi, brouillon.

¹⁶ Cité à la page 18 de la *Revue des Filets Sociaux au Burundi*, Banque Mondiale et UNICEF (2014).

¹⁷ Selon les données administratives de l'année scolaire 2009/2010.

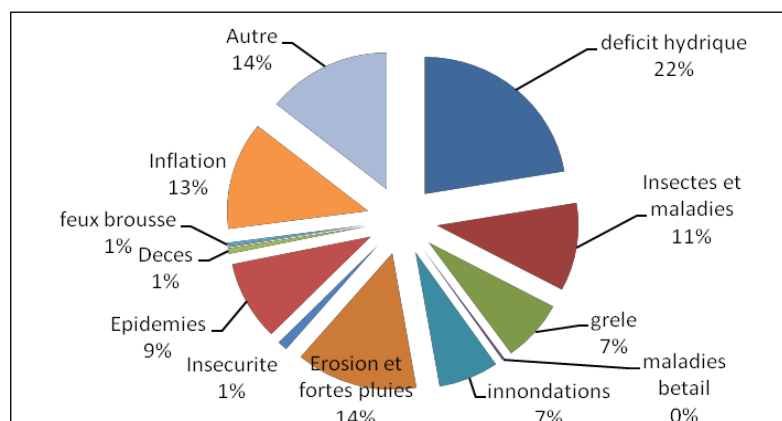
¹⁸ République du Burundi, 2010, *Enquête démographique et de santé*, page 28.

des précipitations. Les récoltes peuvent être gravement affectées par des sécheresses ou par des précipitations fortes et des inondations. Des maladies des plantes peuvent décimer les récoltes. De plus, il y a une tendance à long terme de détérioration de la fertilité des sols, du fait de la culture intensive des terres disponibles.

47. **Les ménages sont aussi exposés aux chocs de prix, que ce soit pour les cultures de rente ou pour les produits alimentaires.** La plupart des ménages, et surtout ceux qui ne possèdent aucune terre, ou très peu, sont des acheteurs nets de nourriture. Ces ménages ont été fortement affectés par l'inflation des prix alimentaires.

48. **La maladie** peut aussi mettre en péril les moyens d'existence dans un pays où la plupart des services sanitaires sont payants et l'assurance maladie ne couvre qu'une faible proportion de la population. La maladie ou la mort d'un adulte actif peut entraîner une baisse de revenu substantielle pour le ménage.

Figure 2 : Chocs perçus par les ménages au cours des 6 derniers mois¹⁹



2.2 Les populations les plus démunies et vulnérables

49. Même si le niveau de pauvreté diminue au Burundi, les inégalités de revenus sont élevées et en hausse. Le coefficient de Gini s'établit à 46²⁰ et le quintile (les 20%) le plus pauvre de la population ne dispose que de 5 % du revenu national, contre 51 % pour le quintile le plus riche²¹. En outre, l'inégalité s'est accrue dans les années récentes, tant au sein des zones rurales qu'entre les différentes régions²².

50. Les données indiquent une certaine variation de l'incidence de la pauvreté et de la vulnérabilité en fonction des caractéristiques des ménages et des individus, et suivant les

¹⁹ WFP, 2012, *op cit.*, p. 32.

²⁰ Évaluation de la vulnérabilité au Burundi, brouillon, Banque Mondiale, 2014, p. 12

²¹ Source : données PMS 2012/13, dans la *Revue des Filets sociaux au Burundi*, page 8.

²² Banque Mondiale et UNICEF, 2014 *op cit.*

zones géographiques. Il est évident, aussi, que certains groupes de population sont plus vulnérables que d'autres. Les paragraphes suivants passent en revue ces variations, en vue de fournir des éléments utiles au ciblage des interventions de protection sociale.

51. **Les ménages les plus pauvres semblent avoir plus d'enfants et présenter un indice de dépendance plus élevé que les autres ménages.** Les enfants de 0 à 14 ans constituent 55 % de la population du premier quintile, une proportion qui diminue à 42 % dans le quintile le plus riche, selon les données de la PMS. D'autre part, 81% de la population du quintile le plus pauvre vit dans des ménages ayant un indice de dépendance²³ de 1 ou plus (60 % dans le quintile le plus riche). 73 % de la population du quintile le plus pauvre vit dans des ménages ayant plus de six membres, contre 46 % dans le quintile le plus riche. En revanche, le CFSVA 2008 montre aussi que les ménages composés d'une ou de deux personnes ont plus de chances d'être en situation d'insécurité alimentaire que les autres.

52. **Les ménages les plus pauvres disposent de parcelles de terre encore plus petites que la moyenne :** 30 % des ménages du quintile le plus pauvre possèdent ainsi des terres de moins de 0,2 ha, contre 17 % des ménages du quintile le plus riche. Les *Batwa* sont particulièrement désavantagés en termes d'accès à la terre, 79 % des ménages *Batwa* cultivant moins de 0,1 ha. Le CFSVA 2008²⁴ montre que les ménages dont la sécurité alimentaire n'est pas assurée ont moins d'accès à la terre, utilisent de plus petites parcelles et sont rarement propriétaires de la terre qu'ils cultivent. En même temps, ces considérations doivent être replacées dans un contexte général de difficultés d'accès à la terre : l'écrasante majorité des ménages ruraux possède des exploitations minuscules, qui ne sont pas viables économiquement.

53. **Les ménages dirigés par des femmes sont, d'après le CFSVA 2008, plus vulnérables à l'insécurité alimentaire.** Les femmes ont plus de difficultés à accéder à la terre, ni la coutume ni le droit ne leur donnant droit à l'héritage des terres. Cependant, les différences de consommation entre les ménages dirigés par des hommes et ceux dirigés par des femmes sont limitées, bien que ces derniers soient légèrement surreprésentés dans le quintile le plus pauvre²⁵.

54. La proportion de personnes âgées (de 60 ans et plus) dans la population est très faible (moins de 4 %) et **le profil de privations des personnes âgées et des personnes porteuses de handicaps est similaire à celui de la population générale.** Cependant, il semble qu'il existe une sous-catégorie de personnes âgées qui vivent seules et isolées, avec peu d'appui de membres plus jeunes des familles, et qui se trouvent parmi les plus vulnérables.

55. Quant **aux individus vulnérables pour des raisons biologiques**, les **jeunes enfants** font face à de multiples vulnérabilités. Le risque de mortalité accru dans les premières années de vie est bien connu ; en outre il est maintenant démontré que pour ceux

²³ L'indice de dépendance représente le nombre d'enfants et de personnes âgées dans le ménage par rapport au nombre de membres d'âge de travailler.

²⁴ *Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis*. WFP, 2008.

²⁵ PMS 2012/13, cité dans *Revue des Filets sociaux au Burundi*, 2014, Banque Mondiale.

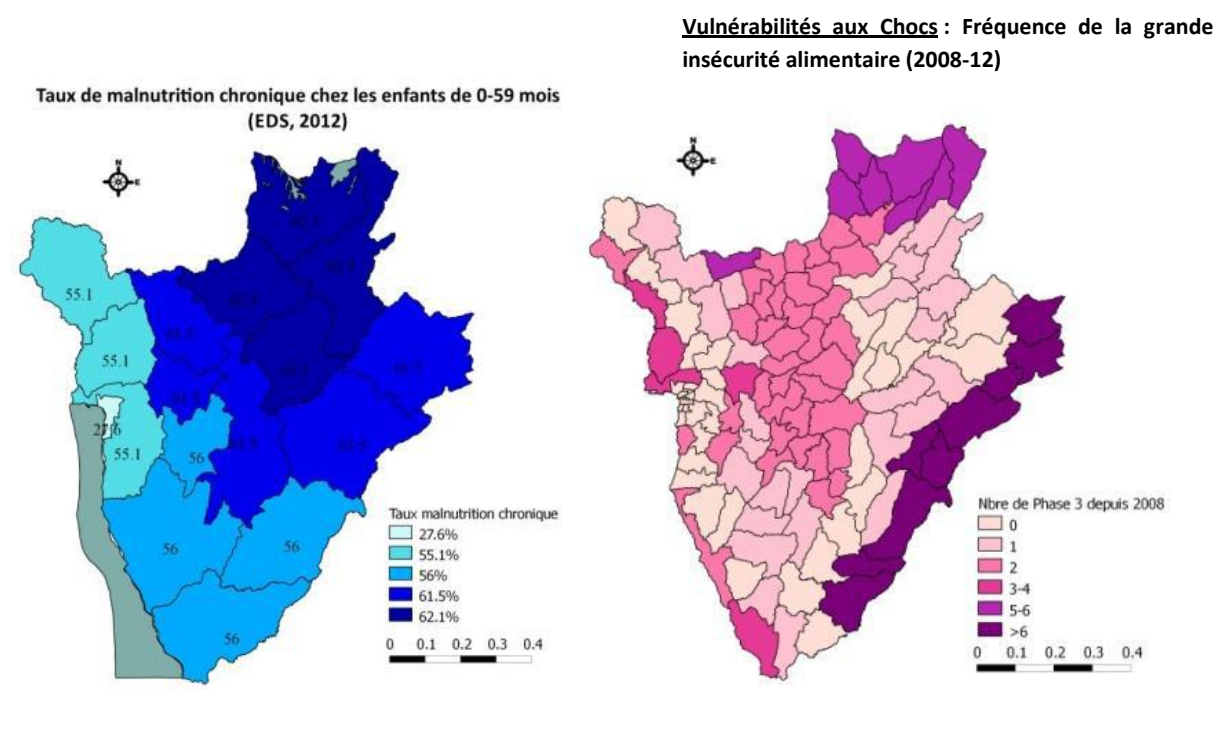
des enfants qui survivent à cette période à haut risque, les privations non-résolues dans la petite enfance (jusqu'à deux ans) peuvent avoir des effets négatifs sur toute la vie. Cela signifie que les jeunes enfants (et les femmes enceintes) doivent être considérés comme particulièrement vulnérables aux effets des chocs comme à la pauvreté chronique.

56. L'intensité de cette vulnérabilité, une fois encore, dépend des caractéristiques du ménage. Le taux de malnutrition chronique des enfants varie suivant le quintile de revenus, le statut nutritionnel de la mère, le rythme d'espacement des naissances et la région. 60 % des enfants souffrent de sous-alimentation chronique en zone rurale, contre 38 % en zone urbaine ; Bujumbura présente le taux le plus bas, à 28 %. Au niveau national, 70 % des enfants du quintile le plus pauvre de la population souffrent de malnutrition, contre 37% dans le quintile le plus riche. La scolarisation des enfants de 7 à 12 ans varie aussi considérablement suivant le niveau de pauvreté : 22 % des enfants du quintile le plus pauvre ne fréquentent pas l'école, contre 11% à 12% dans les trois quintiles les plus riches.

Répartition géographique de la pauvreté et de la vulnérabilité

57. Même si les inégalités entre les ménages ruraux et urbains ont diminué depuis 2006²⁶, **les niveaux de privation restent beaucoup plus élevés en milieu rural ; et ils varient aussi selon les régions.** Les plus pauvres sont particulièrement concentrés dans les régions du Centre-Est et du Nord du pays. Selon les données de l'enquête PMS, 81 % de la population du quintile le plus pauvre vit dans ces deux régions.

Figure 3: Cartographie du taux de malnutrition et de l'insécurité alimentaire et au Burundi



²⁶Évaluation de la vulnérabilité au Burundi, brouillon, Banque Mondiale, 2014.

58. La répartition géographique de la pauvreté parmi les régions est largement conforme à celle du taux de **malnutrition chronique** chez les enfants de moins de cinq ans (voir figure 3) et montre que ce sont les régions du Centre-Est et du Nord qui ont les taux de malnutrition les plus élevés.

59. En revanche, la cartographie de la **vulnérabilité aux crises alimentaires** réalisée par le Programme alimentaire mondial et désagrégée au niveau commune, montre une image plus nuancée. Le Système intégré de classification de la sécurité alimentaire par phases (voir figure 3) propose une représentation graphique des communes suivant le nombre de fois où leur population a été exposée à une crise alimentaire sévère entre 2008 et 2012. Cette carte met en évidence des variations substantielles en matière de la vulnérabilité aux chocs alimentaires entre les communes d'une même région ou province. Selon ce niveau de désagrégation communal, ce sont les zones frontalières du Nord et de l'Est qui ont tendance à être le plus souvent touchées par l'insécurité alimentaire.

CHAPITRE 3. LA SITUATION ACTUELLE – INTERVENTIONS ET INSTITUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

60. Le présent chapitre examine les points suivants :

- en section 3.1 - les attributions, rôles et arrangements institutionnels: ministères et agences gouvernementales, structures administratives décentralisées, partenaires techniques et financiers (PTF) et ONG ;
- et en section 3.2 - les programmes de protection sociale existants, regroupés par thèmes.

61. Il se termine par un récapitulatif, en section 3.3, des forces et des faiblesses du dispositif actuel de protection sociale.

3.1 Attributions, rôles et arrangements institutionnels

62. Cette section présente les arrangements institutionnels actuels. La partie 3.1.1 se focalise sur les dimensions de coordination et de supervision ; pendant que la partie 3.1.2 expose les responsabilités pour la mise en œuvre des programmes opérationnels de la protection sociale.

3.1.1 Organes de **coordination gouvernementale**

63. Le décret n°100/237 du 22 Août 2012 a créé une **Commission nationale de protection Sociale** (CNPS) qui a pour mission la promotion et la régulation des programmes de la Politique nationale de protection sociale. La CNPS est présidée par le Président de la République. Elle est dotée des organes suivants :

- Le Comité national ;
- Le Comité technique ;
- Les Comités provinciaux ;
- Les Comités communaux.

64. Le **Comité national** est chargé de la coordination politique et spécifiquement de :

- orienter et assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes de la Politique nationale de la protection sociale ;
- veiller à la promotion de la mise en œuvre des programmes de la Politique nationale de protection sociale ;
- valider les plans d'actions prioritaires de la politique nationale de la protection sociale ;
- veiller à la synergie et à la cohérence des interventions en protection sociale ;
- assurer la mobilisation des fonds d'appui à la promotion de la protection sociale ;
- veiller au bon fonctionnement du Comité technique

65. Le **Comité technique** est chargé de la coordination stratégique. Il est présidé par le ministre de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale et inclut des hauts cadres experts sectoriels des ministères membres de la Commission, et des responsables des organisations partenaires les plus actives dans le domaine de la protection sociale. Il est composé de quatre groupes thématiques, responsables de :

- l'assurance sociale et mutuelle
- l'assistance sociale
- l'accès aux revenus et
- le financement de la protection sociale.

66. Pour une meilleure décentralisation de la mise en œuvre de la PNPS, chaque province est dotée d'un Comité provincial présidé par le gouverneur de province, et chaque commune d'un Comité communal présidé par l'administrateur communal. Actuellement ces comités sont en train de recevoir des formations afin de leur permettre de devenir fonctionnels. Le cadre légal qui régit ces comités est problématique. Alors que les comités au niveau national sont responsables de la coordination et du suivi-évaluation, les comités décentralisés ont pour mission plutôt « la mise en œuvre des programmes de la PNPS ». Il n'est pas facile de concevoir d'une part comment ces comités (doté d'un seul agent permanent²⁷) auraient la capacité de mettre en œuvre des programmes, et d'autre part quel organe devrait alors assumer la responsabilité de la coordination et du suivi-évaluation (compte tenu de l'importance de séparer ces fonctions). Une modification des textes légaux semble souhaitable.

67. Tous ces organes sont appuyés techniquement par un **Secrétariat exécutif permanent** (SEP/CNPS), qui est la structure permanente de suivi quotidien et de coordination technique des activités relatives à la mise en œuvre de la PNPS²⁸. En plus de son bureau de coordination, le SEP comprend trois directions : la direction technique, la direction de contrôle et suivi-évaluation ; et la direction administrative et financière. Chacun des comités décentralisés est appuyé également par un agent du SEP, qui joue le rôle de secrétariat et assure la coordination des activités à ces niveaux-là.

3.1.2 La mise en œuvre des programmes de la protection sociale

Attributions des différents ministères

68. Si la CNPS et ses comités jouent un rôle important de coordination et de suivi évaluation, la mise en œuvre des programmes clés de protection sociale au Burundi est de la responsabilité de plusieurs ministères et agences:

²⁷ qui relève du SEP

²⁸ PNPS, 6.2.2

- Le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale (MFPTSS) et le ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la personne humaine et du Genre (MSNDPHG) ont tous les deux la responsabilité générale de **la mise en place d'un système de protection sociale** (voir le décret 100/323 du 27 décembre 2011 et le décret 100/65 du 17 mars 2014).
- De plus, le MSNDPHG a la responsabilité de « coordonner les interventions dans les différents secteurs d'action en faveur des personnes nécessiteuses et vulnérables ». Afin d'accomplir ses missions aux niveaux décentralisés, il dispose d'organes déconcentrés, les Centres de développement familial et communautaire (CDFC), qui interviennent dans tous les domaines de compétence du Ministère, et qui sont dotés d'un personnel permanent aux niveaux provincial et communal.
- La mise en œuvre des **programmes clés non contributifs** tels que les **transferts monétaires** n'est pas spécifiquement mentionnée dans les décrets, mais peut être comprise comme faisant partie de la « mise en œuvre d'un système de protection sociale ». À ce titre, elle serait de la responsabilité tant du MFPTSS que du MSNDPHG.
- La mise en œuvre des programmes de **travaux publics** est aujourd'hui assurée par plusieurs acteurs, notamment le ministère de l'Agriculture et de l'Élevage (MAE), le ministère des Transports, des Travaux publics et de l'Équipement (MTTPE), l'Agence burundaise pour la réalisation des travaux d'intérêt public (ABUTIP) et le ministère de l'Intérieur.
- Le MFPTSS et le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) ont tous les deux dans leurs attributions la responsabilité de « **promouvoir des systèmes d'assurances maladies ou de mutualité-santé pour la population** » (voir le décret 100/65 du 17 mars 2014 et le décret 100/323 du 27 décembre 2011).
- Les responsabilités pour la mise en œuvre des **programmes clés contributifs** sont clairement définies – elles relèvent de l'Institut national de sécurité sociale (INSS), de l'Office national des pensions et risques professionnels (ONPR), de la Mutuelle de la fonction publique (MFP) et de la Mutuelle de santé des entreprises du secteur privé (MESP), qui se trouvent sous la tutelle du ministère du MFPTSS.

Pour plus de détails voir le tableau en annexe 1.

Les structures administratives décentralisées et déconcentrées chargées de la mise en œuvre

69. Les capacités des structures chargées de la mise en œuvre des politiques de protection sociale au niveau local sont toujours assez faibles.

70. Les administrations locales jouent un rôle important dans l'assistance sociale par **l'attribution des attestations d'indigence** pour l'exemption des frais de l'enseignement secondaire et pour les soins de santé (voir l'ordonnance ministérielle 630/530/445 du 2 avril 2003). Cependant elles se trouvent face à des défis importants (voir paragraphes 111 et 112).

71. Les principales structures étatiques responsables de la mise en œuvre des programmes sociaux au niveau local sont les **Centres de développement familial et**

communautaire (CDFC)²⁹, qui sont des unités déconcentrées du MSNDPHG. Leurs responsabilités spécifiques incluent :

- l'assistance aux groupes vulnérables, y compris la facilitation de leur accès à l'assistance médicale ;
- l'appui aux Comités pour la protection de l'enfant (CPE) établis aux niveaux provincial, communal et collinaire ;
- le suivi des centres d'hébergement et d'autres organisations fournissant des services aux groupes vulnérables ;
- l'appui à la réintégration des réfugiés de retour et d'autres victimes du conflit ;
- la promotion et la protection des droits de l'homme ;
- l'amélioration du bien-être des femmes rurales, la prévention et la prise en charge des victimes de violences à l'égard des femmes et des enfants et la promotion de l'égalité de genre.

72. Les CDFC existent dans chaque province. Ils disposent au total de 169 personnes travaillant au niveau décentralisé, mais leur capacité de fournir effectivement des services aux plus vulnérables semble être limitée. En effet, les ressources budgétaires allouées aux CDFC sont très faibles et ne couvrent que les frais courants. Les CDFC eux-mêmes ne reçoivent aucun budget pour l'assistance aux groupes vulnérables. Les aides sociales du MSNDPHG, y compris l'assistance médicale, restent centralisées, nécessitant que toutes les requêtes d'assistance soient envoyées à la capitale pour l'approbation et l'engagement de fonds. Les CDFC consacrent la plupart de leurs ressources propres à des activités de sensibilisation communautaire, mais l'insuffisance du financement des frais de fonctionnement restreint cette activité, en limitant les sorties du personnel sur le terrain³⁰. Un plan stratégique pour le renforcement des CDFC sur la période de 2013 à 2015 a été élaboré par le Ministère, avec l'appui du GIZ.

3.1.3 Rôles des partenaires techniques et financiers (PTF) et des ONG

73. Au Burundi, les partenaires techniques et financiers (PTF) jouent un rôle majeur dans la conception, le financement et la mise en œuvre des programmes de protection sociale non contributifs. Le tableau 1 montre la contribution substantielle des PTF dans certains programmes clés de la protection sociale. Une partie importante et croissante de ces financements va aux travaux publics ; les dépenses d'assistance humanitaire restent encore élevées.

74. Si certains partenaires ont investi dans le renforcement des capacités au niveau décentralisé, (par exemple la GIZ soutient le renforcement des capacités des CDFC et les CPE ont reçu le soutien de l'UNICEF), la plupart des interventions ont pris la forme de

²⁹Voir le décret n° 100/325 du 17 décembre 2012 portant création, structure, missions et fonctionnement des CDFC (Cabinet du Président, 2012b).

³⁰ Discussions avec le personnel des CDFC dans la Province de Kirundo pendant une visite de terrain.

projets limités dans le temps. En plus, certains aspects de la conception des programmes varient considérablement selon l'origine du financement.

75. Les PTF ont formé un groupe des « PTF protection sociale » et cherchent à améliorer la coordination entre eux. Cependant, il n'existe pour le moment aucun cadre de programmation émanant du gouvernement derrière lequel les partenaires puissent s'aligner. Les interventions des partenaires souffrent par conséquent d'une certaine fragmentation. La création récente de la CNPS et de ses comités nationaux et décentralisés ouvre de nouvelles perspectives aux partenaires pour investir dans la construction d'un système de protection sociale durable.

76. Compte tenu des faibles capacités administratives au niveau décentralisé, **les ONG nationales et internationales** jouent également un rôle essentiel dans l'appui aux populations pauvres et vulnérables. Un programme de protection sociale particulièrement intéressant à cet égard est le programme « *Terintambwe* » (Fais un pas en avant) de l'ONG *Concern Worldwide Burundi* (CWB). Elle est présentée à la section 3.2.2 ci-dessous. Ces interventions, émanant d'organismes non étatiques qui ne disposent pas de financements garantis sur le long terme, ne peuvent toutefois constituer à elles seules la base d'un système pérenne de protection sociale.

Tableau 1: Les Partenaires techniques et financiers

Dépenses en 2012	Gouvernement		Partenaires	
	montant	%	montant	%
Travaux publics à HIMO	232	0%	51 132	100%
Aides alimentaires et humanitaires	4640	12%	34 186	88%
Cantines scolaires	3000	16%	16 283	84%
Distribution de bétail et intrants agricoles	130	1%	9 243	99%
Services pour enfants vulnérables	691	9%	7 032	91%

* Source : Banque Mondiale et Unicef, « *Revue des filets sociaux au Burundi* », 2014

3.2 Programmes actuels

77. Cette section présente brièvement les programmes de protection sociale (contributifs et non contributifs) qui existent aujourd'hui au Burundi, ainsi que leurs principales forces et faiblesses.

3.2.1 Programmes contributifs

78. La gestion courante des programmes contributifs de protection sociale incombe à deux institutions qui se trouvent sous la tutelle du ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale : l'Institut national de sécurité sociale (INSS), et l'Office national des pensions et des risques professionnels (ONPR). Les pensions

complémentaires d'entreprises sont gérées par des assurances commerciales sous l'autorité de l'Agence de régulation et de contrôle des assurances (ARCA).

- ❖ **L'Institut national de sécurité sociale (INSS)** gère des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le Code du travail, et assimilés³¹.

79. Le régime des risques professionnels sert des prestations en cas d'accident du travail et/ou de maladie professionnelle. Le régime des pensions sert des prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès; il s'agit d'un système à prestations définies, financé par cotisations des travailleurs et des employeurs.

80. L'INSS est une institution bien établie, qui a été créée par une loi du 20 juillet 1962 et elle est dotée d'un personnel stable et expérimenté. Néanmoins, l'INSS est actuellement confronté à un certain nombre de défis, à savoir:

- **La faiblesse de la couverture.** Ces régimes couvrent moins de 3% de la population active. La couverture ne concerne en effet que les travailleurs du secteur formel, alors que la majorité de la population opère dans le secteur informel et dispose de ressources très limitées. Certains travailleurs du secteur formel ne sont pas couverts, tels que les médecins et les avocats. De plus, certains travailleurs qui devraient bénéficier de la couverture en demeurent exclus, la faiblesse des systèmes d'inspection du travail ne permettant toujours pas de s'assurer que les employeurs respectent leurs obligations à l'égard des salariés³².
- **Des lacunes et des faiblesses au niveau du cadre juridique** régissant l'INSS, ses régimes et leur application.
- **Des procédures qui n'ont pas encore été modernisées ou informatisées**, ce qui entraîne parfois des retards dans le calcul, la liquidation et le paiement des prestations³³, et qui induisent des **coûts administratifs élevés**. L'étude actuarielle la plus récente (2006), a montré que sur la période en 2000-2006, ces frais représentaient environ 42 % du montant des cotisations au régime des pensions; aujourd'hui encore, ces frais sont estimés à 25% des cotisations³⁴.
- **Des défaillances en matière de gestion des ressources humaines.** L'INSS compte 257 employés, dont seulement 30% ont un niveau A3 ou plus (études supérieures). Il n'existe actuellement ni politique de gestion des ressources humaines, ni système opérationnel d'évaluation des performances. Par conséquent, l'organisation ne dispose pas de certaines compétences clés.
- **Des iniquités entre les assurés.** Les plafonds salariaux des régimes des retraites, qui s'appliquent à la fois aux contributions et aux prestations, sont fixés à un niveau assez bas. Ils sont modifiés d'une façon brusque après chaque étude actuarielle, ce qui entraîne des augmentations de prestations, mais seulement pour ceux qui prennent la retraite par la suite et

³¹Tous les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail, les mandataires publics et politiques liés antérieurement par un contrat de travail, les militaires, les policiers, les contractuels de la fonction publique et des collectivités locales, les stagiaires et les apprentis liés par un contrat de travail ou d'apprentissage.

³²Ibid.

³³INSS, 2014, *Rapport provisoire du plan stratégique 2015-19*.

³⁴OAG, 2014, *L'Analyse de l'état des lieux du système de protection sociale au Burundi*.

non pas pour les anciens retraités, le niveau de pension d'un individu étant affecté permanemment par le plafond salarial en vigueur au cours de ses trois ou cinq dernières années d'activité. Les pensions ne sont pas non plus indexées sur le cout de la vie et certains assurés reçoivent des pensions très modiques.

- **Des retards dans la réalisation des études actuarielles** que la loi impose normalement de réaliser tous les cinq ans. La dernière étude actuarielle date de 2006. Ces études déterminant les ajustements du plafond de salaire (utilisé dans le calcul des cotisations et des prestations), les retards constatés se traduisent par l'exacerbation des problèmes d'équité mentionnés en haut. De plus, comme en fixant le plafond salarial et les niveaux de contributions l'étude de 2006 n'a considéré la viabilité des régimes que jusqu'à la prochaine étude, tout retard met à risque la viabilité à long terme.
- **Des régimes incomplets.** Selon certains de ses bénéficiaires, la protection offerte par l'INSS ne serait pas totalement adéquate et resterait en deçà des garanties offertes par les régimes comparables dans les autres pays de la Communauté d'Afrique de l'Est.

81. L'INSS a lancé en 2014 l'élaboration d'un plan stratégique détaillé pour répondre aux principaux problèmes identifiés. La Stratégie nationale de la protection sociale soutiendra la mise en œuvre de la stratégie de l'INSS, tout en soulignant les éléments primordiaux et en assurant des liens avec les autres programmes de la protection sociale.

- ❖ **L'Office national des pensions et risques professionnels (ONPR)** gère des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des fonctionnaires, des magistrats et des agents de l'ordre judiciaire.

82. L'ONPR est une institution relativement nouvelle, mise en place en 2011. Ses principaux défis sont les suivants:

- Tous comme pour l'INSS, **la couverture est limitée. Ces régimes couvrent moins de 2% de la population active.**
- Contrairement à l'INSS, la structure administrative de l'ONPR est légère (elle compte une quarantaine d'employés), ce qui lui permet de maîtriser les frais de fonctionnement. Cependant, selon une étude récente³⁵ **les frais de fonctionnement alloués (1% de la masse salariale de base) sont insuffisants pour assurer une gestion efficace des régimes.**
- Les risques couverts sont les mêmes que dans le cas de l'INSS, mais la conception des régimes de l'ONPR est très différente, utilisant un système de points. Même si, comme le soutient l'ONPR, la conception des régimes est techniquement solide en lui-même, il semble clair que **ces différences présenteront des défis pour les efforts futurs visant à harmoniser les régimes au Burundi et au sein de la Communauté Est Africaine**³⁶.

³⁵ ENAP Internationale, 2012, Diagnostic organisationnel, conversion des droits acquis en vertu du régime antérieur et révision des paramètres de pilotage du système de points

³⁶ BIT, 2013, *Etude diagnostique des dispositifs de protection sociale et identification des espaces possibles en vue de la mise en place d'un socle de protection sociale au Burundi.*

- **Très peu d'analyses de l'ONPR ou de ces régimes sont disponibles.** Pour l'instant, il n'y a pas encore eu d'étude actuarielle, ni d'audit organisationnel et fonctionnel, ce qui rend difficile l'identification des actions prioritaires de renforcement.

Programmes contributifs de couverture maladie³⁷

83. Les programmes contributifs de couverture maladie ne couvrent au Burundi qu'une petite partie de la population. La Mutuelle de la fonction publique couvre les salariés du secteur public ; les employeurs du secteur privé formel organisent eux-mêmes la prise en charge de leurs salariés ; des mutuelles communautaires existent mais leur portée reste limitée.

- ❖ **La Mutuelle de la fonction publique (MFP)** gère un régime d'assurance maladie au bénéfice des agents publics et assimilés.

84. Créée en 1980, la MFP est un établissement public à caractère administratif qui gère le régime obligatoire d'assurance maladie. Il s'agit du mécanisme d'assurance maladie contributif le plus étendu du pays, qui assure une couverture aux agents de l'État, y compris des Forces de la Défense nationale (FDN) et de la Police nationale du Burundi (PNB), aux étudiants du supérieur, aux magistrats, enseignants et personnels politiques. Sont également couverts les ayants droit des assurés, qui comprennent leurs conjoints et enfants³⁸.

85. La cotisation à la MFP est de 10% du salaire brut, partagé entre l'État (6%) et le salarié (4%). La garantie offerte est assez élevée, avec une prise en charge des soins dans les centres de santé et les hôpitaux. Un ticket modérateur de 20% est appliqué pour les consultations et les hospitalisations, et de 10 à 30% pour les médicaments ; les personnels des FDN, de la PNB, du MFPTSS et de la MFP elle-même bénéficient d'une prise en charge à 100%, leur employeur prenant en charge le ticket modérateur.

86. Le niveau de consommation des bénéficiaires de la MFP est assez élevé comparé aux autres catégories de la population. Le régime est néanmoins excédentaire, au moins pour sa partie mutuelle (la partie pharmacie étant déficitaire depuis plusieurs années).

87. La MFP, si elle couvre relativement bien ses assurés contre le risque maladie souffre de certaines faiblesses:

- **La population couverte reste limitée** : selon l'enquête PMS, la garantie offerte par la MFP bénéficiait à environ 3,4% de la population en 2012;
- **Le taux de remboursement réel des soins est plus faible que prévu**, la base de tarification utilisée par les prestataires de soins pour la facturation étant obsolète;

³⁷ Source principale de cette section, sauf indication contraire : Assistance technique pour la mise en œuvre du projet PAPSU « Amagara Meza », *Rapport de mission de court terme : Étude des mécanismes de financement de la santé au Burundi*, contribution au chapitre III du document de stratégie de financement de la santé en cours d'élaboration, novembre 2013.

³⁸ Jusqu'à l'âge de 18 ans, sans limite d'âge si l'enfant est affecté d'un handicap mental, jusqu'à l'âge de 21 ans s'il est étudiant et jusqu'à l'âge de 23 ans s'il est encore en école secondaire.

- **La gestion souffre d'un manque d'outils de gestion moderne** (pas d'informatisation des listes d'affiliés et de la gestion, par exemple); les possibilités de fraude sont donc réelles;
 - **Les frais de gestion sont très élevés** (38% du total des dépenses).
- ❖ **La couverture maladie des salariés du secteur privé formel** prend des formes variées, à l'initiative des employeurs

88. Le Code du travail du Burundi oblige les employeurs à fournir une couverture maladie à leurs employés, tout leur laissant le choix des modalités et du contenu de cette couverture. Plusieurs formules coexistent dont:

- La prise en charge directe, soit par la mise en place d'une infirmerie d'entreprise, soit par le paiement direct aux prestataires (à travers des bons de commande);
- Le transfert du risque à des organismes tiers, branche maladie d'assureurs privés ou institutions de micro-assurance en santé.

89. La Mutuelle de santé des entreprises privées du Burundi (MSEPB) a été créée récemment par l'Association des employeurs du Burundi (AEB)³⁹. Cet organisme propose aux employeurs une adhésion volontaire pour tous les membres de leur personnel et leurs ayants droit, avec une cotisation de 10% du salaire brut (6% pour l'employeur et 4% pour l'employé). La mutuelle est fonctionnelle depuis mai 2014 et a attiré pour l'instant six entreprises, avec, pour vingt autres, la promesse d'adhérer. La MSEPB envisage de solliciter l'autorité compétente pour évoluer vers un organisme à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés du privé, mais elle ne représente pour l'instant qu'une formule de plus à la disposition des employeurs pour s'acquitter de l'obligation qui leur est faite de couvrir leurs salariés.

90. Les modalités de couverture des salariés du secteur privé formel souffrent de plusieurs faiblesses :

- **La population couverte par ces mécanismes est en toute hypothèse restreinte-** d'après les estimations de l'Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU) le secteur privé formel représenterait environ 6% de la population active⁴⁰;
- Si les employeurs semblent accepter le principe de la couverture du risque maladie, la réalité peut être bien différente en **l'absence de réelle capacité de l'État de contrôler l'application du Code du travail** ;
- Les modalités de couverture ajoutent à la **fragmentation du système** de couverture du risque santé.

❖ **Les Mutuelles communautaires de santé** ne couvrent qu'une très faible partie de la population⁴¹

³⁹ Source : Alain Letourmy, *Rapport de mission du 15 septembre au 3 octobre 2014*. Assistance Technique perle pour l'appui au développement d'une stratégie nationale de financement de la santé au Burundi et l'appui à la mise en place d'un panier commun dans le cadre du Projet d'Appui à la Politique Sectorielle de la Santé au Burundi-"Amagara Meza", Union européenne.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 50.

91. Les mutuelles communautaires se sont développées au Burundi principalement sous l'impulsion du mouvement mutualiste belge, qui travaille avec des institutions locales (organisations de caféiculteurs et Église catholique) et continue de leur apporter un soutien financier (prise en charge d'une partie des frais de gestion). La plupart des mutuelles couvrent les services de base des services de santé, et parfois les frais des patients référés à l'hôpital. Sont généralement exclus les soins liés à des pathologies chroniques, et, le plus souvent, les médicaments achetés dans des officines privées. Les cotisations varient de 10.000 à 20.000 FBu par ménage, et le ticket modérateur pour l'accès aux soins est assez élevé (20 à 40%). La garantie offerte est donc modeste, ce qui limite probablement l'attractivité des mutuelles, compte tenu du niveau élevé des cotisations comparées au prix de la CAM (3.000 FBu par ménage, voir ci-dessous).

92. La plupart des mutuelles sont implantées dans des zones géographiques restreintes. Les Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU), qui constituent le mouvement le plus important numériquement, semblent avoir bénéficié de leur mise en place au sein d'organisations existantes, les unions de caféiculteurs, et de la capacité contributive relativement élevée de cette catégorie. Au total, en 2012, l'ensemble du mouvement des mutuelles communautaires couvrait environ 24 000 ménages, soit presque 131 500 bénéficiaires⁴². Ces chiffres issus des mutuelles représentent un pourcentage faible de la population nationale (1,3%), qui rejoint les données de l'enquête PMS 2012/2013. Les comptes nationaux de santé en 2007 ont estimé que les mutuelles communautaires représentaient à peine 0,1% des dépenses totales de santé⁴³. Même dans les zones géographiques où elles sont concentrées, le taux de pénétration des mutuelles reste très limité : il est par exemple estimé à 4% environ à Gitega après 15 ans d'opérations de la MUNASA *Twitwararikane*.

93. Ce niveau de pénétration est similaire à celui d'autres pays africains où l'assurance santé communautaire « pure » (sans subventions étatiques et sans gestion publique, contrairement au modèle de pays comme le Rwanda) a rarement atteint un taux de couverture de plus de 1 à 4% de la population totale⁴⁴.

94. Globalement, le nombre d'adhérents ne progresse pas et il semble même diminuer depuis la réforme de la CAM en 2012. Les deux plus grandes mutuelles (les MUSCABU et la MUNASA) ont ainsi vu une diminution du nombre de ménages adhérents⁴⁵.

⁴¹ La description des mutuelles communautaires est principalement tirée de la Revue des Filets sociaux au Burundi, Banque mondiale et UNICEF p. 67 et suivantes.

⁴² En août 2012, les MUSCABU comptaient 14 830 ménages adhérents (soit 31 % des ménages membres des unions de caféiculteurs) et couvraient 79 896 bénéficiaires. Les mutuelles catholiques de l'archidiocèse de Gitega (MUNASA *Twitwararikane*) sont la deuxième structure la plus importante, avec 3700 ménages cotisants et 19 240 bénéficiaires en 2012.

⁴³ BIT (2011) *Etude diagnostique sur les dispositifs de protection existants et identification des espaces possible en vue de la mise en place d'un socle de protection sociale au Burundi*. Cités par la Revue des filets sociaux au Burundi, *ibid*.

⁴⁴ Ouattara O. et Soors, W. « Social health Insurance in French-speaking Sub-Saharan Africa : Situation and Current Reform », in Huber G. Hohman J and Reingard K. (2003) *Mutual Health Insurance (MHI), Five Years' Experience in West Africa : Concerns, Controversies and Proposed Solutions*, GTZ, Bonn.

⁴⁵ De 16 557 à 14 830 entre août 2011 et août 2012 pour les MUSCABU, et de 3853 à 3700 entre 2011/2012 et 2012/2013 pour la MUNASA *Twitwararikane* à Gitega.

95. La viabilité financière des mutuelles est précaire : si la plupart réussissent à compenser les dépenses de remboursements de soins consommés par leurs membres par les recettes tirées des cotisations, peu ont réussi à accumuler de petits fonds de réserve, et elles dépendent de l'aide extérieure (principalement à travers des ONG belges) pour financer leurs frais de gestion. Ces frais de gestion semblent élevés (de 25 à 50 % des dépenses totales selon les informations de certaines mutuelles).

3.2.2 Programmes non contributifs

Transferts monétaires

96. Il n'existe aujourd'hui aucun programme gouvernemental de transfert monétaire conditionnel ou non conditionnel ciblant des ménages pauvres ou vulnérables (sauf les interventions du MSNDPHG en faveur des personnes âgées et handicapées, qui opèrent à très petite échelle).

97. Quelques programmes de transfert sont financés par des PTF ou des ONG. Le programme pilote *Terintambwe* de l'ONG *Concern Worldwide* (CWB) est particulièrement intéressant. Le but de ce programme est de rendre plus résilients les ménages extrêmement pauvres et marginalisés au moyen d'une stratégie en deux étapes. Il effectue des transferts monétaires réguliers à des ménages extrêmement pauvres dans trois communes de Cibitoke et deux communes de Kirundo, sélectionnées en raison de leurs niveaux élevés de vulnérabilité. Après avoir fourni ces transferts pendant onze mois, le projet aide les bénéficiaires à prendre avantage des opportunités économiques de leur commune et à réduire leur exposition aux risques à travers des formations, des appuis aux activités génératrices de revenus, et l'octroi de transferts de capital. Le programme inclut une composante de recherche opérationnelle, qui permettra au CWB et au gouvernement du Burundi de mesurer les impacts et de tirer des leçons pratiques de l'expérience.

Travaux publics

98. De nombreux projets de travaux publics sont en cours au Burundi. La plupart offre des emplois dans le cadre de projets d'infrastructures ou de protection de l'environnement, financés par des PTF. Certains des plus importants sont présentés, avec leurs caractéristiques principales, dans le tableau 2ci-dessous⁴⁶.

99. Avant d'examiner l'efficacité de ces programmes comme mécanismes de protection sociale, il faut souligner que ces projets ne sont pas nécessairement conçus comme tels par les agences qui les financent et les mettent en œuvre. Ils sont plutôt considérés comme des

⁴⁶ Les données ont été collectées auprès des différents PTF afin d'informer l'élaboration de cette stratégie.

mécanismes qui visent la réalisation de plusieurs objectifs, notamment le développement des infrastructures, le développement agricole et du monde rural, le relèvement post-conflit, la réintégration des réfugiés et des anciens combattants ou la protection de l'environnement.

100. Au total, les programmes de travaux publics employaient en 2014 environ 102.000 **personnes**, pour **80 jours** chacune en moyenne. Si on fait l'hypothèse qu'une seule personne par ménage est employée par de tels programmes, cela signifie qu'environ **6% de l'ensemble des ménages** du pays en bénéficient⁴⁷.

101. La rémunération moyenne versée dans le cadre de ces programmes « travail contre rémunération » s'élevait à 2.150 FBu par jour (à comparer avec un salaire moyen en milieu rural de 2 000 FBu par jour environ⁴⁸). La prestation annuelle brute perçue par un ménage bénéficiaire de ces programmes représentait 172.000 FBu en moyenne, soit, pour une famille de taille moyenne, 7% du seuil de pauvreté urbaine ou 11% du seuil de pauvreté rurale⁴⁹.

102. Les méthodes de ciblage sont très différentes d'un programme à l'autre. Tous se concentrent sur une zone géographique précise, variant selon la nature, les priorités et les ressources financières des différents programmes. Certains programmes (comme le programme pavage de la CTB) font un ciblage géographique selon les niveaux de pauvreté de différentes zones. Cependant, cela n'est pas le cas pour la plupart des programmes. Bujumbura est nettement surreprésentée même si la prévalence de la pauvreté y est sensiblement moins élevée que dans le reste du pays.

103. Les programmes utilisent presque tous une méthode ou une autre de ciblage pour décider qui, parmi les membres des communautés locales, pourra participer aux travaux. Le PAM utilise des méthodes de ciblage à base communautaire et des indicateurs concernant les biens des ménages, la production agricole et la présence d'activités de petit commerce, tout en donnant priorité aux rapatriés et aux ménages dirigés par des femmes. Le FIDA a recours à un processus plus complexe par lequel tous les ménages se

⁴⁷ Selon les projections annuelles de la population des Nations unies, il y a actuellement 1.755.295 ménages au pays.

⁴⁸ Selon les consultations menées par le personnel de la Banque Mondiale.

⁴⁹ Calculé sur la base du seuil de pauvreté rurale de FBu 21 690 Fbu et du seuil de pauvreté urbaine de 34 756 Fbu par mois et par personnes, et un ménage moyen de 6.16 membres. Source : PMS 2012/13.

Table 2 : Programmes de travaux publics au Burundi, 2014

Programme ou projet	Financement	Provinces	Nombre de participants (000s)	Nombre de jours de travail par participant	Salaire Moyen, 2014 ⁵⁰ (FBu/jour)	Taux d'intensité de main d'œuvre
Projet d'appui au programme de création d'emplois (PAPCE)	BAD	Ngozi, Gitega, Kayanza	1	120	2 500	30%
Projet de travaux publics et de gestion urbaine (PTPGU)	Banque Mondiale	National (urbain)	14	120	2 500	30%
Programme transitoire de reconstruction post-conflit (PTRPC)	FIDA, OPEP, FBSA	Bujumbura R, Bururi, Ruyigi	1		2 500 (2012)	
Projet d'appui à l'intensification et à la valorisation agricoles du Burundi (PAIVA-B)	FIDA, UE, PAM	Gitega, Karusi, Kayanza, Cibitoke	2	80	1 500	
Programme de développement des filières (PRODEFI)	FIDA, OPEP, PAM	Bubanza, Muramvya, Ngozi	1		2 500 (2012)	
Opérations prolongées de secours et de relèvement du PAM	Plusieurs	National	77	66	2 000	50% (estimé)
Développement socio-économique à travers le pavage à HIMO	Belgique (CTB)	Bujumbura M	4		3 000 (plus épargne de 1 200) (2012)	
Fonds commun éducation	AFD, CTB, DFID, Luxembourg		2	100	3 000	30%
Assistance humanitaire (inondations)	BAD				2 500	30%
TOTAL/ MOYEN PONDERE			102		2 150	46% (estimé)

⁵⁰ Les informations sur le salaire en 2012 sont présentées (voir la Banque mondiale et UNICEF, 2014, Revue des filets sociaux), là où les données pour l'année 2014 manquent.

classent eux-mêmes dans diverses catégories socioéconomiques au cours d'assemblées communautaires. Les deux premières catégories, comprenant les ménages sans terre ni bétail (catégorie 1) et les ménages avec moins d'un demi hectare de terre et sans bétail (catégorie 2a), sont éligibles pour les travaux publics, tandis que les catégories des ménages les plus aisés (2b, 3, 4 et 5) reçoivent d'autres types d'appuis pour améliorer leur productivité agricole et leurs revenus.

104. Toutefois certains programmes ne ciblent pas les plus pauvres au sein des communautés cibles: c'est notamment le cas pour ceux qui sont gérés par l'ABUTIP ou financées par la CTB. Ces programmes choisissent les bénéficiaires par tirage au sort, sur la base du principe « premier arrivé, premier servi » ou laissent les entreprises choisir elles-mêmes leurs travailleurs.

105. En plus du ciblage, l'intensité en main d'œuvre (les coûts de main d'œuvre exprimés en pourcentage des coûts totaux du projet) est, également, importante pour juger de l'efficacité des travaux publics comme instrument de protection sociale: plus cette intensité est faible, plus le coût de la réalisation d'objectifs de protection sociale par les travaux publics est élevé. Faute de données, il est impossible de calculer l'intensité en main d'œuvre de tous les projets au Burundi : la plupart des projets en cours ne suivent pas en effet ce type d'indicateurs. Cependant, prenant les programmes pour lesquels les données sont disponibles, le taux moyen d'intensité en main d'œuvre est 46%, ce qui est très faible par rapport aux normes internationales. Certains programmes en Afrique ont pu atteindre des taux dépassant 70%, notamment le *Productive Safety Net Program* (PSNP) en Éthiopie (80%) et le Cash for Work Temporary Employment Project (CWTP) au Libéria (75%)⁵¹.

106. Les programmes de travaux publics ont également du mal à assurer la sécurité alimentaire au Burundi en raison de la saisonnalité de la faim. Comme indiqué à la section 2.1, l'insécurité alimentaire est au plus haut en avril et en octobre dans la plupart des régions. Mais en raison des pluies, il est difficile de programmer des travaux publics pendant ces périodes, si bien que la plupart des travaux ont lieu pendant la période de juillet à septembre. Cette contrainte limite le rôle des travaux publics comme mécanisme de lissage des revenus.

Les programmes de couverture maladie non contributifs ou à vocation universelle⁵²

107. Les mesures favorisant l'accès aux soins sur une base non contributive ou universelle comprennent la gratuité des soins prioritaires, le dispositif de soins gratuits pour les « indigents » et le dispositif de la carte d'assistance médicale (CAM) destiné aux travailleurs du secteur informel.

- **La gratuité des soins pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et certains services de haute priorité a favorisé l'accroissement du recours aux services de santé.**

108. C'est la mesure la plus importante prise récemment pour faciliter l'accès aux soins de santé⁵³. La gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq

⁵¹ La Banque mondiale, 2014, '*Public Works as a Safety Net: Design, Evidence and Implementation.*'

⁵² La source principale de cette section est la *Revue des filets sociaux*.

⁵³ Elle a été mise en œuvre par le décret n°100/136 du 16 juin 2006.

ans vient s'ajouter à des mesures de gratuité sélective pour la prise en charge du dépistage et du traitement de certaines pathologies prioritaires, VIH/Sida, tuberculose et, depuis 2010, paludisme. Ce mécanisme de gratuité sélective a été associé au système de financement basé sur la performance (FBP) généralisé au niveau national en 2010 (après un début comme pilote en 2006). Des efforts d'investissement ont été faits parallèlement dans les structures de santé afin d'améliorer l'accessibilité physique aux services.

109. L'introduction de la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans et pour les accouchements en 2006 a été appréciée par la population et a entraîné un fort accroissement de l'utilisation des services de santé. Selon une étude de l'OAG⁵⁴, les consultations d'enfants de moins de 5 ans ont ainsi augmenté de 146 % entre 2006 et 2007 dans la province de Makamba, et de 198 % dans la province de Cankuzo. L'accroissement des hospitalisations d'enfants a également été important (de 152 % à 235 % dans les quatre hôpitaux recensés). Le nombre d'accouchements a augmenté de 120 % à 178 % dans ces hôpitaux.

- **L'assistance médicale pour les « indigents » souffre de procédures administratives mal définies et d'un sous-financement chronique.**

110. Le mécanisme de l'assistance médicale aux « indigents » est pris en charge par le ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la personne humaine et du Genre (MSNDPHG), qui reçoit une allocation budgétaire à cette fin depuis 1995. Conçu au départ pour les personnes déplacées internes et les réfugiés rapatriés, son champ a été étendu pour financer les soins des patients extrêmement pauvres.

111. Les autorités communales fournissent des attestations d'indigence, qui donnent normalement accès aux soins gratuits. Le processus de sélection, qui fait intervenir les administrations collinaires et communales, ne repose pas sur des critères clairs d'éligibilité, ce qui comporte un risque important d'abus et d'erreur dans l'identification des plus pauvres⁵⁵. Le Ministère ne se fie d'ailleurs pas uniquement aux attestations d'indigence pour prendre les décisions d'octroi de l'assistance médicale aux indigents : il emploie quelquefois des assistants sociaux dans les hôpitaux et son propre personnel dans les CDFC pour vérifier l'éligibilité des bénéficiaires potentiels.

112. Par ailleurs, ni les autorités locales, ni le ministère de la Solidarité nationale, à qui incombe la responsabilité de financer les soins des « indigents », ne disposent des ressources budgétaires suffisantes pour répondre aux besoins de tous ceux qui sont classifiés comme indigents actuellement, ce qui génère un mandat non-financé important. La ligne budgétaire qui est consacrée au dispositif est aujourd'hui la plus importante du Ministère, avec une dotation de 1,39 milliards de FBu (0,96 millions de dollars ou 17 % des dépenses totales du Ministère en 2012)⁵⁶. Elle ne permet cependant pas de couvrir les dépenses liées au dispositif: fin 2012, les arriérés du Ministère pour le règlement des

⁵⁴ Observatoire de l'Action gouvernementale (OAG), *Evaluation des effets de la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les accouchements sur la structure et la qualité des soins*, avril 2009. Cité dans la *Revue des filets sociaux*, p. 69.

⁵⁵ Banque Mondiale et UNICEF (2014) op cit

⁵⁶ *Revue des filets sociaux au Burundi*

factures dans le cadre de l'assistance médicales s'élevaient ainsi à 2,7 milliards de FBu (soit 1,87 millions de dollars). Le nombre de bénéficiaires du dispositif est néanmoins très limité : seules 11.056 personnes en ont bénéficié en 2012, soit 0,1 % de la population⁵⁷.

- **La carte d'assistance médicale (CAM) relancée en 2012 connaît un certain succès mais ne permet pas de couvrir l'ensemble des ménages du secteur informel et souffre également d'un sous-financement important.**

113. Le MSPLS est responsable de la gestion de la couverture santé destinée aux travailleurs du secteur informel connu sous le nom de « Carte d'assistance médicale » (CAM), qui permet l'accès aux soins à un coût réduit. Ce dispositif, initialement créé en 1984, était tombé en désuétude, en raison des arriérés de paiement accumulés auprès des formations sanitaires. Il a été rénové et relancé en 2012⁵⁸.

114. Les bénéficiaires, qui adhèrent volontairement au dispositif, doivent s'acquitter d'un montant forfaitaire de 3000 FBu par ménage (environ 2 dollars) pour acquérir la carte donnant accès à la prise en charge des soins pour une durée de un an⁵⁹. Ils paient un ticket modérateur de 20% pour les consultations, l'hospitalisation (sur référencement à un hôpital de district) et les médicaments génériques.

115. Le prix de la carte, 3000 FBu, est très faible par rapport au coût réel des soins. Il est également bas par rapport aux contributions versées dans le cadre des systèmes d'assurance contributifs comme les mutuelles de santé. L'accès aux soins dans le cadre de la CAM étant ainsi largement subventionné, on peut donc le considérer comme l'un des mécanismes non contributifs favorisant l'accès aux soins de santé.

116. Le taux de couverture assez élevé de la CAM, estimé à 25-30% de la population en 2013⁶⁰ (23% selon les chiffres du MSPLS)⁶¹, constitue son point fort comparé aux autres mécanismes facilitant l'accès aux soins au Burundi.

117. En revanche :

- Le système **n'est pas viable financièrement** en l'état. Son coût est supérieur aux recettes générées par la vente des cartes, et les subventions versées par le budget de l'État ne suffisent pas à couvrir la différence. Le déficit de financement, déjà important, s'aggraverait si les adhésions continuent d'augmenter.
- Le **remboursement des dépenses encourues par les centres de santé est lent**; et **des cas de refus de la part de centres d'accepter la carte ont été rapportés**. Les prestations auxquelles la carte ouvre droit sont par conséquent plus limitées que prévues. Les prestataires confessionnels (soit 20% des prestataires du pays) semblent notamment refuser la carte, obligeant les bénéficiaires à parcourir de longues distances pour se faire soigner. Les prestataires

⁵⁷ Chiffres du ministère de la Solidarité nationale.

⁵⁸ Arrêté n°01/VP2/2012 du 25 janvier 2012.

⁵⁹ L'ancien système prévoyait la modulation du tarif suivant le secteur d'activité : les personnes employées dans l'agriculture, l'élevage et la pêche payaient une cotisation annuelle de 500 FBu par ménage, les artisans et petits commerçants 1000 FBu, les commerçants enregistrés et les autres indépendants 3000 FBu.

⁶⁰ Selon l'OAG, *Analyse de l'état des lieux du système de protection sociale du Burundi*, juillet 2014.

⁶¹ Cités dans la *Revue des filets sociaux*, p. 67.

qui acceptent la carte ont par ailleurs tendance à limiter les prestations servies en excluant le plus souvent les médicaments, alors même que leur prise en charge est prévue dans le dispositif⁶².

- **L'accès à la carte n'est pas vraiment contrôlé.** Elle est normalement réservée aux travailleurs du secteur informel, mais elle est en pratique achetée également par d'autres catégories, par exemple des affiliés à la MFP. Certaines communes achètent aussi des cartes pour les distribuer aux indigents. En fait les acheteurs des cartes ne sont pas enregistrés au-delà du centre de santé, si bien que le suivi des patients est très difficile.
- **Le prix de la carte semble trop élevé pour une partie de la population cible.**

L'accès à l'éducation primaire et secondaire

118. **Il y a eu quatre initiatives importantes au Burundi pour améliorer l'accès à l'école en agissant sur le volet demande :**

- l'abolition des frais de scolarité officiels dans l'enseignement primaire ;
- des exemptions de frais au niveau secondaire pour certains élèves très pauvres ;
- les cantines scolaires ;
- la distribution de kits scolaires aux élèves du primaire dans quelques provinces.

L'abolition des frais de scolarité

119. L'abolition des frais officiels de scolarité primaire dès la rentrée scolaire de 2005/06 a été la principale mesure prise pour augmenter la demande d'éducation. L'abolition des frais de scolarité officiels a énormément amélioré l'accès à l'éducation primaire. Selon les données administratives, le taux net de scolarisation primaire a augmenté de 60% en 2004/05 à 95% en 2012/13, avec un accroissement particulièrement rapide immédiatement après l'abolition des frais⁶³. Cependant, l'augmentation rapide des inscriptions a accentué les pressions sur la qualité et l'efficacité interne de l'enseignement primaire.

Des exemptions de frais de scolarité au niveau secondaire

120. Les administrations communales ont la compétence de délivrer des attestations pour exonérer les enfants d'indigents du paiement des frais de l'école secondaire (ordonnance ministérielle n°630/530/445 du 2 avril 2003). Les données manquent sur le nombre d'exemptions, mais il est probablement très faible en raison du manque de financement. Il s'agit d'un processus décentralisé, géré par les administrations collinaires et communales. Les chefs de collines identifient des candidats pour ces exemptions et les listes sont envoyées à l'administration communale pour la consolidation et l'octroi d'attestations. Cependant, il n'y a de ligne budgétaire, ni au niveau national ni au niveau communal, pour compenser l'exemption des frais par les écoles secondaires, qui sont appelées à absorber ces frais.

Les cantines scolaires

121. L'alimentation scolaire vise à inciter une augmentation de la fréquentation scolaire dans les provinces où les indicateurs de sécurité alimentaire et d'éducation primaire sont les plus bas. Cette

⁶² Source : Assistance technique pour la mise en œuvre du projet PAPSU « Amagara Meza », *Rapport de mission de court terme*, op. cit.

⁶³ UNICEF, 2013, *Basic Education and Gender Equality Progress Report*, Burundi, cited in World Bank and UNICEF (2014) op cit.

activité se concentre sur des écoles primaires et à très petite échelle des établissements préscolaires dans des zones rurales dans les provinces de Kirundo, Muyinga et Ngozi. Le programme financé par le PAM vise à bénéficier à 200.000 enfants par an, et au niveau national, 9 à 10 % des élèves primaires bénéficient du programme.

122. D'après les données générées par le système de suivi du programme, il semble que celui-ci ait des effets positifs sur l'assiduité scolaire et sur les taux d'abandon; et les enseignants déclarent que les enfants sont plus concentrés⁶⁴. Les principaux défis incluent la nécessité de renforcer l'appropriation du programme par les acteurs nationaux, d'assurer sa viabilité financière et de remplacer les achats internationaux de nourriture par des approvisionnements locaux⁶⁵.

Les kits scolaires

123. Des kits de fournitures scolaires (cahiers et crayons) sont distribués à environ un quart des élèves primaires par le Ministère de l'Enseignement de base et secondaire, de l'Enseignement des métiers, de la Formation professionnelle et de l'Alphabétisation (MESB), dans le cadre de la campagne de promotion de la rentrée scolaire soutenue par l'UNICEF. Lorsque ce programme a commencé, il ciblait uniquement les orphelins et enfants vulnérables (OEV) dans les 17 provinces. Cependant, la définition d'OEV étant ambiguë, risquant d'exclure un grand nombre d'enfants rendus vulnérables par la pauvreté, à partir de 2008 le programme est devenu universel et s'est concentré géographiquement sur 3 provinces avec des indicateurs scolaires particulièrement faibles (Kirundo, Muyinga et Kayanza). Les kits scolaires pourraient augmenter quelque peu la scolarisation à la rentrée. Cependant, les frais administratifs semblent être assez élevés, les kits eux-mêmes représentant moins d'un tiers des coûts totaux du programme.

124. Malgré toutes ces mesures, **les familles encourent toujours des coûts importants pour envoyer leurs enfants à l'école**. Les administrations communales continuent à obliger les parents à contribuer (en temps et en argent) à la construction de salles de classe, dont la plupart sont construites au moyen de travaux communautaires. D'autre part, les parents supportent d'autres coûts directs, notamment pour les uniformes et les fournitures scolaires, tandis que les coûts indirects ou coûts d'opportunité (le coût du travail de l'enfant perdu en raison de la fréquentation scolaire) deviennent de plus en plus importants avec l'âge de l'enfant.

Les transferts d'actifs et la subvention des intrants agricoles

125. Dans le Plan national d'investissement agricole de 2012 à 2017, le Gouvernement avec l'appui des PTF, vise à distribuer 200.000 vaches aux ménages ruraux dans le but d'accroître la production de lait et de fumier, d'augmenter les revenus des agriculteurs et d'améliorer la nutrition. Compte tenu des difficultés rencontrées par les ménages les plus pauvres pour prendre soin d'une vache, les programmes financés par le FIDA ciblent explicitement des ménages un peu moins défavorisés. Des programmes complémentaires ont été créés pour fournir du petit bétail aux ménages les plus pauvres. Au total, environ 25.000 ménages ruraux très vulnérables ont reçu des chèvres, des porcs, des poules ou des lapins dans le cadre de ces programmes.

126. Il existe aussi une politique nationale de subvention des engrais, et un programme pour sa mise en œuvre, mené par MINAGRI et soutenu par plusieurs PTF. Cependant, les principaux objectifs de ce programme sont d'accroître les rendements et d'inculquer

⁶⁴ Rapporté dans la Banque Mondiale Reported in World Bank and UNICEF (2004) op. cit. page 56.

⁶⁵ Banque mondiale et UNICEF (2014) op cit.

l'habitude de l'utilisation des engrais chez les agriculteurs, plutôt que d'appuyer les agriculteurs les plus pauvres ou vulnérables. Les subventions sont disponibles pour tous les agriculteurs capables de payer leur part du coût et en possession d'une carte d'identité nationale. Même s'il existe une disposition permettant aux ONG d'acheter des engrais subventionnés au nom de groupes de ménages pauvres et vulnérables⁶⁶, il n'y a pas de ciblage des subventions vers les plus pauvres, ni aucune attention particulière aux impacts redistributifs de la politique.

Aide alimentaire et autres programmes d'aide en nature

127. Le soutien du PAM et d'autres organisations internationales a permis de fournir des aides alimentaires ponctuelles et d'autres formes d'aide en nature à de nombreux groupes de personnes vulnérables. Ont en particulier été assistés :

- des réfugiés, rapatriés, anciens combattants et communautés hôtes. Plus de 550.000 Burundais ont reçu une aide au retour depuis 2002;
- des populations en proie à une insécurité alimentaire saisonnière, pendant les périodes de soudure en avril et en octobre;
- des résidents vulnérables d'établissements sociaux, comme des personnes âgées, des personnes porteuses de handicaps, des orphelins et des enfants des rues;
- des enfants souffrant de malnutrition chronique, qui ont reçu des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

128. Ces formes d'assistance humanitaire ont assurément permis à des milliers de ménages de satisfaire leurs besoins de consommation immédiats. Toutefois, il s'agit pour l'essentiel de réponses à court terme à des problèmes liés aux conflits armés et à la situation post-conflit. Ils n'ont donc pas débouché sur la mise en place de programmes ou de systèmes durables. La stabilisation du pays et la diminution de l'aide humanitaire rendent à la fois nécessaire et possible l'édification d'un système à même de répondre aux défis de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi.

Programmes destinés à des groupes vulnérables spécifiques

129. **Les personnes porteuses de handicaps** : Le MSNDPHG dispose d'une petite dotation budgétaire pour l'adaptation physique et l'insertion socioprofessionnelle de personnes handicapées (1,2 milliards de FB en 2012). Cette dotation est employée pour octroyer des subventions à des associations aidant les personnes porteuses de handicaps à accéder à des activités économiques, et pour fournir de manière ponctuelle des aides à la mobilité (prothèses, chaises roulantes, béquilles, etc.). Le Ministère est responsable de la surveillance de quelques centres qui offrent des services spécialisés pour certains types de handicaps, et fournit un soutien à ces centres avec l'appui du Programme alimentaire mondial (PAM).

130. **La protection de l'enfance** : Une initiative visant à promouvoir la protection communautaire des enfants vulnérables a conduit à la mise en place de 743 Comités de protection de l'enfant (CPE) aux niveaux communal et collinaire. Ces comités ont pour missions de prévenir les risques d'abus, d'exploitation, de violence et de négligence envers les enfants, de prêter assistance aux enfants victimes de violations de leurs droits, de sensibiliser les communautés sur les droits de l'enfant et d'appuyer la réinsertion d'enfants qui se trouvent hors d'un cadre familial. Cette approche communautaire va de pair avec un

⁶⁶ Preparing for optimal impact of the new national fertilizer subsidy policy of Burundi, 2012, IFDC.

paquet intégré de services, définis dans la Politique nationale en faveur des orphelins et des autres enfants vulnérables. Il s'agit d'un ensemble de services d'appui scolaire, de formation, d'appuis sanitaires, nutritionnels et psychosociaux et d'assistance juridique.

131. **Les personnes vivant avec le VIH/SIDA** : Le Plan national d'action de lutte contre le VIH/SIDA consacre un de ses quatre axes à la réduction de l'impact socio-économique du VIH/SIDA ; incluant les groupes d'épargne et de crédit (*nawe nuze*), ainsi que les services d'appui scolaire, sanitaire, nutritionnel, psychosocial et juridique. Des rations alimentaires sont aussi distribuées à des patients sous traitement antirétroviral afin d'assurer l'efficacité de la thérapie. La plupart de ces appuis socioéconomiques sont effectués à travers des ONG.

132. **Les personnes âgées** : Les pensions de retraite sont limitées à la petite minorité d'anciens cotisants des systèmes de sécurité sociale dans le secteur formel. Le MSNDPHG octroie quelques ressources aux associations et centres pour les personnes âgées, et parmi les « indigents » qui reçoivent l'assistance médicale de ce ministère se trouve une forte proportion de personnes âgées. Le PAM fournit des vivres pour les centres pour personnes âgées.

133. **Les Batwa** : L'absence d'un programme national intégré pour combattre l'exclusion sociale et la vulnérabilité extrême des *Batwa* semble être une lacune. Les projets existants qui ciblent les *Batwa* sont gérés principalement par des ONG, dépendent de l'aide des PTF et sont éparpillés et difficiles à pérenniser. Même si le second Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CSLP II) identifie les *Batwa* comme groupe particulièrement vulnérable, il ne prévoit aucune mesure spécifique pour eux.

3.3 Synthèse des forces et faiblesses principales des interventions et des institutions de la protection sociale

Institutions

134. L'existence d'une Commission nationale de la protection sociale intersectorielle, présidée par le Président de la République, est incontestablement un atout pour le secteur de la protection sociale au Burundi. Beaucoup de pays peinent à faire de la protection sociale une priorité transversale pour l'ensemble du gouvernement et non seulement une question qui ne concerne qu'un ministère de tutelle. L'intérêt de cette Commission est renforcé par le fait qu'elle dispose d'une série de comités aux niveaux national, provincial et communal, et d'un Secrétariat exécutif permanent. De plus, il existe aux niveaux provincial et communal des structures qui ont une certaine expérience de la mise en œuvre des programmes sociaux, les CDFC (qui dépendent du MSNDPHG).

135. De nombreux rapports font néanmoins état des défis en termes de développement d'un système de protection sociale:

- **Des lacunes et des défaillances dans les textes légaux régissant les différentes institutions et régimes.** Celles-ci incluent :
 - **le recoupement des attributions des différents ministères dans le secteur social.** Selon les décrets présidentiels 100/216 (2011) et 100/65 (2014), les attributions des différents ministères se recoupent de manière évidente : ainsi le MFPTSS et le MSNDPHG ont-ils tous les deux la compétence générale pour concevoir et mettre en œuvre la politique gouvernementale en matière de protection sociale ; de même, le MFPTSS et le MSPLS ont tous les deux la responsabilité de « promouvoir des systèmes d'assurances maladies ou de mutualités-santé pour la population ».

- **des incohérences et lacunes dans les textes régissant les différentes institutions et régimes de la sécurité sociale.** Par exemple le décret 1/001 du 26 février 1990 portant organisation et fonctionnement de l'INSS n'a pas été mis à jour pour tenir compte des nouvelles dispositions du Code de sécurité sociale 1999 ; par ailleurs les textes d'application pour certaines lois manquent.
- **la contradiction dans le décret 100/237 (2012) concernant les comités provinciaux et communaux de la CNPS :** entre, d'une part, le mandat des comités, pour la mise en œuvre des programmes de protection sociale, et, de l'autre part leurs structures et capacités, qui sont adaptées à un rôle de coordination et de suivi-évaluation plutôt qu'à un rôle d'exécution.
- **Le manque des ressources humaines avec les compétences et moyens matériels requis pour l'exécution de leurs missions.**
 - Même les structures de la sécurité sociale connaissent des défaillances dans ce domaine.
 - Les lacunes sont encore plus marquées au niveau des structures de la CNPS, surtout aux niveaux décentralisés, où la connaissance des principes de la protection sociale non contributive est très limitée. Les compétences transversales (dans le domaine du suivi-évaluation par exemple) sont également très peu développées.
 - Les CDFCs pour leur part semblent manquer des ressources matérielles nécessaires à l'exécution de leur mission, (par exemple pour les déplacements réguliers sur le terrain).
- **Le manque des outils de supervision et de suivi-évaluation**
 - En outre, même si le personnel était qualifié, il manque des outils pour la supervision de programmes. C'est le cas pour les programmes contributifs anciens, qui ne disposent pas de logiciels adaptés, et à plus forte raison pour les programmes non contributifs.
 - En l'absence de tout format commun au secteur pour la collecte et l'analyse de données de base (tel qu'un registre commun ou un cadre de suivi-évaluation), le personnel du SEP n'a pas les moyens à ce jour de remplir sa fonction de suivi.

Programmes

136. Certaines initiatives récentes de l'État burundais, en particulier l'instauration de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes, et la suppression des frais de scolarité dans l'enseignement primaire, ont eu un impact important en termes d'accès aux services sociaux de base – même si certaines difficultés subsistent.

137. Il existe quelques programmes de sécurité sociale bien établis, mais la couverture qu'ils offrent est extrêmement limitée, en raison de la faible capacité contributive de la population. Cette situation de faible couverture des programmes contributifs n'est donc pas susceptible de trouver rapidement une solution.

138. Il en résulte que les programmes de protection sociale non contributifs sont d'une importance cruciale dans le contexte burundais. Dans ce domaine, les lacunes sont

importantes. Il n'existe, par exemple, aucun programme gouvernemental de transferts monétaires. Pourtant, ce type de programmes a prouvé son efficacité dans des contextes similaires à celui du Burundi.

139. En revanche les programmes non contributifs existants – notamment les travaux publics et les transferts d'actifs – donnent lieu à une impressionnante activité. Le soutien sans faille de la communauté internationale à l'égard du Burundi est évident, et les résultats des projets particuliers sont parfois positifs. Il n'y a cependant pas d'approche commune et cohérente, ni rien qui se rapproche d'un système de protection sociale. Par exemple les programmes de travaux publics présentent les caractéristiques suivantes :

- **Manque de cohérence d'ensemble pour ce qui est du ciblage géographique.** Chaque projet semble suivre sa propre logique, ce qui conduit presque inévitablement à des lacunes et à des chevauchements dans la couverture des différentes zones.
- **Plusieurs méthodes de ciblage, mais peu de suivi-évaluation ou de partage d'expériences.** Chaque projet de travaux publics adopte ses propres procédures et critères de ciblage. La variété de ces expériences aurait pu fournir la matière à une réflexion sur les méthodes de ciblage les plus efficaces. La plupart n'ayant pas donné lieu à une évaluation systématique, cela n'a cependant pas été encore le cas.
- **Systèmes de suivi-évaluation non harmonisés.** Par exemple, même des données aussi simples que le nombre de personnes travaillant dans un projet sont décomptées de manière différente selon les programmes. Comme mentionné ci-dessus, cela rend difficile le suivi par les structures de la CNPS des progrès réalisés sur la base d'indicateurs même très rudimentaires ; et cela rend quasiment impossible l'analyse des données en vue de comprendre ce qui marche ou pas et de tirer les leçons de l'expérience.

CHAPITRE 4: PRIORITES STRATEGIQUES DE LA PROTECTION SOCIALE AU BURUNDI

140. La section 4.1 de ce chapitre expose et explique les objectifs stratégiques de la protection sociale au Burundi; la section 4.2 met en évidence certains principes clés concernant leur exécution; et la section 4.3 décrit le cadre institutionnel pour la mise en œuvre de la stratégie.

141. À partir de l'analyse du contexte politique et de l'examen du profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Burundi, un consensus s'est dégagé sur l'idée que les programmes de protection sociale devraient être conçus pour maximiser leur contribution à trois objectifs stratégiques clés du secteur, à savoir:

1) Augmenter l'accès aux services sociaux de base en matière de santé, d'eau et d'assainissement, et d'éducation

2) Assurer la sécurité alimentaire et une sécurité élémentaire de revenu : pour ceux qui peuvent sortir de la pauvreté extrême d'une façon durable, aussi bien que pour ceux qui resteront vulnérables toute leur vie

3) Renforcer la gestion des risques (naturels et sociaux) : le rôle de la protection sociale étant de renforcer la résilience des populations vulnérables, c'est-à-dire leurs capacités à mieux gérer les risques auxquels elles sont confrontées, sans avoir recours aux adaptations néfastes.

A également été retenu comme objectif transversal : **Contribuer à une diminution de la malnutrition chronique de jeunes enfants**

4.1 Objectifs stratégiques

142. La section suivante détaille les objectifs stratégiques.

1) Augmenter l'accès aux services sociaux de base en matière de santé, d'eau et d'assainissement, et d'éducation

143. Améliorer l'accès aux services de base signifie réduire les principaux obstacles qui existent actuellement. Ceux-ci comprennent des obstacles du côté de l'offre - les coûts, la distance, la capacité et la qualité - ainsi que des obstacles du côté de la demande - les coûts et le manque de connaissances de l'utilité du service. La responsabilité de surmonter les obstacles du côté de l'offre ne se relève pas du secteur de la protection sociale. En revanche, ce secteur a un rôle potentiellement significatif en ce qui concerne les obstacles du côté de la demande.

144. *Barrières financières*: De nombreuses études ont mis en exergue les impacts positifs et significatifs des programmes non contributifs, et surtout des transferts monétaires, sur l'accès aux services de santé et d'éducation pour les ménages pauvres⁶⁷. Les programmes contributifs - tels que l'assurance santé et les mutuelles de santé - peuvent également jouer un rôle clé pour les ménages plus aisés, en leur permettant de lisser leurs dépenses de santé, atténuant ainsi les chocs de consommation liés aux maladies; et des subventions/exonérations de contributions peuvent permettre aux ménages pauvres de bénéficier de ces programmes au même titre que les ménages plus aisés.

145. *Barrières liées à la compréhension*: En collaboration avec les acteurs des autres secteurs concernés, les programmes de protection sociale peuvent également contribuer à combattre certaines barrières à l'accès liées à un manque d'information ou de compréhension de la part des populations pauvres. Cette contribution peut comprendre des mesures d'accompagnement aux transferts monétaires, telles que la sensibilisation et l'éducation sur l'importance des services sociaux de base pour le développement et le bien-être des enfants et des autres membres de la famille.⁶⁸

2) Assurer la sécurité alimentaire et une sécurité élémentaire de revenu: pour ceux qui peuvent sortir de la pauvreté extrême d'une façon durable, aussi bien que pour ceux qui resteront vulnérables toute leur vie.

146. Les ménages qui resteront toujours vulnérables comprennent ceux ayant peu ou aucune capacité de travail, par exemple ceux composés uniquement des personnes âgées et infirmes ou qui comptent un seul adulte ayant en charge une personne gravement handicapée. Le rôle de la protection sociale est de leur assurer en permanence une sécurité alimentaire et une sécurité élémentaire de revenu.

147. La catégorie des personnes capables, en théorie, de sortir d'une façon durable de la pauvreté extrême et de l'insécurité alimentaire comprend plusieurs sous-groupes:

148. Certains ménages, tout en vivant actuellement dans une situation d'extrême pauvreté, ont une capacité de travail suffisante pour prendre soin de la famille et en même temps entreprendre du travail productif. Dans le court / moyen terme ces ménages ont besoin d'une protection sociale non contributive. Mais, s'ils reçoivent des appuis appropriés et si le contexte économique est propice (c'est-à-dire que des opportunités économiques viables existent dans leur localité et que le ménage ne soit pas atteint de chocs importants), certains d'entre eux peuvent espérer sortir de la pauvreté à moyen terme. À ce moment-là, ces ménages pourraient intégrer des programmes contributifs de protection sociale.

149. Pour d'autres ménages, la sortie de la pauvreté à court ou moyen terme s'avère beaucoup moins probable, à cause, des caractéristiques du ménage, par exemple, d'une capacité de travail limitée, ou d'un fort taux de dépendance à la présence de personnes

⁶⁷ DFID, 2011, *Cash Transfers Literature Review*.

⁶⁸ Voir Britto, P, 2013, *Social Protection Programs and Early Childhood Development: Unexplored Potential*.

malades ou handicapées ou de nombreux jeunes enfants. Pourtant, certains individus vivant dans ces ménages, notamment les enfants, ont la capacité de sortir de la pauvreté et à devenir des adultes productifs et autonomes sur le long terme, si des investissements appropriés dans leur nutrition et leur éducation sont faits au début de leur vie. Autrement dit, dans ces cas-là la protection sociale peut interrompre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

150. Il y a encore une petite catégorie de ménages qui ne sont pas actuellement pauvres, et qui peuvent se permettre de verser des cotisations pour assurer leur ménage contre les risques qui mettraient en péril leur sécurité économique. À travers les programmes contributifs (les régimes de retraites, l'assurance des risques professionnels et de l'assurance maladie), le secteur de la protection sociale aidera ces ménages à s'assurer un niveau minimum de revenus continu tout au long du cycle de vie.

3) Renforcer la gestion des risques (naturels et sociaux)

151. Lorsque des chocs climatiques ou une maladie se traduisent par une baisse brutale de revenu et/ou un surcroît de dépenses (par exemple pour payer les soins de santé ou remplacer les biens endommagés), les ménages doivent adopter des stratégies d'adaptation. Certains puisent dans leur épargne ou vendent des actifs, mais ceux ayant peu d'épargne ou d'actifs sont parfois obligés de recourir à des adaptations néfastes pour garantir leur survie (par exemple, ils réduisent leur consommation alimentaire, ou retirent leurs enfants de l'école). Ces adaptations néfastes peuvent avoir des impacts négatifs tant sur le bien-être que sur le potentiel productif du ménage, et en particulier chez les enfants.

152. La protection sociale peut aider les ménages à mieux gérer ces risques. La disponibilité de liquidités, grâce aux transferts monétaires ou aux assurances, peut permettre aux familles de maintenir une consommation alimentaire adéquate, de se procurer des soins de santé, et de garder les enfants à l'école, et ainsi renforcer le capital humain de la famille et sa productivité future.

Objectif transversal : Contribuer à une diminution de la malnutrition chronique de jeunes enfants

153. Des privations dans la petite enfance peuvent avoir des conséquences négatives sur toute la vie. L'architecture du cerveau humain est mise en place très tôt dans la vie ; et des privations liées à la pauvreté affectent négativement son développement. En particulier, le retard de croissance pendant la petite enfance, en raison de la malnutrition chronique au cours de la grossesse et jusqu'à l'âge de deux ans, a un impact négatif au niveau du développement intellectuel, des résultats scolaires et de l'emploi à l'âge adulte⁶⁹. La malnutrition infantile a donc des répercussions économiques négatives à l'âge adulte et au

⁶⁹ Walker, S. et al and the International Child Development Steering Group, 'Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries', in *The Lancet* - 13 January 2007, Vol. 369, Issue 9556, pages 145-157.

long de la vie. Une étude récente de l'UNICEF au Burundi estime que **la malnutrition au Burundi conduit à une perte de 4 % du PIB**⁷⁰.

154. C'est pendant les premières années de l'enfance que les taux de rendement de l'investissement dans le capital humain sont les plus élevés. Protéger les ménages avec de jeunes enfants contre la pauvreté, la faim et l'insécurité alimentaire représente l'un des investissements les plus prometteurs et les plus rentables dans le développement humain.⁷¹

155. L'expérience montre que la réponse au problème de la malnutrition infantile doit être multisectorielle, ce qui est l'approche proposée au Burundi avec l'adoption du Plan stratégique multisectoriel de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (2014-17). De nombreuses études suggèrent que les programmes de protection sociale peuvent apporter une contribution à la réduction du taux de malnutrition, mais que cela n'est pas automatique et dépend de la façon dont les programmes sont conçus⁷². L'attention portée à la question de la malnutrition des enfants devra donc être intégrée dans cette stratégie, avec des implications sur la conception de tous les programmes.

4.2 Transformer les objectifs en actions

156. Trois principes clés sous-tendent la mise en œuvre des objectifs stratégiques :

❖ ***Une protection sociale pour tous, avec une attention particulière portée aux plus pauvres et aux plus vulnérables.***

157. Les priorités stratégiques s'appliquent à toute la population du Burundi sans distinction. Cela signifie que tout le monde doit avoir accès à des services sociaux de base, et bénéficier de la sécurité alimentaire et d'une sécurité élémentaire de revenu; et que tout le monde doit être aidé à mieux gérer les risques naturels et sociaux auxquels il est confronté. De même, tous les enfants burundais doivent avoir la possibilité de se développer normalement dans la petite enfance et être protégé des effets négatifs durables de la malnutrition chronique au cours de leurs premières années.

158. Toutefois, compte tenu de la situation de pauvreté et de vulnérabilité au Burundi et des politiques en vigueur, l'importance de mettre un accent particulier sur les **populations les plus démunies et les plus vulnérables** est reconnue. Ce sont les plus pauvres qui sont aujourd'hui confrontés aux problèmes les plus aigus d'accès aux services, à la nourriture et à la sécurité du revenu; et ce sont eux qui souffrent le plus de la survenue d'un choc. Ce sont donc ces groupes que les programmes de protection sociale doivent aider en priorité. Une des premières actions à mener dans le cadre de cette stratégie doit donc être le développement d'un système de ciblage.

❖ ***Le Secteur de la Protection sociale ne peut pas tout faire : il s'agit d'un travail en partenariat***

⁷⁰ UNICEF, 2013, Analyse de la Malnutrition des Enfants, p86.

⁷¹ Heckman J and Masterov D, 'The Productivity Argument for Investing in Young Children' in Review of Agricultural Economics, vol 29, no 3, p. 446-493., 2007.

⁷² Voir deux revues systématiques: Britto P et al, 2013, *Social Protection Programs and Early Childhood Development: Unexplored Potential*, Yale University, USA and Manley J. and Gitter, S, How Effective are Cash Transfers at Improving Nutritional Status?

159. Le secteur de la protection sociale a pour but d'apporter la plus grande contribution possible aux objectifs stratégiques clés. Cela ne signifie cependant pas que le secteur de la protection sociale est seul responsable de leur réalisation, ni que tous les programmes qui contribuent à la réalisation de ces objectifs font partie de la protection sociale. La présente stratégie présente deux types d'actions principales pour le secteur :

- La définition, l'élaboration et la mise en œuvre des **programmes clés**, afin de maximiser leurs contributions aux priorités stratégiques.

Comme expliqué dans la section 1.2 ci-dessus, il s'agit des programmes propres au secteur de la protection sociale. La Commission de la Protection sociale et ses comités seront responsables de la réussite ou non de ces interventions, à travers l'orientation, l'approbation des interventions, le suivi-évaluation et l'appui technique; pendant que plusieurs ministères, agences et ONG assureront leur mise en œuvre.

- La coordination avec tous les **programmes complémentaires** de la protection sociale, pour maximiser les impacts sur les groupes cibles.

De nombreuses interventions déjà comprises dans les stratégies sectorielles, sont susceptibles d'avoir des effets importants en matière de protection sociale. Les rôles des acteurs de la protection sociale sont de:

- promouvoir l'inclusion des personnes pauvres ou vulnérables dans les programmes existants et la prise en compte de leurs besoins et priorités dans la conception des programmes.
- renforcer les liens entre les programmes clés et ces interventions complémentaires. Cela peut passer par le recours à des processus de ciblage partagés et la mise en place un registre social unique des ménages les plus pauvres et marginalisés, à utiliser par tous les secteurs.
- promouvoir l'harmonisation de tous les programmes pour minimiser les lacunes et les chevauchements, et maximiser la couverture des populations vulnérables.

❖ ***La stratégie ne comptera pour rien sans des structures de mise en œuvre***

160. La présente stratégie ne vise pas à établir une liste de programmes souhaitables qu'on envisagerait de mettre en œuvre dans un monde idéal. Elle a plutôt pour ambition de présenter un plan d'actions hiérarchisé et échelonné dans le temps, ambitieux mais réaliste dans un contexte de capacités et de ressources limitées. Partant du constat qu'il existe des engagements légaux et politiques en matière de protection sociale qui n'ont pas encore été traduits dans les faits, la stratégie souligne l'importance de renforcer les capacités des structures administratives chargées de la mise en œuvre des politiques. Elle reconnaît l'importance des systèmes et des ressources logistiques et humaines pour assurer la protection sociale de la population. Elle propose enfin une série de mesures financièrement abordables en vue d'améliorer la protection sociale fournie aux populations pauvres et vulnérables.

4.3 Le Cadre institutionnel

161. En réfléchissant sur les arrangements institutionnels nécessaires à une mise en œuvre efficace de la stratégie, il est utile de distinguer entre trois niveaux de responsabilité:

- 1) Le niveau supérieur du Gouvernement - responsable du **développement et de la mise à jour du cadre normatif** (lois, décrets, ordonnances). Le secteur de la protection sociale peut proposer des changements à ce niveau, mais les décisions seront prises à un niveau supérieur du Gouvernement et devraient assurer la cohérence entre les responsabilités des différents ministères.
- 2) La CNPS - responsable du **renforcement du système** de protection sociale, y compris :
 - le suivi de la mise en œuvre de cette stratégie dans son ensemble, en s'assurant que les programmes et les actions convenues sont mis en œuvre à temps et en conformité avec les politiques et stratégies existantes.
 - le suivi de la gestion de tous les programmes de protection sociale contributive en assurant que cette gestion est en conformité avec les lois, les décrets, les ordonnances et les normes prudentielles.
 - le développement des lignes directrices, et des systèmes et outils communs, tels qu'un cadre de suivi-évaluation et un registre de bénéficiaires potentiels.
 - le renforcement des capacités organisationnelles, humaines et logistiques nécessaires aux fonctions de suivi et de mise en œuvre des interventions à tous les niveaux.
 - la mise en place des mécanismes de coordination pour assurer: que tous les acteurs de la protection sociale soient alignés derrière la stratégie convenue; qu'ils utilisent les systèmes et outils communs; et que les leçons tirées de l'expérience de tous les acteurs soient utilisées pour renforcer davantage le système de la protection sociale.
 - la communication au sein du gouvernement et avec le grand public, afin d'accroître la compréhension de la protection sociale et de générer un large soutien pour la mise en œuvre des programmes.
- 3) Un large éventail de ministères, d'organismes gouvernementaux et d'ONG qui sont responsables de la **mise en œuvre des programmes** ; ceux-ci qui sont énumérés dans la section 3.1 ci-dessus.

162. Comme indiqué à la section 3.1, il existe une certaine confusion au sein du cadre juridique régissant le secteur de la protection sociale en ce qui concerne le mandat de la CNPS. Le décret n° 100/237 du 22 Août 2012 donne aux organes de la CNPS au niveau national des rôles liés uniquement au suivi et au renforcement du système de la protection sociale, tandis qu'il donne aux mêmes structures aux niveaux provincial et communal une responsabilité pour la mise en œuvre des programmes opérationnels. Une des priorités pour le secteur sera de proposer des modifications au décret, afin d'arriver à une répartition plus appropriée des responsabilités conformément à la figure 4 ci-dessous.

163. La figure 4 propose une division détaillée des responsabilités par rapport au renforcement du système et à la mise en œuvre des programmes, à tous les niveaux – national, provincial, communal et collinaire. Les structures de la CNPS sont présentes et sont responsables **de la coordination et du suivi** à tous les niveaux, sauf au niveau collinaire. A ce niveau, le chef de colline a un rôle très important à jouer dans la coordination; et, afin d'éviter de concentrer trop de pouvoir dans les mains d'une seule

personne, il est proposé de charger un comité communautaire du suivi (y compris la réception des plaintes).

164. Un large éventail de ministères, d'organismes gouvernementaux et d'ONG sont présentes et seront responsables de la **mise en œuvre des programmes** à tous les niveaux, sauf, encore une fois, au niveau collinaire, où la mise en œuvre sera soutenue par un comité communautaire. Dans la mesure du possible, un comité déjà existant au niveau collinaire (par exemple le CDFC ou le CPE) sera identifié pour remplir cette fonction, afin d'éviter la multiplication des structures communautaires. (Il faudra assurer que la composition de ce comité soit différente de celle du comité chargé du suivi, afin de séparer les fonctions et promouvoir un système de surveillance et de plaintes qui est indépendant de la gestion du programme.) L'implication des communautés sera importante, même si en définissant les tâches et en identifiant des comités aptes à les remplir, il faudra tenir compte du risque de surcharge de ces comités.

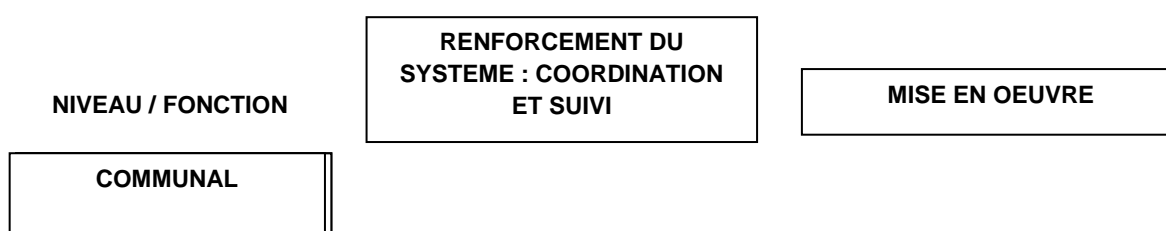
4.4 Le Cadre de programmation

165. L'approche proposée pour atteindre les trois objectifs stratégiques comprend trois volets.

- A. **Les programmes non contributifs**: le renforcement des programmes clés non contributifs: les transferts monétaires, les travaux publics et le soutien aux indigents pour leur permettre un accès aux soins de santé.
- B. **Les programmes contributifs**: un sous-secteur de l'assurance sociale contributive de plus en plus efficace, efficiente et durable, qui est autofinancé: la sécurité sociale et les systèmes pour promouvoir l'accès universel aux soins de santé de base.
- C. **Le renforcement du système de protection sociale: le renforcement du cadre normatif et institutionnel, des capacités humaines et des outils, pour une gestion et une coordination efficaces**: le développement d'un système de ciblage, la mise en place d'un registre commun; et l'élaboration d'un cadre de suivi-évaluation, d'un plan du renforcement des capacités et d'une stratégie de communication.

166. Tandis que le système d'accès aux soins de santé contribue essentiellement à l'accès aux services sociaux de base, tous les autres programmes clés devraient contribuer conjointement aux trois objectifs stratégiques.

Figure 4 : Le Cadre institutionnel de Protection Sociale



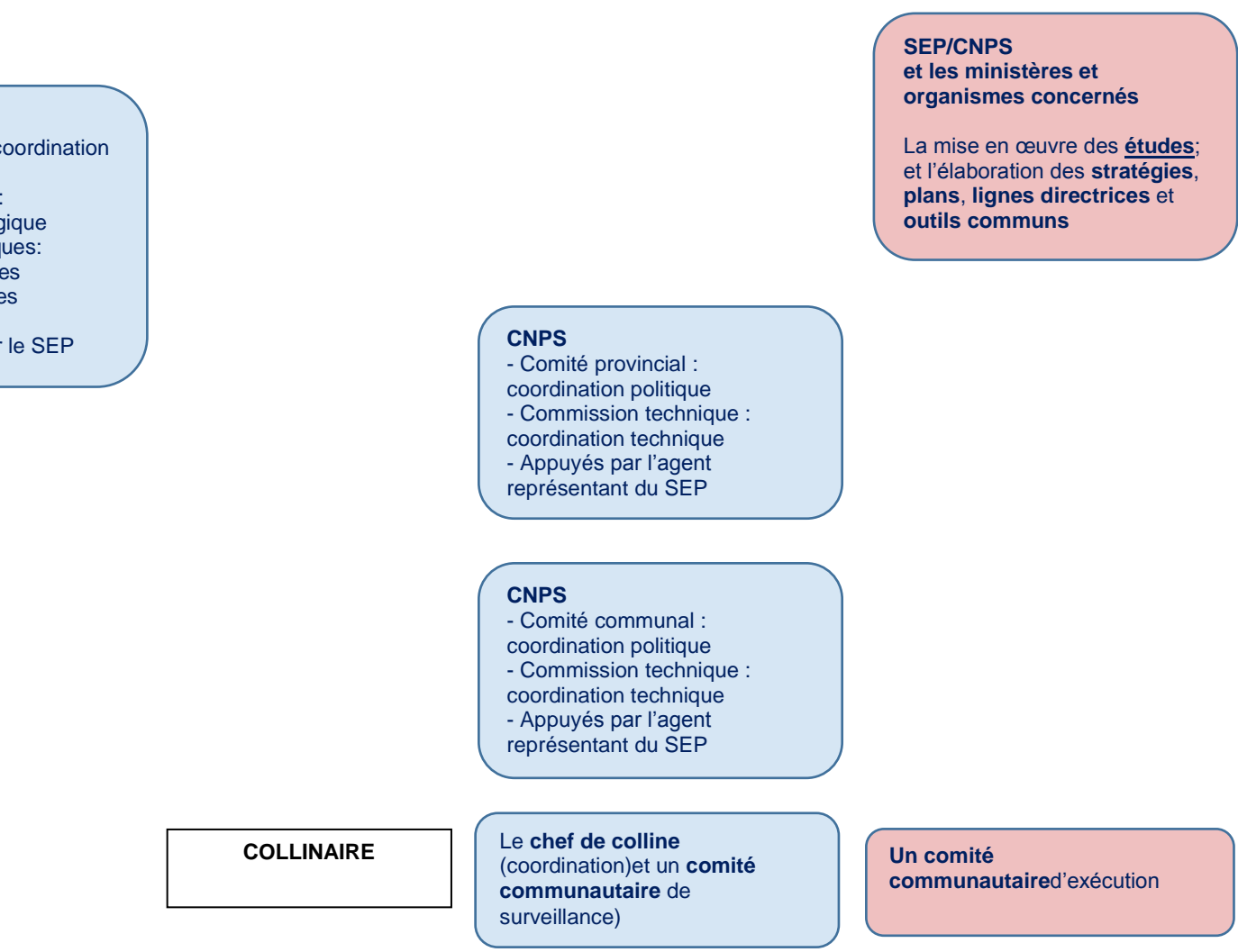
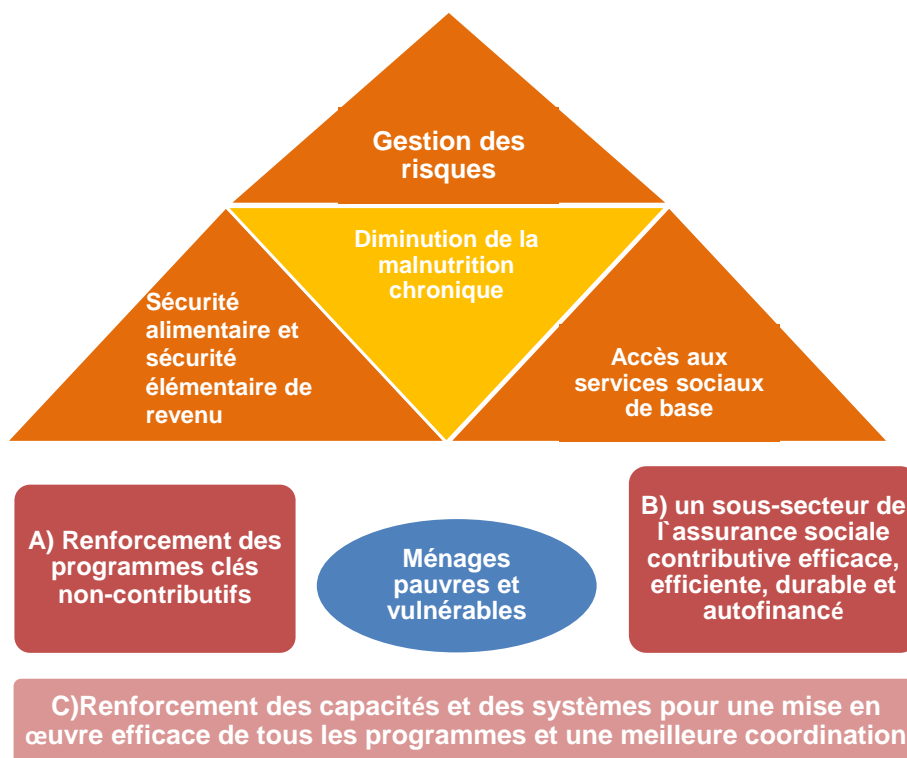


Figure 5 : Le Cadre de programmation



167. Les actions prévues sous chaque volet sont les suivantes:

A) Le renforcement des programmes clés non contributifs

- Action A1 : Développer de nouveaux programmes publics de **transferts monétaires**
- Action A2 : Définir **des lignes directrices** dans le domaine des **travaux publics** (TP) à travers un processus participatif en vue de leur adoption par les partenaires et ministères concernés
- Action A3 : Concevoir et piloter de **nouveaux types de programmes de TP à haute intensité de main d'œuvre**, centrés sur le secteur des services et sur les travaux d'entretien
- Action A4 : **Renforcer l'accès des 'indigents' aux soins de santé**

168. Ces actions incluent:

- **Le renforcement des programmes non contributifs menés par le gouvernement.** Le chapitre 3 a identifié les lacunes principales du système de protection sociale non contributive mis en œuvre par le gouvernement. Les actions A1 et A3 visent à pallier ces lacunes.
- **Une meilleure harmonisation et efficacité des programmes clés non contributifs financés par les PTF et les ONG.** Le chapitre 3 a mis en évidence le fait qu'une faiblesse importante du secteur de la protection sociale aujourd'hui réside dans l'absence d'harmonisation entre les programmes non contributifs financés par les PTF, notamment entre les programmes de travaux publics. L'action A2 vise à améliorer la cohérence et à accroître l'impact de ces programmes.

169. Le manque de programmes publics de transferts monétaires a été identifié comme une lacune dans le système actuel de protection sociale. L'expérience de nombreux pays d'Afrique de l'Est et d'ailleurs montre que les transferts monétaires ont des impacts positifs importants au regard des trois objectifs stratégiques de la protection sociale au Burundi. Ils améliorent la sécurité alimentaire et monétaire des ménages bénéficiaires, augmentent l'accès aux services sociaux de base et aident les ménages à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés⁷³.

170. On constate aussi un effet multiplicateur important des transferts monétaires sur l'économie locale : l'argent reçu sous forme de transferts sociaux ou de salaires circule, stimulant la demande et la croissance. Cela signifie que les bénéfices des programmes de protection sociale vont au-delà de leurs bénéficiaires, atteignant par exemple commerçants et négociants, dont les profits augmentent avec la demande pour leurs produits. Ces effets sont très nets quand on analyse les effets des programmes de protection sociale au Kenya⁷⁴ et au Malawi⁷⁵.

171. De plus, les transferts monétaires en Afrique tendent à renforcer les mécanismes de l'économie solidaire en permettant aux bénéficiaires de rétablir leurs réseaux sociaux⁷⁶. Par exemple, au Ghana le programme LEAP a permis aux bénéficiaires de participer davantage aux institutions de l'économie solidaire, y compris aux tontines et aux associations agricoles⁷⁷. Au Kenya le programme national des transferts monétaires destiné aux OEV (le programme CT-OVC)⁷⁸ et le filet social opérationnel au nord du pays (le HSNP)⁷⁹ ont tous les deux augmenté la participation des bénéficiaires à la vie associative. Par contre, dans certains cas des programmes de TM peuvent exacerber des jalousies ou des tensions au sein de la communauté⁸⁰, ce qui est un aspect à suivre.

172. La majeure partie des données indique que les transferts monétaires n'augmentent pas la dépendance des bénéficiaires en réduisant leur participation au marché du travail. Dans certains contextes (par exemple en Afrique du sud et au Brésil), les transferts monétaires ont augmenté la participation des ménages pauvres au marché du travail, en apportant une aide pour la garde d'enfants, en couvrant les frais liés à la recherche d'emploi ou en réduisant le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie⁸¹. Dans

⁷³Voir DFID (2011), *Cash Transfers Literature Review* and Haushofer, H. and Shapiro, J. (2013), Policy Brief: *Impacts of Unconditional Cash Transfers*

⁷⁴Taylor et al (2013), *Evaluating general equilibrium impacts of Kenya's cash transfer programme for orphans and vulnerable children (CT-OVC)*.

⁷⁵ Davies, S and Davey, J (2007), *A regional multiplier approach to estimating the impact of cash transfers: The case of cash aid in rural Malawi*

⁷⁶FAO et UNICEF, 2014, The economic impacts of cash transfer programmes in sub-Saharan Africa, Policy brief

⁷⁷ Oxford Policy Management. 2013. *Qualitative Research and Analyses of the Economic Impact of Cash Transfer Programmes in sub-Saharan Africa. Ghana Country Case Study Report, PtoP project report*, FAO.

⁷⁸ Oxford Policy Management. 2013. *Qualitative research and analyses of the economic impact of cash transfer programmes in sub-Saharan Africa: Kenya Country Case Study Report, PtoP project report*, FAO, Rome.

⁷⁹Oxford Policy Management, 2012, *Kenya Hunger safety net programme Monitoring and Evaluation Component, Quantitative Impact Evaluation Final Report: 2009 to 2012*

⁸⁰ Devereux, S. et al, 2013, *Evaluating Outside the Box: An Alternative Framework for Analysing Social Protection Programmes*

⁸¹DFID, 2011, *Cash Transfers Literature Review* and Haushofer, H. and Shapiro, J. (2013), Policy Brief: *Impacts of Unconditional Cash Transfers*

d'autres contextes (tels que la Zambie et le Lesotho) les transferts ont augmenté la production agricole des ménages bénéficiaires⁸². Des données solides indiquent également que les craintes de voir les transferts favoriser la consommation de produits comme l'alcool ou le tabac (dits « biens de tentation ») ne se concrétisaient pas dans la réalité⁸³.

173. Pour ces raisons, **le développement de nouveaux programmes publics de transferts monétaires constitue une action prioritaire (A1).**

174. Les travaux publics, s'ils sont conçus de manière à mettre en avant les objectifs de la protection sociale, peuvent également jouer un rôle important dans la promotion d'un revenu élémentaire pour les ménages pauvres. Il est vrai que, pour un bénéfice net reçu par les ménages/travailleurs bénéficiaires, les travaux publics coûtent beaucoup plus cher que les transferts monétaires, à cause des coûts des travaux eux-mêmes, y compris les dépenses en capital et matériels et les coûts de supervision des chantiers. (Voir figure 6 pour une comparaison entre l'efficacité des transferts monétaires et des travaux publics). On constate aussi qu'il y a des coûts non-matérielles pour les participants, tels que l'énergie dépensée et le coût d'opportunité du temps utilisé (en fonction des autres options existantes sur le marché du travail ou dans les tâches domestiques), ce qui fait que le bénéfice net est toujours inférieur au salaire.

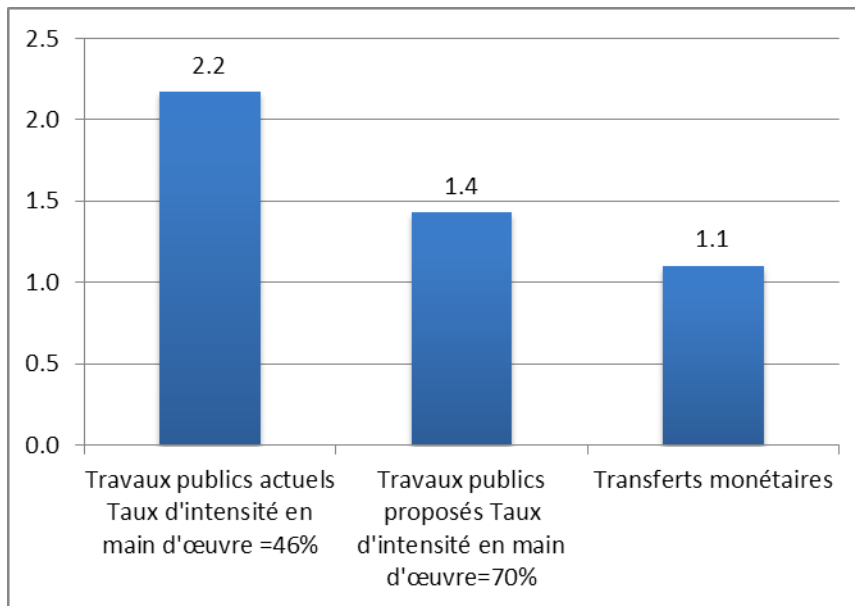
175. En revanche, il peut y avoir des externalités des travaux publics, c'est-à-dire des bénéfices au-delà du transfert monétaire aux ménages participants, tels que la construction ou la maintenance d'infrastructures communautaires (typiquement routes rurales, écoles, postes de santé, etc.) ou l'augmentation de la productivité agricole (typiquement par des travaux de conservation du sol et de gestion des eaux de surface). De nombreux partenaires mettent à disposition des financements substantiels pour les programmes de travaux publics, ce qui présente une opportunité au secteur de la protection sociale. En collaborant avec d'autres secteurs, les acteurs de la protection sociale peuvent veiller à ce que ces programmes soient conçus de manière à maximiser leurs impacts sur la protection sociale (tout en tenant compte de leurs autres objectifs).

176. Ainsi, les actions A2 et A3 mettent l'accent sur **le renforcement de l'efficacité et l'harmonisation des programmes de travaux publics.**

Figure 6: Une mesure de l'efficacité: le coût total de transférer 1 FBU à un ménage bénéficiaire

⁸²FAO et UNICEF, 2014, The economic impacts of cash transfer programmes in sub-Saharan Africa, Policy brief.

⁸³ Evans, D and Popova, A (2014), *Cash Transfers and Temptation Goods : A Review of Global Evidence*, Policy World Bank Research Working Paper 6886.



177. Augmenter l'accès aux services sociaux de base en matière de santé, d'eau et d'assainissement et d'éducation est l'un des objectifs stratégiques clés du secteur. Même si plusieurs instruments de la protection sociale stimulent l'accès à ces services, le Gouvernement a trouvé nécessaire de mettre en place un programme spécial pour assurer l'accès aux soins de santé de base. C'est pour cette raison que le dernier élément de la composante A (action A4) consiste à veiller à ce que le système de financement de la santé **couvre les primes d'assurance et les contributions des ménages les plus pauvres qui n'ont pas la capacité de payer eux-mêmes pour les soins de santé de base.** (Voir chapitre 6 pour plus de détails).

B) **Un sous-secteur de protection sociale contributive de plus en plus efficace, efficient, durable et autofinancé**

- Action B1 : Réaliser des analyses **institutionnelles, organisationnelles et financières des structures de la sécurité sociale** (l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) et l'Office national des pensions et risques professionnels (ONPR)) et mettre en œuvre leurs recommandations.
- Action B2: **Explorer**, grâce à des études et un processus consultatif, **les modifications** (neutres en termes de coût) **aux régimes de sécurité sociale** susceptibles de mieux répondre aux souhaits des assurés.
- Action B3 : **Renforcer les systèmes d'accès universel aux soins de santé de base**

178. Comme indiqué au chapitre 3, le développement du système de sécurité sociale contributive est bien plus avancé que le développement des programmes d'assistance sociale (programmes non contributifs). Il existe des programmes bien identifiés au profit des travailleurs du secteur formel qui leur assurent un revenu minimum en cas d'incapacité due à la maladie, à l'invalidité ou à l'âge, et qui permettent donc une meilleure gestion des risques sociaux. Même si ces programmes ne couvrent qu'une partie infime de ménages, parmi les plus aisés, il est important qu'il existe au Burundi un système de sécurité sociale composé de programmes contributifs efficaces et efficients, financés par cotisations,

assurant une protection réelle aux travailleurs du secteur formel et leur permettant de satisfaire les besoins fondamentaux de leur ménage à tout moment.

179. Comme indiqué à la section 3.2 il existe encore quelques défaillances dans le système contributif. Certains individus reçoivent des pensions très modiques et/ou très bases par rapport à leur ancien salaire. D'autres travailleurs ne sont même pas couverts par les régimes existants. En plus, la viabilité du système à long terme, compte tenu du vieillissement de la population, n'est pas assurée, les modifications aux contributions et aux prestations faites suite aux études actuarielles n'assurant la viabilité qu'à court terme.

180. Cette stratégie vise le renforcement du sous-secteur de l'assurance sociale contributive afin d'assurer sa viabilité financière et son efficacité.

C) Le renforcement du système de protection sociale (cadre normatif, structures, capacités et procédures) pour une gestion et coordination efficaces

- **Action C1** : Réaliser un **audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du secteur de la protection sociale**
- **Action C2** : Sur la base de l'analyse, **concevoir et mettre en œuvre une stratégie de renforcement du système de protection sociale** (cadre normatif, structures, capacités et procédures)
- **Action C3** : **Développer un système de ciblage/catégorisation**
- **Action C4** : Mettre en place des **stratégies et des outils clés**, tels qu'un cadre de suivi et d'évaluation, un registre commun et une stratégie de communication.

181. Compte tenu de l'identification de quelques défaillances institutionnelles (voir chapitre 3), il s'avère nécessaire d'entreprendre un audit **institutionnel, organisationnel et fonctionnel** du secteur (Action C1), ce qui informera le développement d'une stratégie et d'un plan global de renforcement des capacités du système de protection sociale (action C2).

182. Toutefois, certaines actions peuvent être commencées, sans attendre les conclusions de l'audit. En premier lieu il faudra que le secteur développe un système de ciblage des ménages bénéficiaires des programmes de protection sociale non contributive (action C3).

183. D'autres actions importantes et urgentes sont les suivantes:

- le développement d'un cadre commun de suivi-évaluation, pour que les organes de la CNPS puissent suivre les progrès des programmes et tirer des leçons de l'expérience
- un registre commun des bénéficiaires, pour appuyer une programmation harmonisée aux niveaux décentralisés et éviter des lacunes et des chevauchements dans le soutien offert aux ménages pauvres et vulnérables
- une stratégie de communication afin de promouvoir une meilleure compréhension de la protection sociale et un large soutien au secteur

CHAPITRE 5. LA PROGRAMMATION

184. Les actions concernant l'assistance sociale et les programmes de sécurité sociale font l'objet du présent chapitre. Les programmes clés qui visent spécifiquement à promouvoir l'accès aux soins de santé sont traités au chapitre 6. Le renforcement des systèmes et des capacités, nécessaire à la réalisation de ces programmes, est présenté au chapitre 7.

5.1 A) Les programmes non contributifs (assistance sociale)

Action A1 : Développer de nouveaux programmes publics de transferts monétaires

185. La conception de chaque programme de transferts monétaires dépendra de ses objectifs propres, du financement disponible pour sa mise en œuvre et de la capacité de mise en œuvre disponible pour le programme. La discussion ci-après se concentre sur quelques principes qui relèvent d'une analyse du contexte Burundais et qui concernent tous les programmes.

186. Tout programme de transferts monétaires comptera :

- i. un processus de ciblage incluant dans un premier temps un ciblage géographique ;
 - ii. au sein des communautés cibles, une identification des ménages pauvres et/ou vulnérables en fonction de certaines caractéristiques ou catégories clés ;
 - iii. une attention particulière aux ménages ayant de jeunes enfants en charge ;
 - iv. des mesures d'accompagnement focalisées sur le développement du capital humain.
- i. **Dans l'optique de mettre en place un programme national pérenne, pendant un premier temps les transferts seront géographiquement ciblés, c'est-à-dire qu'ils seront lancés d'abord dans les communes avec l'incidence de pauvreté la plus sévère et s'étendront progressivement.**

187. Comme décrit dans le chapitre 2, les niveaux de pauvreté de consommation, d'insécurité alimentaire et de malnutrition chronique varient de façon substantielle sur le territoire du Burundi. Ainsi une méthode efficace et peu coûteuse pour cibler les ménages pauvres sera de lancer les programmes d'abord dans les communes les plus pauvres. Les dernières données PMS et des résultats de l'Enquête sur le budget et la consommation des ménages, 2014, seront utilisées pour élaborer des cartes de la pauvreté et de la vulnérabilité, qui pourront servir de fondation au système de ciblage géographique.

- i) Au sein des communes sélectionnées, les ménages éligibles seront identifiés sur la base de caractéristiques ou de catégories clés, liées à la pauvreté.

188. Même dans les communes les plus pauvres, tous les ménages ne sont pas également touchés par la pauvreté. Dans un environnement de ressources très contraint, concentrer ces ressources sur les ménages les plus pauvres et vulnérables permet d'augmenter les prestations réalisables avec un budget donné ou d'obtenir un impact donné à moindre coût. L'action C3 se focalise sur le développement d'un système de ciblage.

ii) Quelle que soit la méthode adoptée, **une importance particulière sera accordée aux ménages avec de très jeunes enfants.**

189. Il faudra tenir compte du fait que la privation à certains stades du cycle de vie - en particulier pendant la grossesse et la petite enfance - peut avoir des conséquences plus sévères que la privation à d'autres stades. C'est particulièrement vrai au Burundi, compte tenu du taux exceptionnellement élevé de malnutrition chronique des enfants, et aussi du fait que les ménages avec de jeunes enfants sont plus pauvres que la moyenne : 63 % des ménages du quintile le plus pauvre comprend un enfant de moins de 36 mois, contre 47 % des ménages dans le quintile le mieux loti⁸⁴. Compte tenu de l'objectif transversal de contribuer à la lutte contre la malnutrition, quel que soit le système de ciblage adopté, il attachera une importance particulière aux ménages comportant de très jeunes enfants

190. Des exemples provenant de plusieurs pays révèlent que les transferts monétaires peuvent avoir des impacts positifs sur la santé, le développement socio-cognitif et la nutrition de jeunes enfants⁸⁵. Cependant, ces effets ne sont pas automatiques : ils dépendent de la conception du programme et du contexte de sa mise en œuvre. Ce qui est intéressant c'est que les impacts marginaux des programmes de transferts monétaires sur la nutrition de jeunes enfants semblent être plus importants pour les enfants vulnérables qui vivent dans les pays ayant des systèmes de santé encore lacunaires (ce qui est le cas du Burundi malgré les progrès récents).⁸⁶

191. On pourrait faire valoir que les ménages avec de jeunes enfants mais ayant une certaine capacité de travail pourraient accéder à des programmes de travaux publics plutôt qu'à des transferts monétaires. Les études globales suggèrent toutefois que les transferts monétaires peuvent avoir des impacts plus importants sur la nutrition des enfants que les programmes de travaux publics⁸⁷. Pour les mères qui participent aux travaux publics, les exigences d'un travail difficile peuvent avoir des effets négatifs sur la nutrition de leurs jeunes enfants, peut-être parce que ces mères se trouvent avec moins de temps disponible pour les soins de leurs enfants⁸⁸.

192. Il est important de noter que l'expérience internationale suggère que les transferts monétaires ciblant les ménages avec les enfants n'ont pas d'impact sur la fertilité. Dans les principales études sur cette question, conduites dans des pays en développement très

⁸⁴ Données de la PMS 2012/13 analysées par le personnel de la Banque mondiale

⁸⁵ See, for example two systematic reviews: Britto, P, 2013, *Social Protection Programs and Early Childhood Development: Unexplored Potential*; and Manley J. and Gitter, S, How Effective are Cash Transfers at Improving Nutritional Status? in *World Development*, volume 48, August 2013, pages 133 - 155.

⁸⁶ Manley et Gitter *ibid*

⁸⁷ Manley et al, 2013, *op cit*

⁸⁸ *ibid*

divers, on n'a pu trouver qu'un seul exemple d'un effet positif sur la natalité (au Honduras)⁸⁹. Même dans ce dernier cas, l'effet est faible, et il n'est pas sûr qu'il soit permanent⁹⁰. Il est de plus lié à des caractéristiques très particulières du programme et du contexte hondurien. Toutefois, compte tenu des défis démographiques auxquels est confronté le Burundi, on prendra soin d'éviter de tels biais dans la conception des programmes ; et les mesures d'accompagnement pourraient inclure des conseils sur la santé reproductive et la planification familiale.

iv) Les programmes de transferts monétaires comprendront des mesures d'accompagnement pour appuyer le développement des fondations du capital humain

193. Afin de renforcer l'impact sur la malnutrition chronique, les mesures d'accompagnement mettront l'accent sur le renforcement des comportements liés à la nutrition et au développement de jeunes enfants. Ces mesures pourront beaucoup contribuer à la lutte contre la malnutrition au Burundi où, parmi les ménages au même niveau de pauvreté, les attitudes, connaissances et comportements des mères jouent un rôle déterminant pour l'état de santé et le bien-être de jeunes enfants⁹¹.

194. Le Burundi pourrait s'inspirer des expériences des autres pays, tel que le Niger, Madagascar et le Sénégal.

Le Projet Filets Sociaux au Niger

Au Niger les transferts monétaires sont complétés par des mesures d'accompagnement pour les villages et les ménages ciblés. Ces mesures comprennent un volet comportemental qui vise à favoriser les changements de comportement sur les pratiques familiales essentielles (PFE) : des pratiques parentales liées à la nutrition, la santé, l'hygiène, et la stimulation psycho-sociale. Ce volet est exécuté par l'intermédiaire d'ONG locales, avec un contrôle intensif de la qualité de la mise en œuvre. Les activités incluent :

- Assemblées villageoises mensuelles
- Causeries-débats dirigées par les relais communautaires
- Visites à domicile effectuées par les relais communautaires.

195. On pourrait aussi envisager d'accompagner les ménages les plus vulnérables pour l'accès à l'état civil, le manque de carte d'identité étant une barrière importante à l'accès aux services sociaux de base. En plus, comme mentionné ci-haut, on pourrait envisager des mesures pour promouvoir l'accès aux services de santé reproductive et de planification familiale.

Action A2 : Définir des lignes directrices dans le domaine des travaux publics à travers un processus participatif, en vue de leur adoption par les partenaires et ministères concernés

196. La *Revue des filets sociaux* fait apparaître des différences considérables dans la conception des différents programmes de travaux publics, en particulier dans la méthode de

⁸⁹ Stecklov et al, *The Impact of Conditional Cash Transfers on Household Composition, Fertility and Migration in Central America*, 2006

⁹⁰ Il semble qu'il y ait surtout un impact sur le calendrier des naissances plutôt que sur le nombre total d'enfants. .

⁹¹ UNICEF, 2013, Analyse de la Malnutrition des Enfants

ciblage des participants, la degré d'intensité en main d'œuvre, les niveaux de salaires offerts et la façon de mesurer les résultats. Une certaine variation est normale dans la mesure où les programmes de travaux publics visent la réalisation de divers objectifs en dehors de la protection sociale. Pourtant ces divergences semblent être le résultat d'un manque de cohérence et d'harmonisation plutôt que d'une réflexion sur ces différences.

197. Les lignes directrices devront s'inspirer à la fois des bonnes pratiques internationales et des leçons de l'expérience au Burundi. Construite par un processus participatif mené par le SEP/CNPS, elle édictera des normes sur l'élaboration et l'exécution des programmes. Ces normes doivent être suffisamment précises pour informer l'élaboration des programmes, tout en gardant la flexibilité nécessaire, compte tenu de leur variété. On pourrait envisager, par exemple, une classification des programmes, avec des normes adaptées à chaque catégorie.

198. Les questions abordées par ces lignes directrices comprendront les points suivants:

- **L'intensité en main d'œuvre.** Plus l'intensité en main d'œuvre (part des coûts de main d'œuvre dans les coûts totaux) est élevée, plus un programme de travaux publics remplit un objectif de filet social et permet d'assurer un revenu essentiel au ménage bénéficiaire.
- **Le ciblage.** Plus un programme de travaux publics cible avec précision les ménages les plus pauvres et les plus vulnérables, plus il contribuera aux objectifs de la protection sociale. L'expérience internationale suggère que même dans les programmes qui ciblent les ménages les plus pauvres et vulnérables, ces ménages se retrouvent parfois exclus pour diverses raisons (notamment lorsque les travaux sont assurés par des entreprises privées, celles-ci préférant souvent des travailleurs plus compétents).⁹² Il est donc important que les mécanismes de ciblage soient adaptés au contexte dans lequel opère le programme et fondés sur l'évaluation des expériences antérieures (voir l'Action C3).
- **Les salaires.** La détermination du salaire devra prendre en compte les objectifs du programme, le contexte dans lequel il opère et les arbitrages entre les différents objectifs. Si l'on fixe les salaires à un niveau trop élevé, moins de personnes pourront bénéficier du programme (supposant une enveloppe financière fixe) et les personnes relativement aisées peuvent être attirées. En revanche, si l'on propose des salaires trop bas, les bénéfices et les impacts au niveau des ménages des travailleurs sont diminués.
- **La saisonnalité.** En milieu rural, la saisonnalité des travaux publics est très importante pour leur rôle de filet social. Le travail devrait être fourni au moment de la période de soudure et de l'insécurité alimentaire et/ou pendant les périodes de moindre activité agricole.
- **Les conditions de travail.** Il existe des coûts non-monétaires importants pour les participants aux travaux publics, tels que l'énergie dépensée et le coût d'opportunité du temps utilisé. Ceux-ci varient selon la nature et l'organisation du travail (intensité physique, horaires, lieu de travail etc.). Le coût d'opportunité comprend souvent une diminution du temps disponible pour les soins des enfants et pour les tâches

⁹²Ce phénomène a pu par exemple être constaté au Rwanda, voir: i) Government of Rwanda/FATE Consulting, 2013, *RLDSF VUP Gender Equity Assessment*; et ii) Roelen and Shelmerdine, 2014, *Researching the Link between Social Protection and Children's Care in Rwanda*.

domestiques. Ces coûts frappent davantage les femmes (qui sont les premières responsables des travaux domestiques), les jeunes enfants (qui peuvent souffrir d'une diminution de la qualité des soins) et des enfants plus âgés (qui peuvent se trouver obligés de prendre la relève quand les adultes ne sont pas disponibles pour les travaux domestiques ou agricoles).

199. Il ne suffira pas d'élaborer des lignes directrices: il faudra qu'elles aient une influence sur la pratique. Lorsque de nouveaux programmes seront lancés, ils devront s'aligner sur les nouvelles directives. La CNPS, regroupant l'ensemble des acteurs de la protection sociale, peut jouer un rôle important dans cette harmonisation. Pendant la phase de mise en œuvre, il sera nécessaire que les programmes rendent régulièrement des comptes sur la base d'indicateurs communs (voir action C4 ci-dessous sur le développement d'un cadre de suivi unique).

Action A3: Concevoir et piloter de nouveaux types de programmes de travaux publics, centrés sur le secteur des services et sur les travaux d'entretien

200. Certaines personnes, parmi les plus vulnérables, peuvent avoir du mal à participer à des projets classiques de travaux publics tels que l'infrastructure ; ou si elles y participent, cela peut avoir des effets négatifs pour elles-mêmes ou leurs enfants⁹³. Le secteur des services et les travaux d'entretien présentent l'avantage, par rapport aux travaux publics d'infrastructure classique, d'être moins exigeants physiquement, de permettre des horaires moins lourds et plus flexibles, et souvent de rapprocher le lieu de travail du domicile. Cela les rend plus adaptés aux besoins de certains ménages parmi les plus pauvres et vulnérables au Burundi, en particulier les femmes rurales avec de jeunes enfants à charge.

201. La part des salaires dans le coût total (le taux d'intensité de main d'œuvre) de ce type de travaux public peut être plus élevée que dans le cas des projets d'infrastructure. En plus, ce genre d'activités n'exige pas de compétences techniques spécialisées en ingénierie civile pour une mise en œuvre efficace ; et par conséquent, est plus adapté aux capacités des ministères sociaux et des autorités locales.

202. Des expériences intéressantes ont été menées dans plusieurs pays, y compris en Afrique du Sud, au Libéria et en Argentine. En Libéria et en Argentine des programmes de travaux publics de courte durée ont été établis à la suite des crises- liée à la hausse des prix des denrées alimentaires au Libéria et à une augmentation massive du chômage en Argentine. Les travaux devaient bénéficier à la communauté et être simples à exécuter. Le programme sud-africain *Zibambe* était un programme de plus longue durée concentré sur la maintenance des routes, et a finalement été incorporé dans le Programme étendu de travaux publics, qui inclut aussi une variété de travaux dans le secteur social (voir les encadrés ci-dessus). Le Rwanda a aussi décidé de lancer un programme étendu de travaux publics⁹⁴, qui devrait comprendre : une composante d'entretien des routes, dans l'esprit du programme *Zibambe* ; et une composante de services – comme le nettoyage, la cuisine et les services de sécurité dans les écoles et les centres de santé.

⁹³ Gouvernement du Rwanda, 2013 *op cit.* et Ahmed et al 2009 *op cit.*

⁹⁴ Voir National Social Protection Strategy of Rwanda, 2013.

203. Tout récemment la Coopération belge au développement (CTB) a commencé à appuyer le Gouvernement Burundais dans la mise en place d'un système de gestion des déchets en HIMO. A travers un projet pilote, 74 boulots ont été créés et ce système s'est montré moins cher que l'approche mécanisée.

204. Alors, les ministères sociaux (le ministère du Travail et le ministère de la Solidarité nationale) en collaboration avec les autres ministères concernés par chaque activité proposée (tel que le MTTPE, le MSPLS et le MEBS) développeront de nouveaux programmes de travaux publics dans les zones rurales, adaptés aux besoins des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables, avec un accent sur le secteur des services et les travaux d'entretien.

Le programme Zibambele et le programme Etendu de travaux publics en Afrique du Sud

Le programme Zibambele a été lancé en 2000 dans la province du KwaZulu Natal, en Afrique du Sud. Il confiait l'entretien des routes à des ménages ruraux choisis parmi les plus pauvres, en particulier des ménages dirigés par une femme, avec lesquels il signait des contrats. Les ménages devaient assurer les tâches suivantes : entretenir le système de drainage ; assurer la visibilité au bord des routes ; assurer l'entretien de la chaussée; et nettoyer les bas-côtés en ramassant les déchets et les mauvaises herbes.

Des normes de travail étaient fixées de sorte que les tâches à accomplir puissent être achevées en moins de huit jours (soixante heures) de travail par mois, et que le travail puisse être effectué de manière flexible, aux heures qui convenaient le mieux à chacun des ménages.

Zibambele a inspiré la conception du Programme étendu de travaux publics et a été fusionné avec ce programme. Lancé en 2004, le Programme étendu de travaux publics fournit des opportunités de travail à des personnes sans emploi et sans qualification particulière dans quatre secteurs y compris le secteur social.

Les opportunités d'emploi offertes dans le secteur social sont les suivantes :

Développement intégré du jeune enfant : les bénéficiaires du programme sont formés, puis travaillent dans des crèches ou à domicile dans le domaine de la santé, de la nutrition ou des services psychosociaux.

Soins à domicile ou de proximité : les bénéficiaires fournissent des soins de base au domicile ou dans les centres de santé communautaires.

Programme de nutrition scolaire : le programme emploie les bénéficiaires dans les cantines scolaires.

Campagne d'alphabétisation de masse : des bénéficiaires donnent des cours d'alphabétisation.

<http://www.epwp.gov.za>

Le programme « Cash for Work Temporary Employment Project » 2007-08, en Libéria

En plus de son objectif de maximiser l'intensité de main d'œuvre dans les projets, en décourageant l'utilisation des équipements mécaniques, le programme a utilisé les critères suivants dans la sélection des projets :

- Être simple à exécuter, compte tenu des capacités limitées du programme.
- Exiger des compétences de bas niveau
- Ne pas détourner les bénéficiaires de leurs activités productives quotidiennes. Les projets choisis étaient à proximité des communautés et les horaires de travail étaient flexibles.
- Réaliser un bénéfice pour la communauté. Les projets contribuaient à résoudre des problèmes identifiés par les communautés.

Les travaux comprenaient le balayage des rues, le nettoyage de fosses d'égout, et le débroussaillage.

5.2 B) Les programmes contributifs : Un sous-secteur de l'assurance sociale contributive de plus en plus efficace, efficient, durable, qui est autofinancé

Action B1 : Réaliser des analyses **institutionnelles, organisationnelles et financières des structures de la sécurité sociale** (l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) et l'Office national des pensions et risques professionnels (ONPR)), et mettre en œuvre leurs recommandations

205. Les institutions qui gèrent les programmes contributifs sont à différents stades de leurs propres analyses organisationnelles et de leur planification stratégique. L'INSS a récemment entrepris une étude organisationnelle exhaustive, dont les résultats ont déjà informé l'élaboration d'un plan stratégique. L'ONPR, étant récemment établi, n'a pas encore mené de telle étude, mais propose d'élaborer un plan stratégique et un plan d'investissement en 2015.

206. L'action B1 vient en complément aux analyses entreprises par chaque institution. Une attention particulière sera portée sur des questions transversales, telles que:

- La mise à jour du Code du travail et du Code de la sécurité sociale ; le développement des textes d'application, afin d'assurer une mise en œuvre des dispositions ; et la résolution d'un certain nombre de contradictions (par exemple entre l'Article 19 du Code de la sécurité sociale et l'Article 4 de la loi régissant l'ONPR en ce qui concerne le salaire considéré dans le calcul des cotisations et prestations).
- Le renforcement du cadre institutionnel du sous-secteur de protection sociale contributive, et surtout les possibilités d'harmoniser les arrangements institutionnels des différents régimes aux niveaux provincial et communal.
- Les défis en commun : l'allocation budgétaire pour des frais de fonctionnement ; la mise à jour des systèmes informatiques et de gestion des ressources humaines ; et la possibilité de créer des services informatiques et actuariels communs pour le sous-secteur de sécurité sociale contributive.

- La viabilité financière des régimes contributifs à long terme, afin qu'ils ne constituent pas une ponction sur les ressources disponibles à l'assistance sociale.
- L'harmonisation des régimes au sein de la communauté Est-africaine.

207. Les TDR des analyses seront élaborés en étroite collaboration avec les responsables des institutions du sous-secteur, afin d'assurer la complémentarité avec d'autres études en cours.

Action B2: Explorer, grâce à une étude et un processus consultatif, **les modifications** (neutres en termes de coût) **aux régimes de sécurité sociale** susceptibles de mieux répondre aux souhaits des assurés.

208. Comme indiqué à la section 3.2, les régimes actuelles ne semblent assurer ni l'équité entre les assurés, ni la viabilité du système à long terme. En plus, il y a des lacunes importantes.

209. L'étude envisagée portera sur la possibilité de modifier les régimes de retraites ou d'introduire un régime complémentaire, sur la possibilité d'étendre les régimes existants à d'autres catégories de travailleurs, et sur d'autres modifications potentielles. L'objectif sera d'assurer que toute modification adoptée :

- soit susceptible de mieux répondre aux souhaits des assurés (et assurés potentiels)
- soit neutre en termes des coûts pour l'Etat
- ne compromette pas la viabilité financière des régimes à court ou long terme.

CHAPITRE 6 : LA PROTECTION SOCIALE EN SANTE

210. Dans le champ de la protection sociale, la santé constitue un domaine un peu particulier. La couverture adéquate du risque santé par des mécanismes d'assurance ou de prépaiement ne constitue en effet qu'un des moyens de réaliser l'objectif d'accès de toute la population aux services de santé. Cet objectif dépend aussi très largement de la capacité du pays à développer une offre de services de santé de qualité et effectivement disponible sur l'ensemble du territoire national.

211. Le Burundi est actuellement engagé dans la définition d'une stratégie nationale de financement de la santé. Cette stratégie examine à la fois les conditions du financement de l'offre de soins (en vue d'améliorer l'offre de soins et de la rendre plus efficace) et l'adaptation des mécanismes de couverture existants pour permettre la couverture effective de la population.

212. L'objectif de la présente stratégie recouvre en partie ceux de la stratégie de financement de la santé. Elle n'entend cependant pas se substituer aux réflexions en cours, mais plutôt les compléter en donnant la priorité, dans ce domaine comme dans les autres domaines de la protection sociale, aux plus pauvres et aux plus vulnérables.

213. Le présent chapitre présente une analyse des mécanismes de couverture maladie contributifs et non contributifs existants aujourd'hui au Burundi, puis les actions proposées en vue d'améliorer l'accès à la santé pour les catégories les plus vulnérables de la population.

6.1 Progrès et difficultés dans l'accès aux soins

214. Les dispositifs décrits dans le chapitre 3 permettent d'améliorer l'accès de la population aux soins de santé, mais ils constituent un ensemble imparfait, notamment pour les plus vulnérables. La couverture du risque santé au Burundi se caractérise par la multiplicité et la fragmentation des dispositifs ; si d'importantes difficultés subsistent, des réformes récentes ont permis d'améliorer l'accès aux soins des franges les plus pauvres de la population.

- **Les mécanismes assurantiels ou de prépaiement ont une portée limitée malgré le développement récent de la CAM**

215. Les différents mécanismes de prépaiement des soins ne couvrent aujourd'hui qu'une minorité de la population burundaise⁹⁵. On peut considérer que le taux global de couverture de la population se situe aujourd'hui aux alentours de 25 à 30% ; dont la majorité est couverte par la CAM. Le développement de ce dernier mécanisme explique la progression des taux de couverture ; il couvrirait fin 2012 environ 11,5% de la population, contre

⁹⁵ Les données sur cette question se trouvent dans l'EDS 2010 et l'enquête PMS de 2012/2013. Voir *Revue des filets sociaux*, op. cit. p. 66-67.

seulement 3% pour la MFP, 1% pour les mutuelles communautaires et 2% pour d'autres dispositifs (assurances privées).

216. Malgré ces progrès, près des 3/4 de la population burundaise ne bénéficie donc pas d'un système de prépaiement pour les dépenses de santé. La part des dépenses engagées directement par les ménages dans le total des dépenses de santé reste donc importante (plus de 30% en 2012)⁹⁶. La proportion de ménages qui déclarent renoncer aux soins pour des raisons financières est en baisse, mais elle s'élevait encore à 37% en 2012. Le nombre de personnes qui tombent chaque année dans la pauvreté du fait de dépenses catastrophiques de santé est estimé à environ 45.000, soit 0,5% de la population⁹⁷.

217. La répartition par quintile montre enfin que la couverture concerne davantage les ménages les plus aisés : d'après les données PMS, le nombre de personnes non couvertes par un mécanisme assurantiel représentait 75% du 5^{ème} quintile (les ménages les plus aisés), contre 83 à 85% des autres quintiles.

218. Dans ce contexte, le mécanisme de gratuité pour les jeunes enfants et les femmes enceintes apporte un complément appréciable dans la couverture des frais de santé, notamment pour les ménages les plus vulnérables.

- **L'accès aux soins s'est sensiblement amélioré dans les années récentes, notamment pour les enfants et pour les femmes**

219. Plusieurs enquêtes⁹⁸ font apparaître un accroissement récent de la consommation médicale qui semble imputable au mécanisme de la gratuité couplée au financement basé sur la performance. Le nombre d'accouchements en établissement de santé représentait ainsi près de 60% des naissances en 2010 selon l'EDS, et 85% en 2012/13 (PMS). Le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre qui ont consulté un service ou personnel de santé a augmenté (de 62% selon l'EDS 2010 à 67% en 2012/13)⁹⁹. De même, le dépistage du VIH/Sida semble progresser, puisque la proportion des femmes de 15 à 49 ans qui ont fait un test et reçu les résultats passe entre les deux enquêtes de 19 à 55%. Le nombre d'enfants de 12 à 23 mois qui ont reçu tous les vaccins semble en revanche avoir diminué, de 83% (EDS 2010) à 65% en 2012 (PMS 2012/13).

- **Certaines barrières financières et non financières subsistent pour l'accès des plus pauvres aux soins de santé**

220. Des difficultés d'accès semblent subsister pour les accouchements, notamment pour les femmes les plus pauvres. En effet, le pourcentage de femmes accouchant hors des établissements sanitaires est nettement plus élevé dans les ménages pauvres. 26% des femmes du 1^{er} quintile (le plus pauvre) accouchent hors d'un établissement par rapport à

⁹⁶ 27,6 % par paiement directs, 6,7% par des mécanismes d'assurance obligatoire et 1,2% par des mécanismes d'assurance volontaire selon les chiffres du PMS, cités in MSPLS, *Etude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport de synthèse*, mai 2014, p. 56.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ L'enquête OAG mentionnée ci-dessus et les enquêtes EDS 2010 et PMS 2012/13.

⁹⁹ *Op. cit.*, p. 18-19.

13% des femmes du 5^{ème} quintile. La différenciation pour les accouchements se fait aussi suivant le lieu de résidence : si presque un quart des accouchements (23%) en milieu rural se fait en dehors des structures sanitaires, cette proportion n'est que de 6% en milieu urbain.

221. Les facteurs explicatifs des difficultés d'accès peuvent être de plusieurs ordres. Dans l'enquête EDS, les difficultés invoquées par les femmes pour l'accès aux services sanitaires étaient en premier lieu le manque d'argent (77%), suivis par des problèmes du côté de l'offre (distance 52%) et des facteurs socio-culturels (ne veulent pas y aller seule, 41%, et ont besoin d'autorisation, 37%).

222. Par ailleurs, des difficultés peuvent résulter des exigences administratives auxquelles sont soumis les patients. Le manque de documents d'identité peut ainsi constituer une barrière pour l'accès aux soins officiellement gratuits. En effet les patients doivent présenter une carte d'identité ou un acte de naissance et un carnet de vaccination (pour les enfants), ce qui peut contribuer à exclure une partie de la population vulnérable, compte tenu du nombre important de personnes non enregistrées à l'état civil. Selon l'EDS 2010, le taux global d'enregistrement des enfants de moins de 5 ans à l'état civil était de 75% ; l'enquête PMS 2012/2013 trouve des taux plus élevés (83% en moyenne), mais qui se réduisent de 88% dans le 5^{ème} quintile de revenu à 78% dans le premier quintile (soit 22% des enfants encore non enregistrés dans cette catégorie).¹⁰⁰

- **Le mécanisme de l'assistance médicale spécifiquement destiné aux plus pauvres ne fonctionne pas bien**

223. Bien qu'il représente une dotation budgétaire importante pour le MSNDPHG, les quelques 1,4 Milliards de FBu consacrés à l'assistance médicale sont insuffisants si on les rapporte aux besoins médicaux des Burundais pauvres. Selon des données fournies par le Ministère, 11.056 personnes ont bénéficié en 2012 de l'assistance médicale, soit 0,1% de la population. L'enquête PMS menée en 2012 a montré que les attestations d'indigence étaient utilisées pour 0,7% des consultations dans les établissements de santé, ce qui corrobore le fait que le dispositif n'atteint qu'une part très restreinte de la population pauvre. En pratique, les bénéficiaires semblent être surtout des patients hospitalisés qui risqueraient d'être détenus dans les hôpitaux si leurs factures n'étaient pas payées.

224. Le dispositif souffre ainsi à la fois de procédures peu claires dans la sélection des bénéficiaires de la gratuité des soins, et d'un sous-financement chronique qui en limite la portée.

6.2 La programmation dans le domaine de la protection sociale en santé

225. La programmation, dans le cadre de cette stratégie, se centre sur les actions favorisant l'accès aux soins de santé en complément des actions envisagées pour l'ensemble de la population dans le cadre de la stratégie de création d'une couverture maladie universelle. Sont envisagées la réforme de l'assistance médicale aux « indigents »

¹⁰⁰ Chiffres cités dans la *Revue des filets sociaux*, p. 19 et p. 59.

d'une part, et les mesures non financières favorisant l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres d'autre part.

Action A4 : Renforcer l'accès des « indigents » aux soins de santé

226. Les défauts du système actuel de subventionnement des soins pour les plus pauvres, ou « indigents », conduisent à envisager la suppression du dispositif des attestations d'indigence et l'intégration d'un système de couverture des frais de santé pour les plus pauvres dans le mécanisme de la Couverture santé universelle (CSU)¹⁰¹.

227. Dans le cadre de la stratégie de financement de la santé en cours d'élaboration, il est proposé de réaliser cette intégration par la prise en charge par l'Etat (ou par des transferts d'autres catégories plus favorisées) du coût de la cotisation annuelle et des tickets modérateurs pour les ménages les plus pauvres.

228. Cette intégration suppose de réaliser un travail de catégorisation de la population, pour déterminer précisément ceux des ménages qui auront droit à ce subventionnement total des soins de santé.

229. La capacité contributive des ménages doit toutefois s'apprécier au regard du coût des soins à financer. Il est donc possible que la catégorie des ménages très pauvres, incapables de contribuer financièrement aux dépenses de santé, dépasse la catégorie des ménages extrêmement pauvres qui pourraient être ciblés par des programmes sociaux dédiés comme les transferts monétaires envisagés pour le Burundi par exemple (cf. action A1 ci-dessus).

230. Les études de coûts réalisés dans le cadre de la stratégie de financement de la santé apportent un premier éclairage sur cette question. Le schéma du partage du financement envisagé pour la CSU, dont le coût, pour le seul secteur informel, est estimé à 144,5 milliards de FBu en 2013, préserve le caractère « gratuit » (c'est-à-dire financé par l'Etat et les PTF) des prestations liées à la maternité et aux enfants de moins de 5 ans. Si on conserve le principe d'un ticket modérateur de 20% sur les autres prestations, ce schéma aboutit à la nécessité d'une cotisation *moyenne* de 26.000 FBu par an pour chaque carte d'assurance maladie délivrée (une par famille, soit 2.270.471 pour le seul secteur informel). Les auteurs du rapport provisoire sur le financement de la santé ont rapproché ce montant de la capacité contributive estimée des ménages burundais, regroupés par quintile¹⁰².

¹⁰¹ Letourmy, Alain, *Stratégie nationale de financement de la santé au Burundi. Rapport provisoire*, 24 novembre 2014 (avec la collaboration de François Durin et de Raïssa Sarah Bigendako). Le rapport propose des modalités de partage du coût d'un panier de soins garanti pour tous entre les différentes catégories de population. En termes institutionnels, il préconise une organisation aussi unifiée que possible au niveau national, avec la création d'une Agence nationale pour la CSU des ménages du secteur informel, d'un acheteur de soins par région, et la sélection de « guichets » locaux chargés notamment de l'immatriculation et de la collecte des cotisations sur la base d'un cahier des charges défini au niveau national.

¹⁰² Cette capacité contributive est estimée, en l'absence d'informations sur le seul secteur informel, en utilisant les données des enquêtes de consommation, qui donnent une mesure de la consommation mensuelle des ménages burundais par équivalent adulte et une répartition par quintile selon cet indicateur. A partir de ces informations, le revenu moyen annuel d'un ménage a été estimé pour chaque quintile. Il a ensuite été considéré qu'une cotisation représentant 4% de ce revenu représentait une charge admissible pour le ménage. Le montant

Tableau 3 : Capacité de paiement d'une cotisation d'assurance maladie selon le quintile de revenu (population entière)

Quintile	Revenu annuel estimé	Capacité annuelle de paiement d'une cotisation maladie (4%) FBu
1	172.487	6.899
2	366.329	14.653
3	560.011	22.400
4	884.587	35.383
5	2.862.743	114.510

Source: Stratégie nationale de financement de la santé au Burundi, rapport provisoire, tableau 9, page 42.

231. On peut inférer du tableau 3 que le premier quintile est loin d'avoir les moyens de payer une cotisation de 26.000 FBu. Mais ce montant poserait aussi des problèmes au second quintile, voire au troisième. Cet exercice aboutit à la conclusion que le montant de cotisation envisagé ne serait pas supportable pour 3 des 5 quintiles de revenus (soit 60% des ménages). La question de l'identification précise des ménages qui bénéficieraient de soins totalement subventionnés pose donc un problème technique et financier important, dans le contexte burundais où une grande partie de la population dispose de ressources très limitées.

Action B3 : Renforcer les systèmes de promotion de l'accès universel aux soins de santé de base

232. Cette action rejoint l'objectif de couverture maladie universelle explorée dans le cadre de la stratégie nationale de financement de la santé.

233. Le choix a été fait d'inscrire la démarche dans une perspective d'emblée universelle, ce qui devrait permettre à terme d'éviter un morcellement trop important de la couverture. Les modalités institutionnelles et techniques de la CSU proprement dite étant détaillées dans un document séparé, la présente stratégie ne reviendra pas sur ces aspects.

234. En revanche, plusieurs actions peuvent être envisagées pour limiter les barrières non financières à l'accès aux soins auxquels sont confrontées les catégories les plus pauvres de la population burundaise. Ces actions permettraient de renforcer les mesures de gratuité sélectives existantes, qui ne devraient pas être remises en cause.

235. On pourrait ainsi envisager de supprimer les restrictions administratives pour l'accès aux soins de santé, ou d'accompagner les ménages les plus vulnérables pour l'accès à l'état

ainsi obtenu est comparé aux 26 000 FBu de cotisation envisagé. Voir le rapport cité ci-dessus, p. 39 et suivantes.

civil. Cette action pourrait s'inscrire dans le cadre des programmes de transferts monétaires destinés aux ménages les plus pauvres (action A1), en complément des actions d'accompagnement et de sensibilisation sur la nutrition des enfants. D'autres actions prévues dans le cadre de la stratégie de financement de la santé, comme l'intégration des transports (en cas de référencement à l'hôpital) dans le panier de soins garantis pour tous, sont aussi de nature à améliorer l'accès aux soins de santé, notamment pour les plus vulnérables.

236. Une autre action majeure, dont l'importance pour l'accès aux soins est justement soulignée dans la stratégie de financement à la santé, serait de favoriser le développement de l'offre de soins dans les zones rurales, où la non-disponibilité des services limite encore trop souvent l'accès aux soins. Cette action ne relève cependant pas de la protection sociale proprement dit, mais plutôt des actions complémentaires à mettre en œuvre par le secteur de la Santé¹⁰³.

¹⁰³ Voir la distinction établie ci-dessus au paragraphe 16.

CHAPITRE 7: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE

237. Le présent chapitre examine comment mettre en place un système de protection sociale capable d'assurer l'atteinte des objectifs stratégiques du secteur, et cela d'une façon durable. Il s'agira d'un renforcement des structures, des capacités et des outils du secteur.

Action C1. Réaliser un audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du secteur de la protection sociale

238. Cette étude:

- proposera des **modifications au cadre normatif** (lois, décrets, ordonnances) afin de résoudre les chevauchements de mandats, et des incohérences; et de clarifier les rôles et les responsabilités de chaque structure ;
- analysera l'**efficacité des organes de la CNPS par rapport à leurs mandats**. Pour les comités (le Comité technique, ses groupes thématiques et les comités provinciaux et communaux) l'étude inclura une analyse des règlements intérieurs, des TDRs, de leur composition et de leur fonctionnement. Concernant le SEP et ses représentants aux niveaux provincial et communal, il s'agira d'une analyse des organigrammes, de la description des tâches, de la définition des compétences requises pour chaque poste, du système de gestion des performances, des grilles salariales, etc. ;
- considérera **comment mieux harmoniser et intégrer le travail des différentes structures existantes aux niveaux provincial et communal** (par exemple, les Comités de la CNPS, les CDFC et les cadres de coordination de la sécurité alimentaire et de la nutrition) ;
- proposera une approche réaliste pour soutenir le **développement durable des compétences de tout le personnel** actif dans le secteur de la protection sociale, (les membres et le personnel des organes de la CNPS aux niveaux national, provincial et communal, plus le personnel chargé de la mise en œuvre des programmes dans les différents ministères et autorités locales). L'approche proposée ne devrait pas reposer à l'excès sur des cours *ad hoc* (souvent chers et peu efficaces), mais pourrait inclure, par exemple, un système de mentors ou de tuteurs organisé sur le lieu de travail, le développement d'un corps local de formateurs et/ou des partenariats avec les universités nationales ;
- évaluera **les capacités logistiques** - en particulier dans le domaine des transports et des technologies de l'information et de la communication - et **les autres supports** - tels que les règlements et les manuels d'opérations - requis pour permettre au personnel de remplir pleinement ses fonctions et de mettre en œuvre les interventions dont il est responsable.

Action C2. Concevoir et mettre en œuvre une stratégie de renforcement du système de protection sociale (cadre normatif, structures, capacités et procédures)

239. Le contenu de cette stratégie dépendra des analyses (Action C1). Elle devrait comprendre un plan d'action détaillé accompagné d'une évaluation des coûts de chaque action.

240. Entre temps, le secteur peut déjà entreprendre certaines actions afin de rendre plus efficaces à court terme les structures du secteur de la protection sociale, notamment :

- Dynamiser les structures de coordination technique qui sont prévues dans le décret 100/237 (les Groupes thématiques du Comité technique au niveau national et les sous-comités techniques aux niveaux provincial et communal). Inviter les techniciens expérimentés de toutes organisations (les ministères, les autorités locaux, les PTF et les ONG) à participer aux réunions de ces structures afin de faciliter le partage d'information et d'expériences.
- Ajouter aux structures du Comité technique de la CNPS un groupe thématique sur le renforcement du système de protection sociale (cadre normatif, capacités, outils). Comme indiqué à la section 3.1.1, il n'existe pas actuellement de groupe traitant du développement des capacités, cette question ne faisant pas partie des questions revenant logiquement à un groupe thématique en particulier. Il est donc proposé de créer un groupe supplémentaire afin de lancer et de poursuivre les travaux dans ce domaine.

Action C3. Développer un système de ciblage/catégorisation

241. Dans un contexte de ressources limitées, assurer à l'ensemble de la population un niveau minimal d'accès aux services sociaux, à la nourriture, à la sécurité des revenus et à la protection contre les chocs exige un ciblage précis de tous les programmes. L'élaboration d'un système de ciblage est donc une priorité essentielle pour le secteur. Le tableau 4 ci-dessous présente une typologie simplifiée de la manière dont le secteur cherchera à cibler différents programmes au profit de différentes catégories de ménages.

242. Pour mettre en œuvre un tel système, les différents groupes-cibles doivent être identifiés et leurs membres enregistrés par un système de ciblage. C'est une tâche difficile quel que soit le contexte et il y a toujours des erreurs d'exclusion (personnes éligibles exclues à tort) et des erreurs d'inclusion (personnes non éligibles incluses par erreur). Le secteur cherchera à minimiser ces erreurs, grâce à :

- un système bien conçu tirant les leçons de l'expérience ;
- une expertise d'exécution solide, reposant sur une formation adaptée ;
- et des mécanismes de contrôle pour permettre la correction des erreurs, y compris un système efficace d'examen indépendant des plaintes et réclamations.

243. Le ciblage ayant un coût – les systèmes complexes sont généralement plus précis, mais aussi plus coûteux – les exigences de précision seront soigneusement mesurées par rapport au coût de la conception du système.

Tableau 4 : Typologie des programmes et ciblage

Structure du ménage/ Niveau de pauvreté/vulnérabilité	Extrêmement pauvres/vulnérables	Pauvres	Non-pauvres
--	------------------------------------	---------	-------------

Structure du ménage/ Niveau de pauvreté/vulnérabilité	Extrêmement pauvres/vulnérables	Pauvres	Non-pauvres
<ul style="list-style-type: none"> Ménages avec des taux de dépendance élevés (très jeunes enfants, parents seuls, membres sévèrement handicapés) 	<p>Transferts monétaires</p> <p>OU</p> <p>Travaux publics flexibles</p> <p>PLUS</p> <p>Accès entièrement subventionné aux soins de santé</p>	<p>Programmes complémentaires de transferts d'actifs et de services productifs</p> <p>PLUS</p> <p>Assurance santé/ mutuelle</p> <p>+ subvention</p>	<p>Sécurité sociale (contributive)</p> <p>PLUS</p> <p>Assurance santé (contributive)</p>
<p>Ménages sans adulte capable de travailler</p> <ul style="list-style-type: none"> Ménages incluant uniquement des personnes âgées, des personnes handicapées et des enfants 	<p>Transferts monétaires</p> <p>PLUS</p> <p>Accès entièrement subventionné aux soins de santé</p>	<p>Programmes complémentaires de transferts d'actifs et de services productifs</p> <p>PLUS</p> <p>Assurance santé/ mutuelle</p> <p>+ subvention</p>	<p>Sécurité sociale (contributive) (pensions)</p> <p>PLUS</p> <p>Assurance santé (contributive)</p>
<p>Ménages avec une capacité de travail suffisante</p>	<p>Travaux publics OU</p> <p>Transferts monétaires</p> <p>PLUS</p> <p>Accès entièrement subventionné aux soins de santé</p>	<p>Programmes complémentaires de transferts d'actifs et de services productifs</p> <p>PLUS</p> <p>Assurance santé/ mutuelle</p> <p>+ subvention</p>	<p>Sécurité sociale (contributive)</p> <p>PLUS</p> <p>Assurance santé (contributive)</p>

244. Les défis particuliers pour le développement et la mise en œuvre d'un système de ciblage au Burundi sont les suivants :

- La pauvreté généralisée : même si les inégalités sont fortes au Burundi, la très faible consommation moyenne signifie que, à l'exception des 20% de la population les plus favorisés, les différences de consommation sont très faibles en termes absolus et peuvent être difficiles à détecter avec précision.
- Les limites des données : la plupart des données actuellement disponibles sur la pauvreté sont dépassées, et se concentrent uniquement sur les aspects non monétaires de la pauvreté. Les lacunes dans ce domaine devraient être en partie comblées quand les résultats de l'Enquête sur le budget et la consommation des ménages, 2014, seront disponibles.
- Le manque d'évaluations rigoureuses : alors que de nombreuses approches différentes du ciblage communautaire ont été utilisées au Burundi, peu ont été évaluées

de manière rigoureuse, si bien que l'on ne sait pas encore les approches qui fonctionnent bien ou non.

- La faiblesse des capacités : une grande partie de l'expérience sur le ciblage a été acquise dans le cadre de programmes gérés par des ONG et financés ponctuellement par l'aide extérieure, si bien que le personnel de l'État a peu appris.

245. Certains programmes seront ciblés géographiquement dans un premier temps. Cela fait, il y a trois méthodes principales qui pourraient être utilisées séparément ou combinées entre elles pour identifier/classifier les ménages au sein des communautés cibles :

Tableau 5 : Les Méthodes de ciblage des ménages

Méthode	Description	Circonstances d'utilisation, avantages et inconvénients
Evaluation des ressources : Test des moyens d'existence TEMD (<i>proxy means test</i>)	Un score est calculé pour chaque ménage à partir d'un petit nombre de caractéristiques facilement observables et difficilement manipulables, affectées d'une pondération. L'éligibilité est déterminée en comparant ce score à un seuil d'éligibilité prédéfini.	<p><u>Circonstances</u></p> <p>Lorsqu'on dispose de données fiables et récentes sur la pauvreté, le TEMD peut être le moyen le plus efficace pour identifier les ménages à faible consommation et en situation de pauvreté chronique</p> <p><u>Pour</u></p> <p>Cette méthode réduit le risque de capture des prestations par les élites.</p> <p><u>Contre</u></p> <p>Elle est généralement plus chère à mettre en œuvre que d'autres méthodes.</p> <p>Peut être plus difficile à expliquer aux communautés.</p>
Ciblage communautaire	<p>Les ménages qui seront bénéficiaires sont identifiés par un processus communautaire, en utilisant une série de critères de pauvreté ou des catégories, qui peuvent être élaborés au niveau local ou national, et qui sont plus ou moins spécifiques.</p> <p>Le processus est parfois entièrement participatif ; parfois une première sélection est opérée par un comité, puis vérifiée par la communauté.</p>	<p><u>Circonstances</u></p> <p>Les méthodes communautaires sont adaptées aux contextes peu politisés où tout le monde se connaît. Elle peut être exécutée rapidement au moment des crises.</p> <p><u>Pour</u></p> <p>Elles tiennent compte de la connaissance qu'a la communauté locale de la situation des familles et de la définition locale de la pauvreté.</p> <p>Elles permettent aux communautés de comprendre le processus et de se l'approprier.</p> <p>Mais elles se prêtent davantage aux abus et à la capture par les élites, surtout s'il n'existe pas de système de vérification ou de traitement des plaintes.</p>

Méthode	Description	Circonstances d'utilisation, avantages et inconvénients
Ciblage catégoriel	L'éligibilité est déterminée par la composition du ménage: par exemple ménage avec un fort taux de dépendance, ménage dirigé par une femme, ménage qui inclut un enfant de bas-âge, ménage qui inclut les personnes âgées etc.	<p><u>Circonstances</u></p> <p>Lorsque les programmes ciblent des groupes spécifiques, comme des pensions sociales pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, alors le ciblage catégoriel s'impose.</p> <p>Les données démographiques sur le ménage peuvent également être utilisées comme une approximation de la pauvreté (mais généralement en combinaison avec d'autres méthodes, car la corrélation d'une catégorie avec la pauvreté est souvent assez faible).</p> <p><u>Pour</u></p> <p>Cette méthode est simple à exécuter.</p> <p>Quand les ressources suffisent pour atteindre toutes les personnes d'une catégorie, le ciblage catégoriel peut permettre de renforcer le soutien du public à la protection sociale (car tout le monde est inclus)</p> <p><u>Contre</u></p> <p>Risque d'inclure beaucoup de ménages non-pauvres (diminuant l'efficacité).</p> <p>Un ciblage simple peut ne pas résoudre le défi de priorisation des ressources limitées, par exemple quand on veut prioriser les jeunes enfants et ces derniers sont très nombreux (comme au Burundi).</p>

246. Aucune méthode de ciblage n'est meilleure que les autres dans l'absolu. Comme on peut en juger à la lecture du tableau 5 ci-dessus, chacune a ses avantages et ses inconvénients. Leurs mérites relatifs dépendent des objectifs du programme, du contexte et de la qualité de la mise en œuvre. En effet, la combinaison de méthodes semble la manière la plus efficace de procéder : les programmes procèdent généralement à un ciblage géographique, puis ils utilisent un mélange de méthodes pour l'identification des ménages (TEMD, catégoriel, et/ou à base communautaire).

247. Ainsi, dans un premier temps, une analyse plus poussée sera nécessaire pour appuyer la conception d'un système. Une étude doit être menée sur l'efficacité de différentes approches de ciblage déjà utilisées au Burundi, en tenant compte des leçons tirées de l'expérience de différents systèmes de ciblage dans d'autres pays de la région.

248. Sur la base des conclusions de cette étude, un système de ciblage sera conçu pour être à la fois efficace et bien adapté aux réalités du contexte burundais. Afin de promouvoir l'harmonisation et l'efficacité, ce système devra être conçu en vue d'une utilisation dans un large éventail de programmes clés et de programmes complémentaires.

249. Un système de traitement des plaintes et des réclamations sera mis en place parallèlement au système de ciblage, pour qu'il y ait un mécanisme permettant de corriger les erreurs (inévitables) et que les programmes répondent de leur gestion devant les communautés pauvres qu'ils doivent servir.

250. Une fois que le système aura été conçu :

- L'approche sera testée (questionnaires, procédures, saisie des données);
- un manuel de procédures sera élaboré pour servir de guide aux responsables de sa mise en œuvre ;
- la formation du personnel ainsi que des séances d'information pour les communautés seront organisées ;
- le système sera mis en œuvre.
- l'efficacité du système sera évaluée

251. À cause des chocs, mais aussi de l'évolution des ménages au cours du cycle de vie, les niveaux de pauvreté et de vulnérabilité changent avec le temps. Des exercices de ciblage seront programmés, assez régulièrement pour assurer que la plupart des données soient à jour, mais non pas si souvent que l'exercice pèse lourd sur les capacités limitées. Dans la plupart des pays, un processus de ciblage est conduit tous les 3 à 5 ans ; et il y a souvent des mises à jour de la liste des ménages éligibles entre temps (pour tenir compte des changements tels que les déplacements et les morts).

Action C4 : Mettre en place des stratégies et des outils clés, tels qu'un cadre de suivi et d'évaluation, un registre commun et une stratégie de communication

252. Le système de protection sociale doit être soutenu par un ensemble de lignes directrices, de plans et d'outils communs, permettant une mise en place et un suivi efficaces de la stratégie.

Un registre commun

253. Alimenté par le système de ciblage, un tel registre permettrait l'enregistrement en un seul endroit des caractéristiques de tous les ménages identifiés comme faisant partie des plus pauvres et des plus vulnérables. Ces informations doivent être mises régulièrement à jour et le registre doit alimenter une base de données nationale. Une copie de la base de données devrait être placée auprès du Comité communal de la protection sociale et utilisé par le personnel des différents ministères déconcentrés, des autorités communales, des comités locaux et du personnel des programmes. Cela permettrait aux acteurs de la protection sociale aux niveaux locaux (communal et collinaire) de s'assurer que les ménages les plus pauvres et les plus vulnérables dans leurs communautés ont progressivement accès à une gamme complète de services de protection sociale.

254. Il faudra concevoir le registre dès le départ en ayant à l'esprit les besoins des utilisateurs aux niveaux local et national, et la constitution d'un registre unique au niveau national. Le personnel des programmes et les comités collinaires et communaux auront besoin des informations détaillées dans un format simple et facilement partageable pour la mise en œuvre des activités. Les ministères et comités aux niveaux provincial et national auront besoin d'un accès facile aux principales données nécessaires à la prise de décision et à la planification stratégique. Le registre doit être centralisé avec une seule base de données nationale, qui sera actualisée le plus fréquemment possible avec des procédures bien définies ; et dès le départ, les formulaires et les procédures d'inscription dans le registre, d'accès et de modification des données doivent être harmonisées. Cela permettra

au registre de servir comme fondement d'un système d'information sectoriel et national, soutenu éventuellement par un système d'information de gestion (SIG) informatisé.

255. Il sera essentiel de protéger les données du registre, afin d'assurer la confidentialité et d'éviter le risque d'abus. A cette fin, des protocoles seront développés qui spécifieront qui a le droit d'accès à chaque type d'information et qui peut la modifier (actualisations périodiques ou en fonction de changements de la situation des ménages). Des mécanismes seront développés pour opérationnaliser ces protocoles.

Un Cadre de suivi-évaluation du secteur de laprotectionsociale

256. Aujourd'hui, même des données de base comme le nombre de ménages ou d'individus qui bénéficient des programmes clés de protection sociale sont difficilement accessibles. Quant aux indicateurs de protection sociale couramment utilisés ailleurs pour mesurer l'efficacité ou le rapport coût/efficacité d'un programme - tels que l'intensité en main d'œuvre des travaux publics, le coût de la distribution de 1 FBu à un ménage bénéficiaire, ou les délais de paiement - soit ils ne donnent lieu à aucune collecte de données, soit cette collecte est effectuée suivant les définitions différentes de chaque programme.

257. L'élaboration d'un cadre commune suivi-évaluation pour le secteur créerait un outil utile pour la CNPS dans l'accomplissement de son mandat de surveillance et de coordination, ce qui rendrait le secteur plus efficace pour suivre les progrès, identifier les problèmes et tirer des leçons de l'expérience. Tous les nouveaux programmes clés devraient aligner leurs systèmes de suivi-évaluation sur le cadre essentiel commun, et les programmes existants seraient invités à collecter les données de façon systématique et régulière.

258. Pour la première phase, le cadre de suivi-évaluation devrait rester très simple et tenir compte des capacités existantes pour la collecte et l'analyse des données. Mais une fois établi, l'outil pourrait être progressivement étendu pour permettre au secteur de bien suivre les résultats et les impacts des programmes.

Une Stratégie de communication

259. Obtenir un large soutien du public et du monde politique sera capital pour la construction d'un système de protection sociale durable de plus en plus financé par des ressources propres du pays. Dans de nombreux pays, la protection sociale est mal comprise, notamment là où le concept est relativement nouveau. Les idées fausses abondent. Certaines personnes craignent que les transferts monétaires découragent le travail et créent de la dépendance ou qu'ils servent à acheter des boissons alcoolisées - et ce même si des preuves solides existent dans d'autres pays africains que ces craintes ne sont pas fondées.

260. Si on veut que le secteur bénéficie d'un soutien durable, il sera donc indispensable de développer une stratégie de communication, l'objectif étant d'informer sur les programmes de la protection sociale et de convaincre les décideurs et le grand public de leurs impacts positifs (réduction de la pauvreté et effet multiplicateur sur l'économie) et de l'efficacité de coût. Une stratégie de communication sera élaborée afin de définir les publics cibles,

d'élaborer les messages clés pour chacun de ces différents publics, et enfin de définir le moyen le plus adapté et économique d'atteindre chacun d'entre eux. Des supports de communication seront ensuite élaborés et diffusés en accord avec la stratégie.

261. Dans la mesure du possible, les données extraites du suivi et de l'évaluation des programmes au Burundi seront utilisées, afin de renforcer la crédibilité des messages clés. Cette action est donc fortement liée à l'activité ci-dessus sur le développement d'un cadre de suivi-évaluation pour l'ensemble du secteur.

CHAPITRE 8 : CADRE LOGIQUE ET PLAN D'ACTION

262. Ce tableau propose une esquisse d'un cadre logique pour suivre et évaluer les activités, les résultats et les impacts des actions stratégiques (brouillon du cadre de suivi-évaluation proposé à l'action A4 en chapitre 7). Une des tâches prioritaires du nouveau groupe thématique sur le renforcement du système de protection sociale devrait être de compléter et de raffiner ce cadre.

263. Il est à noter que :

- alors qu'il sera assez facile de mesurer de façon générale les progrès envers les objectifs stratégiques, déterminer dans quelle mesure ces progrès sont imputables aux programmes de la protection sociale (c'est-à-dire mesurer les impacts) sera bien plus compliqué. Il est donc proposé de considérer la mesure des impacts comme un objectif de moyen terme.
- A court terme le secteur mettra l'accent plutôt sur i) l'accomplissement des actions planifiées dans cette stratégie ii) le suivi des résultats, c'est-à-dire les progrès par rapport aux objectifs spécifiques.

CADRE LOGIQUE

	Indicateur	Source de vérification	Situation initiale ¹⁰⁴	Cible/Année		
				Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
Objectifs stratégiques						
L'accès aux services sociaux de base	1) % des enfants de moins de 5 ans dans les ménages bénéficiaires qui sont amenés au centre de santé en cas de fièvre 2) % des femmes dans les ménages bénéficiaires qui accouchent dans un centre de santé 3) % des enfants âgés de 7-12 ans dans les ménages bénéficiaires qui ne vont pas à l'école	l'Enquête PMS (Paquet Minimum des Services de Santé) EDS (Enquête démographique et de santé)	1) 60% (EDS 2010) 2) 75% (PMS 2012/13) 3) 20% (PMS 2012/13)	à déterminer	à déterminer	à déterminer
La sécurité alimentaire et une sécurité élémentaire de revenu	Amélioration de la consommation du ménage bénéficiaire i) en quantité et ii) en qualité	évaluations des programmes/	à déterminer	à déterminer	à déterminer	à déterminer
La gestion des risques	Indice des stratégies d'adaptation alimentaire (CSI) ¹⁰⁵	Etudes du PAM	1) 10 ¹⁰⁶	à déterminer	à déterminer	à déterminer

¹⁰⁴ Les données sur la situation initiale (sur les indicateurs des objectifs spécifiques) concernent les ménages des deux quintiles les plus pauvres, sauf dans le cas du « 10 » sur le CSI qui est la moyenne nationale.

	Indicateur	Source de vérification	Situation initiale ¹⁰⁴	Cible/Année		
				Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
La diminution du taux de malnutrition chronique	% des enfants dans les ménages bénéficiaires de moins de 5 ans qui accusent un retard de croissance	EDS (Enquête démographique et de santé)	58% (2010)	à déterminer	48% ¹⁰⁷	à déterminer
Objectifs spécifiques						

¹⁰⁵ Cet indice mesure les adaptations néfastes des ménages. La valeur de l'indice est d'autant plus élevée que le risque d'insécurité alimentaire est élevé pour le ménage.

¹⁰⁶ PAM, 2012, Analyse des données secondaires de la sécurité alimentaire, vulnérabilité et nutrition au Burundi

¹⁰⁷ Plan stratégique multisectoriel de sécurité alimentaire et nutritionnelle 2014-17.

	Indicateur	Source de vérification	Situation initiale ¹⁰⁴	Cible/Année		
				Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
A) Des programmes efficaces de transferts monétaires et de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre	<p>1) Nombre de ménages/individus qui bénéficient d'un programme i) de transferts monétaires, ii) d'appui à l'accès aux soins de santé pour les « indigents »</p> <p>2) % des transferts payés à temps</p> <p>3) Intensité moyenne de main d'œuvre des programmes de TP 2)</p> <p>4) % des personnes identifiées comme « indigent » qui reçoivent un appui leur permettant d'accéder aux soins de santé</p> <p>5) % des bénéficiaires des programmes de TM et de TP et des personnes identifiées comme « indigents » qui se trouvent dans les deux quintiles les plus pauvres</p>	<p>1), 2), 3) et 4) Suivi-évaluation par les Groupes thématiques du Comité technique de la CNPS</p> <p>5) Evaluations du ciblage des programmes</p>	<p>1) i) 2,000¹⁰⁸ iii) à déterminer</p> <p>2) à déterminer</p> <p>3) à déterminer</p> <p>4)</p> <p>5) 46%</p>		<p>1) 20,000 (136,000)</p> <p>4) 60%</p>	<p>1) 100,000 (680,000)</p> <p>4) 70%</p>
B) Un sous-secteur de l'assurance sociale contributive de plus en plus efficace, efficiente et durable	<p>1) % des frais administratifs dans les couts totaux (par programme)</p> <p>2) % des paiements faits dans les délais prescrits</p> <p>3) % des régimes exécutés en conformité avec la loi</p>	Etudes actuarielles	<p>1) 25% (INSS)</p> <p>à déterminer</p>	à déterminer	à déterminer	à déterminer

¹⁰⁸ Programme Terintambwe

	Indicateur	Source de vérification	Situation initiale ¹⁰⁴	Cible/Année		
				Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
C) Un système de protection sociale en place, qui assure une exécution efficace et harmonisée de toutes les interventions	<p>1) Nombre de programmes utilisant un système de ciblage commun</p> <p>2) Nombre de communes qui tiennent un registre commun qui est à jour</p> <p>3) % des données nécessaires pour compléter ce tableau-ci qui sont disponibles</p> <p>4) % du personnel responsable de la mise en œuvre des programmes de PS ayant reçu une formation adéquate</p>	Suivi-évaluation par les Groupes thématiques du Comité technique de la CNPS	<p>1) 0</p> <p>2) 0</p> <p>3) à déterminer</p> <p>4) à déterminer</p>	à déterminer	<p>1) à déterminer</p> <p>2) 12</p> <p>3) 100%</p> <p>4) 90%</p>	<p>1) à déterminer</p> <p>2) 117</p> <p>3) 100%</p> <p>4) 100%</p>

PLAN D'ACTION

ACTIONS	Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
Objectif spécifique A)			
Action A1 : Développer de nouveaux programmes publics de transferts monétaires (TM)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer des programmes de TM. ▪ Faire une cartographie et un ciblage géographique. ▪ Elaborer des manuels de procédures. ▪ Développer un système de paiements. ▪ Recruter et former le personnel. <p>(à noter que les activités liées au ciblage des ménages se retrouvent sous l'action C3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme pilote en exécution. ▪ 20,000 ménages en bénéficient. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme national en exécution. ▪ 60,000 ménages en bénéficient
Action A2 : Définir des lignes directrices dans le domaine des travaux publics (TP) à travers un processus participatif en vue de leur adoption par les partenaires et ministères concernés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer les TDR de l'étude (et discuter lors d'une réunion du groupe thématique (GT) accès au revenu)¹⁰⁹ ▪ Mener une analyse des bonnes pratiques internationales et des leçons de l'expérience au Burundi ▪ Elaborer des lignes directrices des TP à travers un processus participatif. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi de la mise en œuvre des lignes directrices par le Groupe thématique « accès aux revenus » du CT de la CNPS. ▪ Tous les nouveaux programmes et 50% des programmes existants s'alignent sur les lignes directrices. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des programmes de TP sont alignés sur les lignes directrices

¹⁰⁹ Avant d'être finalisés tous les TDR mentionnés dans ce tableau seront partagés avec toutes les parties prenantes et discutés lors d'une réunion du Groupe thématique (GT) approprié. Les techniciens les plus qualifiés des différents ministères, des PTF et des ONG seront invités à participer aux réunions des GT.

ACTIONS	Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
Action A3 : Concevoir et piloter de nouveaux types de programmes de TP , centrés sur le secteur des services et sur les travaux d'entretien et de conservation des sols	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer des programmes de TP. ▪ Elaborer des manuels d'opération. ▪ Recruter et former le personnel. (à noter que d'autres activités sont partagées avec l'action A1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme pilote en exécution. ▪ 5,000 participants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme national en exécution. ▪ 20,000 ménages en bénéficiant
Action A4 : Renforcer l' accès des 'indigents' aux soins de santé	à déterminer	à déterminer	à déterminer
Objectif spécifique B)			
Action B1 : Réaliser des analyses institutionnelles, organisationnelles et financières des structures de la sécurité sociale et mettre en œuvre leurs recommandations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer des TDRs des études (compte tenu des études déjà menées/ en cours par les institutions elles-mêmes) et discuter dans le GT ▪ Faire l'appel d'offre et contracter des consultants ▪ Réaliser une série d'études 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre des recommandations des études 	
Action B2 : Explorer, grâce à une étude et un processus consultatif, les modifications (neutres en termes de coût) aux régimes de sécurité sociale susceptibles de mieux répondre aux souhaits des assurés.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer des TDRs des études (et discuter dans le GT). Faire l'appel d'offre et contracter des consultants ▪ Réaliser une étude ▪ Mener un processus consultatif avec les assurés ▪ Prendre des décisions par rapport aux modifications 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place (ou non) de nouveaux régimes suivant les décisions prises 	
Action B3: Renforcer les systèmes d'accès universel aux soins de santé de base	à déterminer	à déterminer	à déterminer

ACTIONS	Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
Objectif spécifique C)			
C1 : Réaliser un audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du secteur de la protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer des TDRs des études (et discuter dans le GT) ▪ Faire l'appel d'offre et contracter des consultants ▪ Réaliser l'étude 		
Action C2 : Concevoir et mettre en œuvre une stratégie de renforcement du système de protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dynamiser les GT au niveau national (inviter tous les techniciens des ministères, des PTF et des ONG) ▪ Créer un nouveau GT sur le développement du système de PS (cadre normatif, capacités, outils) ▪ Opérationnaliser les commissions techniques des comités provinciaux et communaux (inviter les techniciens des ministères, des PTF et des ONG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre des recommandations de l'étude (C1) ▪ Tout le travail technique du secteur passe par les groupes thématiques et les commissions techniques, ce qui assure une meilleure efficacité/ harmonisation 	
Action C3 : Développer un système de ciblage/catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener une évaluation des systèmes de ciblage existants au Burundi et sur les bonnes pratiques internationales ▪ Concevoir un système de ciblage ▪ Piloter l'approche et en tirer des leçons ▪ Elaborer un manuel d'opération ▪ Former le personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un système de ciblage à travers tous les programmes de la protection sociale ▪ Evaluation du système de ciblage 	

ACTIONS	Court terme 2015-16	Moyen terme 2017-19	Long terme Jusqu'à 2025
<p>Action C4 : Mettre en place des stratégies et des outils clés, tels qu'un cadre de suivi et d'évaluation, un registre commun et une stratégie de communication</p> <hr/> <p>¹¹⁰ Par exemple, qu'elles comprennent des questions permettant d'identifier les bénéficiaires des programmes clés de PS</p>	<p><u>Cadre de suivi-évaluation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser l'élaboration du cadre logique du système de la protection sociale ▪ Alimenter le cadre avec toutes les données sur la situation de base ▪ Utiliser le cadre pour suivre les <u>activités</u> et les <u>résultats</u> de tous les programmes clés de la protection sociale exécutés par tous les ministères et partenaires ▪ Veiller à ce que les futures enquêtes nationales prennent en compte les besoins d'infos du secteur de la PS ¹¹⁰ <p><u>Registre commun</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conception du registre (à travers un processus participatif qui implique les utilisateurs) <p><u>Stratégie de communication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les publics cibles, les messages clés et les médias les plus adaptés pour chacun ▪ Elaborer une stratégie et un plan de communication ▪ Mettre en exécution la stratégie de communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En établissant son propre cadre de suivi-évaluation, chaque nouveau programme clé de la PS s'aligne avec le cadre commun du secteur ▪ Les programmes existants ajustent leurs systèmes de suivi-évaluation afin de pouvoir fournir les données requises par le cadre commun de suivi-évaluation <p><u>Registre commun</u></p> <p>Registre opérationnel dans au moins 12 communes.</p>	<p>Les <u>impacts</u> des nouveaux programmes de la PS sont mesurés (à travers des évaluations des programmes, plus les enquêtes nationales qui identifient les bénéficiaires)</p> <p><u>Registre commun</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre opérationnel dans au moins 60 communes

CHAPITRE 9: ESTIMATIONS DES COÛTS ET OPTIONS DE FINANCEMENT DE LA STRATEGIE

264. Ce chapitre a deux objectifs principaux: évaluer les coûts de la stratégie (section 9.1), et présenter des options pour le financement de la stratégie (section 9.2). **Il est important de noter que les chiffres présentés dans la section 9.1 sont indicatifs, que faute de données il y a des lacunes, et qu'une analyse plus approfondie des coûts sera réalisée ultérieurement pour chacune des actions.**

9.1. Coûts de la stratégie

265. Les coûts sont estimés à US\$ 15 million (environ 24 milliards de FBU) pour la période de la stratégie de cinq ans. Ce montant exclut certains coûts, simplement parce qu'ils ne sont pas connus au stade actuel:

- **L'action C2** est exclue parce que l'étendue de la mise en œuvre de cette activité dépendra des résultats de l'action C1 ;
- **Les actions A4 et B3** sont exclues car elles dépendent du secteur de la santé ; des études de coûts sont en cours dans le cadre de la future stratégie de financement de la santé ;
- **Une partie de l'action B1**: les coûts de la mise en œuvre des recommandations sont également exclus, le contenu de ces recommandations n'étant pas défini à ce jour.

Tableau 6: Coûts totaux de la stratégie (en milliers de US\$)

Action	Court terme	Moyen terme	Total
	AN1-AN2	AN3-AN5	AN1-AN5
Action A1 : Développer de nouveaux programmes publics de transferts monétaires	525	8 351	8 877
Action A2 : Définir des lignes directrices dans le domaine des travaux publics (TP) à travers un processus participatif en vue de leur adoption par les partenaires et ministères concernés	60		60
Action A3: Concevoir et piloter de nouveaux types de programmes de TP, centrés sur le secteur des services et sur les travaux d'entretien	168	2 022	2 190
Action B1 : Réaliser des analyses institutionnelles, organisationnelles et financières des structures de la sécurité sociale et mettre en œuvre leurs recommandations	90	-	90
Action B2 : Explorer, grâce à une étude et un processus consultatif, les modifications (neutres en termes de coût) aux régimes de sécurité sociale susceptibles de mieux répondre aux souhaits des assurés.	80	-	80

Action	Court terme	Moyen terme	Total
	AN1-AN2	AN3-AN5	AN1-AN5
Action C1 : Réaliser un audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du secteur de la protection sociale	188	-	188
Action C3 : Développer un système de ciblage/catégorisation	40	160	200
Action C4 : Mettre en place des stratégies et des outils clés, tels qu'un cadre de suivi et d'évaluation, un registre commun et une stratégie de communication	2 697	674	3 372
Total	3 849	11 208	15 056
Coûts totaux en pourcentage du PIB	0,11	0,24	0,36

266. Les sous-sections suivantes décrivent plus en détail les coûts associés aux actions A1 et A3.

9.1.1 Coûts des transferts monétaires

267. En 2019, le programme de transferts monétaires (Action A1) est susceptible d'atteindre à peu près 20.000 ménages bénéficiaires, représentant 136.000 personnes, pour un coût total de 14 milliards de FBu (ou 9 millions USD). Si une intervention pour le développement de la petite enfance devrait être fournie à tous les bénéficiaires du programme, un coût supplémentaire de 3 milliards de FBu devrait être ajouté à ce montant.

268. On trouvera ci-après une présentation des hypothèses principales retenues pour le chiffrage, qui portent sur le montant du transfert, le nombre de bénéficiaires, les coûts administratifs et les coûts de conception et de mise en œuvre. Le tableau 7 présente un résumé de toutes les hypothèses retenues. Le tableau 8 présente en détail le coût total et les hypothèses retenues pour chaque année de la stratégie.

Tableau 7: Hypothèses retenues pour l'évaluation des coûts des transferts monétaires

Élément	Hypothèse
Montant du transfert monétaire	24.000 FBu (15,5 US\$)
Nombre de transferts dans une année	12
Nombre de bénéficiaires	19.833 ménages en 2019
Coûts administratifs du transfert monétaire	10% du coût total du programme en cours
Conception et mise en place	FBu 1,378 milliards (891.000 US\$)
Coûts totaux	FBu 13,972 milliards (8,88 millions US\$)

269. **Montant du transfert monétaire** : la détermination du montant des transferts requiert des arbitrages. Pour un budget donné, plus le montant du transfert est élevé, plus le nombre de bénéficiaires est faible. En même temps, un montant trop faible ne permet pas

d'avoir un impact sur la situation des intéressés, et il se traduit par un ratio coûts administratifs sur prestations élevé.

270. Lors des calculs des coûts, nous avons pris comme point de départ le niveau du transfert actuellement utilisé par le programme pilote *Terintambwe*, soit 24.000 FBU. Ce montant représente 16% du seuil de pauvreté mensuel par habitant d'un ménage rural de taille moyenne appartenant au quintile le plus pauvre. En d'autres termes, le transfert envisagé couvrirait 16% des besoins de base des ménages ruraux, ce qui le situerait à un niveau similaire au niveau des transferts servis par ce type de programmes ailleurs en Afrique¹¹¹. Comme ce niveau a été considéré raisonnable, il a été indexé sur l'inflation et adopté pour l'estimation des coûts pour chaque année de la stratégie.

271. **Nombre de bénéficiaires** : les deux premières années de la stratégie (2015 et 2016) sont supposées être consacrées à la conception et à la planification (il n'y aurait donc aucun bénéficiaire). En outre, une phase pilote serait mise en œuvre en 2017 (cinq mille bénéficiaires) et 2018 (huit mille bénéficiaires). Le programme atteindrait vingt mille ménages (soit 136,000 personnes) en 2019 et serait opérationnel dans environ 100 à 200 collines¹¹².

272. **Les coûts administratifs du transfert monétaire** : l'expérience internationale indique que, dans les programmes bien conçus, les coûts administratifs sont de l'ordre de 10% du coût total du programme.

273. **Les coûts de conception et de mise en œuvre** : il s'agit notamment des coûts relatifs à la conception du programme, à son adaptation dans le temps, à l'élaboration d'un système de paiement et des manuels de procédures, et à l'achat de matériel. Ces coûts sont estimés sur la base des coûts constatés dans des programmes similaires à l'étranger. Les coûts relatifs à la mise en place d'un système de ciblage, d'un cadre de suivi-évaluation et d'un registre commun n'ont pas été inclus, car ils ont été chiffrés pour les actions C3 et C4.

274. **Méthode** : partant des hypothèses mentionnées ci-dessus, les estimations sont fournies chaque année aux prix courants (nominaux). Les prévisions annuelles du Fonds monétaire international (FMI) sont utilisées pour les chiffres de l'inflation et du PIB ; et pour estimer la part de la population et des ménages couverts chaque année, les projections démographiques des Nations unies sont utilisées.

¹¹¹ Par exemple, le Niger a mis en place un montant de transfert monétaire équivalant à 15% du seuil de pauvreté (soit environ US\$ 20 par mois). Le PSNP-DS de l'Éthiopie transfère aux ménages l'équivalent de 10% du seuil de pauvreté nationale de 2007/08 (*L'état des filets sociaux de sécurité*, Banque Mondiale, 2014).

¹¹² Ceci suppose que près de 20% des ménages soient ciblés dans chaque colline.

Tableau 8: Coûts du programme de transferts monétaires par année

	Court terme		Moyen terme		
	2015	2016	2017	2018	2019
Hypothèses:					
a. Montant du transfert	-	-	26 462	27 793	29 051
b. Nombre de transferts dans une année	-	-	12	12	12
c. Prestation total par ménage et par an (a*b)	-	-	317 544	333 513	348 608
d. Coûts administratifs (comme un pourcentage des dépenses du programme)	-	-	10%	10%	10%
e. Les coûts de la conception et de la mise en place	276	551	551		
Couverture:					
a. Ménages bénéficiaires (% des ménages du quintile le plus pauvre)	0	0	1.50%	2.00%	5.00%
b. Nombre de ménages bénéficiaires	0	0	5 228	8 277	19 833
c. Nombre d'individus bénéficiaires ¹¹³	0	0	35 759	56 614	135 657
d. Personnes atteintes (comme % du quintile le plus pauvre)	0	0	1.50%	2.50%	5.50%
Coûts:					
a. Coût total annuel par ménage	-	-	352 827	370 570	387 343
b. Coût total annuel (million FBu)	276	551	2 396	3 067	7 682
c. Coût total annuel (milliers de US\$)	175	350	1 522	1 949	4 881
d. Coûts totaux en % du PIB	0,01%	0,01%	0,04%	0,04%	0,10%

275. **Coûts du développement intégré du jeune enfant (DIJE) comme mesure d'accompagnement des transferts monétaires :** l'estimation des coûts pour cette intervention se réfère aux coûts constatés dans le programme nigérien mentionné précédemment (voir la section 5.1). Le coût direct pour la durée de l'intervention (18 mois) s'élève à 80 US\$ par ménage tandis que les coûts indirects sont évalués à 20 US\$ par ménage pour l'administration, la surveillance et la supervision. Ainsi, fournir une intervention DIJE pour un total de vingt milles ménages coûterait 2 millions US\$ (ou 3 milliards de FBu). Comme le tableau 8 ci-dessous le montre, les coûts du DIJE s'élèveraient à 18% des coûts totaux du programme.

Tableau 9: Coûts de la composante DIJE (FBu)

	Coût Total AN3-AN5
Nombre de ménages	19 833
DIJE composante (million FBu)	3 068
composante DIJE (000s US\$)	1 983
Coûts en % du coût total TM	18,3%

¹¹³Le nombre d'individus est obtenu en tenant compte de la taille moyenne d'un ménage appartenant au quintile le plus pauvre, soit 6,8 individus par ménage (PMS 2012/13).

9.1.2 Coûts des Travaux Publics

276. Nous présentons ci-après les hypothèses retenues pour déterminer les paramètres clés pour le chiffrage du programme pilote de nouveaux types de travaux publics centrés sur le secteur des services et sur les travaux d'entretien : à savoir le salaire, l'intensité en main d'œuvre, le nombre de bénéficiaires, les coûts administratifs et les coûts de conception et de mise en œuvre.

277. Le Tableau 10 fournit un résumé de toutes les hypothèses retenues. Le programme pilote devrait être mis en œuvre sur une période de deux ans (2017-18), couvrirait 5.000 ménages pour chacune des deux années et coûterait au total 3,4 milliards de FBu (près de 2,2 millions US\$) (voir tableau 10 pour plus de détails). A titre de référence, nous fournissons les informations sur les coûts, les caractéristiques et la couverture des programmes de travaux publics existants en 2014¹¹⁴ (on s'attend à ce qu'ils continuent à plus ou moins la même échelle jusqu'en 2019). Pourtant, il faut noter à cet égard le caractère lacunaire des données disponibles sur les programmes actuels.

Tableau 10: Caractéristiques de conception des programmes existants de travaux publics en 2014 et le programme pilot prévu

Caractéristiques de conception	Programmes existants ¹¹⁵	Hypothèses du programme pilot
Bénéficiaires	101.633	5.000
Taux de rémunération (FBu)	2149	2149
Jours travaillés dans une année	80	80
Intensité de main d'œuvre	46%	70%
Conception et mise en place ¹¹⁶	-	FBu 0,54 milliards, (US\$ 344k)
Dépenses totales en milliards de FBu	60,34	3,45
Dépenses totales en million USD	39,0	2,19

278. Nous décrivons ci-après les hypothèses pour le programme pilote.

279. **Le taux de rémunération** : Le taux de rémunération moyen pondéré des programmes existants au Burundi est d'environ 2149 FBu par jour. Ce montant est légèrement supérieur au taux de rémunération moyen du marché pour les travailleurs non

¹¹⁴ Les informations présentées proviennent des données recueillies auprès des bailleurs de fonds dans le cadre de l'élaboration de la stratégie.

¹¹⁵ Afin de montrer au mieux la situation des programmes existants, chaque paramètre a été estimé en utilisant une moyenne pondérée de tous les programmes en 2014.

¹¹⁶ Les coûts relatifs à la mise en place du ciblage, du suivi-évaluation et de la conservation des données, du registre commun ne sont pas inclus ici, ceci parce que ces actions ont été estimées dans la section précédente section. Les estimations s'appuyaient sur les expériences internationales.

qualifiés dans les zones rurales (2000 FBU par jour). Pour le programme pilote, nous avons retenu ce montant moyen utilisé par les programmes existants, indexé sur l'inflation.

280. Nombre de bénéficiaires : Pour le programme pilote, un total de 5000 ménages bénéficiaires est retenu pour chacune des deux années du programme (2017 et 2018). Les deux premières années de la stratégie étant consacrées uniquement à la conception/ planification du programme pilote, celui-ci n'aurait de bénéficiaires qu'à partir de 2017).

281. L'intensité de main d'œuvre¹¹⁷ peut affecter sensiblement le nombre de bénéficiaires atteints pour un budget donné. Les programmes de travaux publics mis en œuvre à des fins sociales peuvent atteindre une intensité de main-d'œuvre de 70% ou plus (voir paragraphe 102 à la section 3.2.2)¹¹⁸. Au Burundi, les programmes ont une intensité de main d'œuvre estimée à 46%. Pour le programme pilote, en se référant aux programmes internationaux dans la région, nous avons supposé une intensité de main d'œuvre de 70%.

282. Les coûts de conception et de mise en œuvre : Les coûts pris en compte sont les mêmes que dans le cas des transferts monétaires (voir paragraphe 263 ci-dessus), les estimations s'appuyant sur des expériences internationales. En outre, le coût de développement d'un système de paiement n'est pas inclus ici, ce coût étant déjà pris en compte dans le chiffrage du programme de transferts monétaires (il s'agit d'un coût partagé).

Tableau 11: Coûts du programme pilote de travaux publics

	Court terme		Moyen terme		
	2015	2016	2017	2018	2019
Hypothèses:					
a. Salaire	-	-	2 513	2 639	
b. Nombre de jour travaillés en une année	-	-	80	80	
c. Prestation totale par ménage par an (a*b)	-	-	201 038	211 148	
d. Intensité de main d'œuvre	-	-	70%	70%	
e. Coûts de conception et de mise en place	53	212	238		
Couverture:					
a. Nombre de ménages bénéficiaires	0	0	5 000	5 000	
c. Personnes atteintes	0	0	34 200	34 200	
Coûts:					
a. Coût Total annuel par ménage	-	-	287 197	301 640	
b. Coût total annuel (million de FBU)	53	212	1 674	1 508	
c. Coût total annuel (en milliers de US\$)	34	134	1 064	958	

¹¹⁷ L'intensité de main d'œuvre se réfère à la part des coûts salariaux en pourcentage du coût total du programme.

¹¹⁸ Information tirée du « Public Works as a Safety Net: Design, Evidence and Implementation », World Bank 2013, et de documents de projets de la Banque mondiale.

	Court terme		Moyen terme		
	2015	2016	2017	2018	2019
Hypothèses:					
d. Coût total en pourcentage du PIB	0,00%	0,00%	0,03%	0,02%	

9.2 Options de financement de la stratégie

283. Cette section présente les options qui se présentent au Burundi pour financer la stratégie à court et à long terme. Elle présente brièvement quelques expériences internationales de pays qui ont réussi à créer un espace budgétaire pour la protection sociale.

9.2.1 Situation macroéconomique générale au Burundi

284. Cette section s'appuie dans une large mesure sur des rapports de la Banque Mondiale et UNICEF¹¹⁹ ainsi que sur la base de données du FMI sur les perspectives économiques mondiales (avril 2014).

285. **Le Gouvernement a réussi à stabiliser l'économie burundaise dans un contexte fragile et la croissance a été constante au cours des dernières années, mais, compte tenu de la croissance rapide de la population, l'augmentation du revenu par habitant a été insignifiante et la réduction de la pauvreté très limitée.** Au cours des dix dernières années, la croissance économique a oscillé aux alentours de 4 à 5% par an. C'est le résultat de la politique macroéconomique saine. En 2013, l'économie a progressé de 4,5%. L'inflation est tombée à 8% durant la même année, après avoir été plus de 20% en 2012. Pourtant, alors que la dette publique brute a fortement diminué au cours des dix dernières années, elle reste élevée et se chiffre à près d'un tiers (32%) du PIB en 2013.

286. **Les finances publiques du Burundi sont très dépendantes de l'aide extérieure, ce qui représente 14% du PIB en 2014.** En 2010, l'aide était encore plus importante et s'élevait à 23% du PIB. Une partie de cette tendance à la baisse a été due à la chute de l'aide humanitaire, qui a été fortement réduite - de 42% de l'aide totale en 2005 à 8% en 2012.

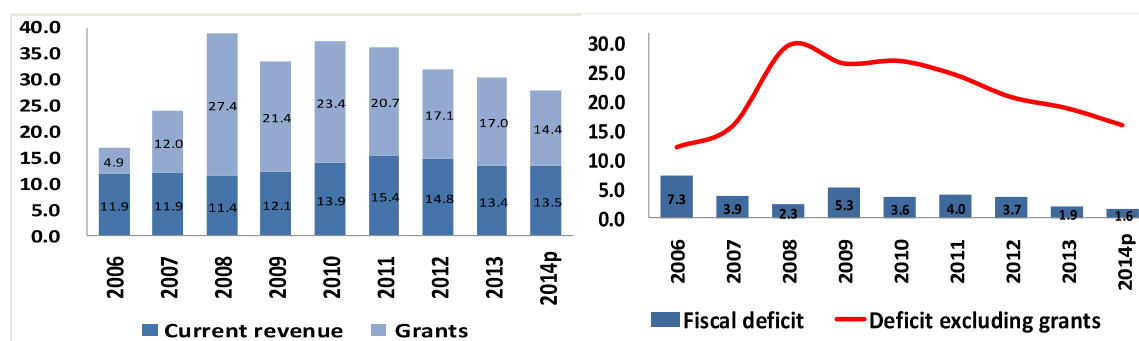
287. **Au Burundi, les dépenses publiques sont élevées en proportion du PIB** par rapport aux autres pays importateurs de pétrole d'Afrique sub-saharienne. Elles étaient estimées à 32% du PIB en 2013. En 2013, l'aide extérieure représentait 53% des dépenses totales.

288. **Dans le même temps, les recettes hors dons du Burundi sont faibles par rapport aux normes régionales, s'élevant à environ 13% du PIB en 2013** (graphique 1). Dans cette même année, les pays importateurs du pétrole de l'Afrique sub-saharienne (hors

¹¹⁹i) Banque mondiale et UNICEF¹¹⁹, 2014, *Revue des filets sociaux au Burundi* ; ii) Banque mondiale, 2014, *De l'aide au commerce : L'intégration régionale comme moteur de croissance*, Burundi.

Afrique du Sud) ont eu des recettes s'élevant à 19,5% du PIB en moyenne alors qu'elles étaient de 19,3% pour la Communauté est africaine.

Graphique 1: Recettes publiques et déficits (en % du PIB)



Source : Banque mondiale. *De l'aide au commerce : l'intégration régionale comme moteur de croissance*, 2014.

289. **Quoique le déficit global des finances publiques avant dons ait diminué, il demeure encore important** (graphique 1). Des mesures ont été prises pour élargir l'assiette fiscale, mais le FMI prévoit que les emprunts nets demeureront autour de 2,9% du PIB en 2015-2016¹²⁰.

9.2.2 Dépenses en protection sociale non contributive

290. Cette section se réfère en grande partie à la *Revue des filets sociaux au Burundi*¹²¹.

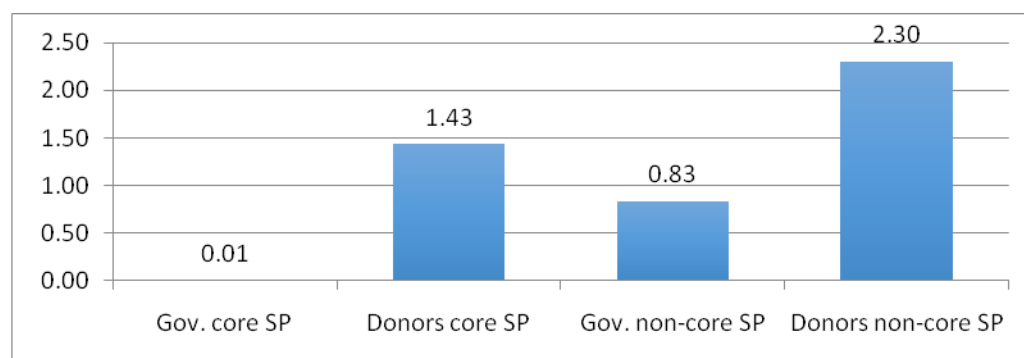
291. En 2012, les dépenses totales provenant du gouvernement et des donateurs pour la protection sociale non contributive s'élevaient à 4,6% du PIB. Comme le montre le graphique 2, la grande majorité des dépenses de protection sociale non contributive proviennent des donateurs et s'élèvent à 3,7% du PIB, contre 0,8% provenant du Gouvernement. En plus, la grande majorité des dépenses sont orientées vers la protection sociale complémentaire (3,1% du PIB), contre 1,4% du PIB consacré aux programmes clés de la protection sociale. (Voir, à la section 1.2, la définition des « programmes clés » et des « programmes complémentaires »; les programmes clés sont essentiellement les programmes inclus dans la présente stratégie.)

292. En ce qui concerne les programmes clés, presque toutes les dépenses sont actuellement consacrées aux travaux publics, et les dépenses en transferts monétaires sont proches de zéro (voir le tableau en annexe 2 pour plus de détails sur les tendances et la composition des dépenses). En outre, sur les 1,4% du PIB consacrés aux programmes clés, seulement 0,01% provient du Gouvernement, ce qui représente 0,02% des dépenses totales du Gouvernement.

¹²⁰ Rapport du FMI n° 14/83, mars 2014.

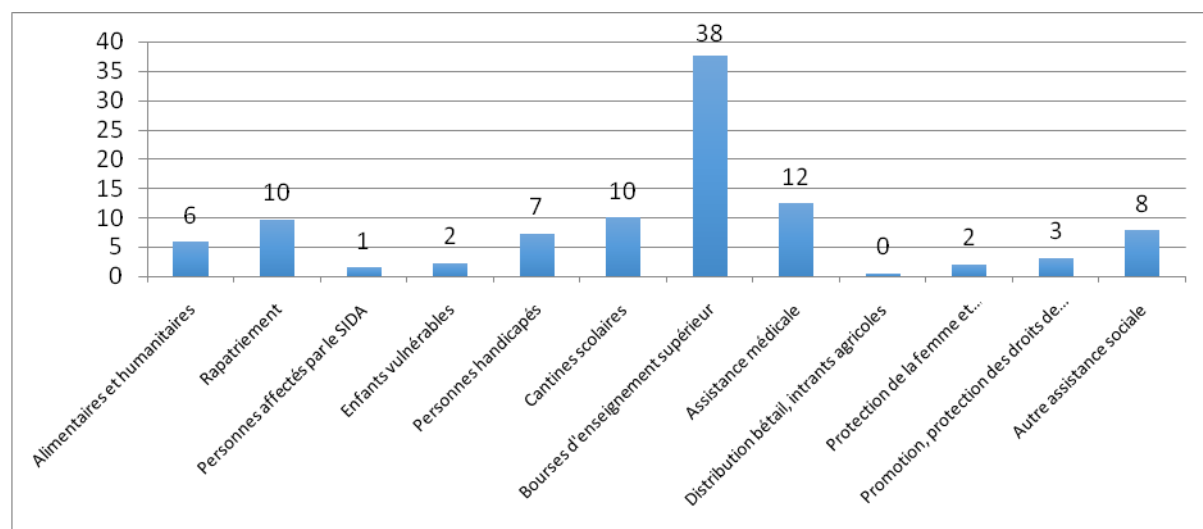
¹²¹ Banque mondiale et UNICEF, 2014, op cit.

Graphique 2: Dépenses des donateurs et du Gouvernement pour la protection sociale (en % du PIB) en 2012



293. En ce qui concerne les dépenses de protection sociale complémentaire provenant du Gouvernement, celles-ci sont restées à peu près constantes depuis 2010, à 0,8% du PIB. La grande majorité de ces dépenses est consacrée à des bourses d'études pour l'enseignement supérieur (38%). Les dépenses liées à l'aide humanitaire¹²² représentent également une part importante, s'élevant à 16% des dépenses totales. Pour plus de détails concernant les tendances et la composition des dépenses voir le tableau à l'annexe 2.

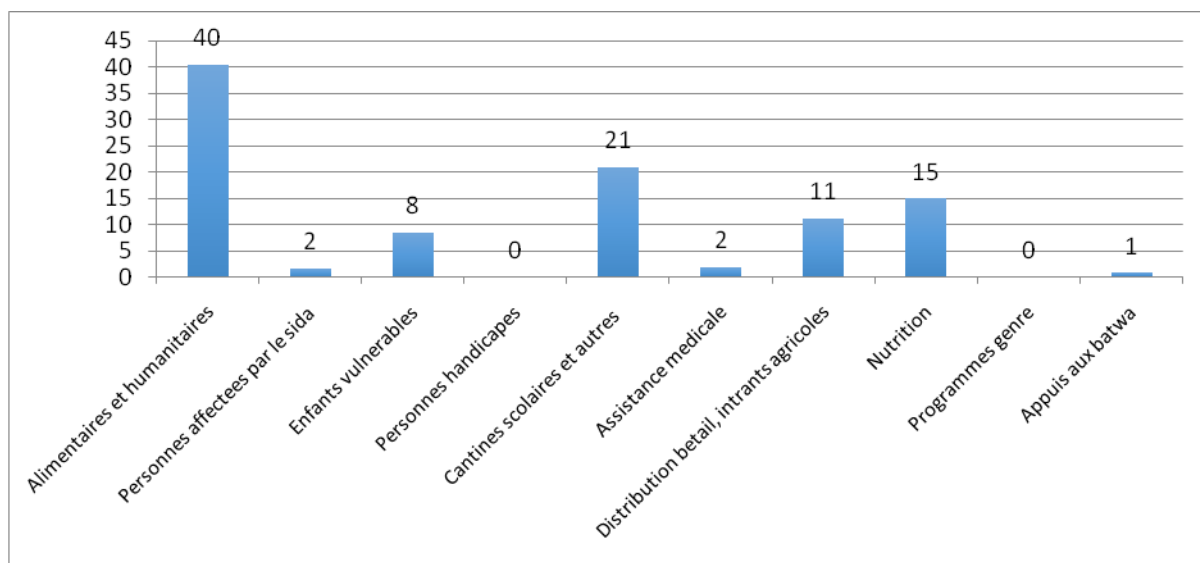
Graphique 3: Dépenses gouvernementales en protection sociale complémentaire en 2012 (composition en pourcentages)



294. En ce qui concerne les dépenses des donateurs en protection sociale complémentaire, celles-ci ont diminué, passant de 3,4% du PIB en 2010, à 2,3% du PIB en 2012. L'aide humanitaire représente de loin la plus grande de ces dépenses s'élevant à 40% des dépenses totales des donateurs (graphique 6). Elle est suivie par l'alimentation scolaire (21%), la nutrition (15%), et la distribution du bétail et des intrants agricoles (11%). Pour plus de détails voir le tableau à l'annexe 2.

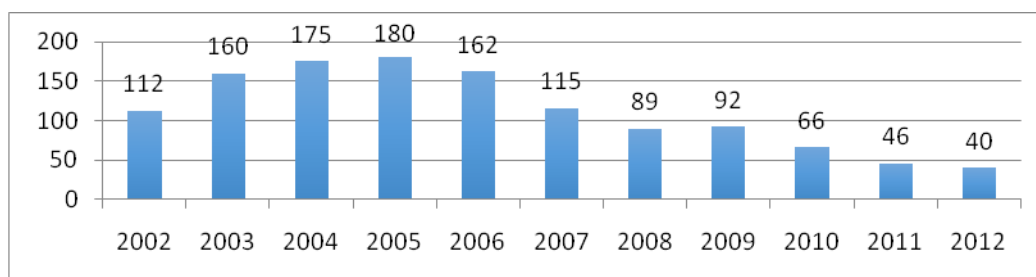
¹²² Aides alimentaires et humanitaires et l'aide au rapatriement

Graphique 4: Dépenses des donateurs en protection sociale complémentaire en 2012 (composition en pourcentages)



295. Bien que les dépenses humanitaires représentent la plus grande partie des dépenses de protection sociale au Burundi, la tendance est clairement à la baisse. En fait, comme le graphique 5 le montre, l'aide humanitaire est passée de 180 millions de dollars en 2005 à 40 millions en 2012¹²³. Comme la situation post-conflit prend fin, avec presque tous les réfugiés burundais de retour dans le pays et réinstallés, la baisse de l'aide humanitaire devrait se poursuivre.

Graphique 5: Tendances de l'assistance internationale humanitaire (US\$ millions)



Source: Initiatives du Développement basées sur les données l'OCDE DAC, NU OCHA FTS et NU CERF

296. **En résumé, les dépenses de protection sociale non contributive sont déjà substantielles. Mais la grande majorité de ces dépenses proviennent des donateurs, et sont orientées dans des programmes de protection sociale complémentaire. En outre, une part importante des dépenses de protection sociale est consacrée à l'aide humanitaire, qui est susceptible de continuer à baisser.**

¹²³ Le calcul de l'aide humanitaire tient compte de l'aide humanitaire des gouvernements étrangers, des particuliers, des fondations, des compagnies privées et des sociétés. Les totaux seront différents de ceux de l'«aide humanitaire officielle», qui sont basées sur les seules contributions officielles

9.2.3 Les expérience internationales de création d'un espace budgétaire pour la protection sociale et les options pour le Burundi

297. L'expérience internationale présentée dans cette section est en grande partie retracée dans l'étude de plusieurs pays effectuée par Durán-Valverde and Pacheco (2012)¹²⁴, et dans des récents rapports du FMI et de la Banque Mondiale¹²⁵.

298. L'étude des pays ayant cherché à créer un espace budgétaire pour la protection sociale montre que la plupart d'entre eux ont utilisé une combinaison de stratégies pour arriver à cette fin. Comme le montre le tableau 12, tous les pays inclus dans l'échantillon ont utilisé plusieurs sources de financement pour augmenter la marge de manœuvre budgétaire dont ils disposaient pour la protection sociale, en particulier l'augmentation de la fiscalité générale ou des cotisations sociales, la réduction des dépenses non prioritaires et l'amélioration de l'efficacité des interventions.

Tableau 12: Matrice des stratégies de l'espace budgétaire pour la protection sociale

Strategy	Bolivia	Botswana	Brazil	Costa Rica	Lesotho	Namibia	South Africa	Thailand
Mineral-based taxation or similar taxes for specific purposes (earmarked taxation)	X	X	X					
Increasing general taxation			X		X			X
Increasing Social contributions			X	X	X	X	X	X
Budget surpluses		X	X			X		
Budget redefinition. Reduction of non-priority spending or decline of military expenditure				X	X		X	X
Reduction in national debt and in debt servicing	X	X	X	X	X		X	X
Official Development Assistance						X		
Sale of state assets	X							
Gains of efficiency			X					
Amendment of the Constitution			X	X			X	X

Source: Durán-Valverde et al. (2012)

299. Dans le cas de l'Afrique sub-saharienne, les facteurs ayant permis aux différents pays d'augmenter leur marge de manœuvre budgétaire pour la protection sociale comprennent la libéralisation des marchés et l'amélioration de la gestion macro-économique, l'augmentation des revenus provenant des ressources naturelles,

¹²⁴ Durán-Valverde, F., & Pacheco, J. F. (2012). Fiscal space and the extension of social protection: Lessons learnt from developing countries: Bolivia, Botswana, Brazil, Costa Rica, Lesotho, Namibia, Thailand and South Africa (ESS Paper, no 33). *Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo–Departamento de la Seguridad Social.*

¹²⁵ FMI et Banque mondiale (2012). "Safety Nets Work: During Crises and Prosperity". *International Monetary Found and World Bank, Washington DC*; World Bank briefs, Africa Social Protection Policy (2014). "Affordability and Financing of Social Protection Systems." *World Bank Group, Washington, DC*

l'amélioration de la gouvernance, l'augmentation de l'assiette fiscale, l'allégement de la dette et l'amélioration de l'efficacité de l'allocation budgétaire¹²⁶.

300. Il n'y a pas de recette unique pour créer un espace budgétaire pour financer la protection sociale, et chaque contexte national a des traits uniques, déterminés par ses caractéristiques historiques, politiques, économiques, et culturels. Pour le cas du Burundi, les éléments clés à considérer dans l'élaboration des stratégies visant à créer un espace budgétaire sont entre autres :

- Les dépenses actuelles en protection sociale de base et en protection sociale complémentaire sont importantes.
- Une grande partie des dépenses de protection sociale est affectée dans des programmes de protection sociale complémentaires, et ne profitent pas forcément aux plus pauvres.
- La presque totalité des dépenses sur les programmes clés est dirigée vers des programmes de travaux publics. Beaucoup de ces programmes n'ont pas été conçus avec des objectifs principaux de protection sociale. Conçus comme tels, ils ont parfois une faible efficacité dans la réalisation des objectifs de protection sociale (faible intensité de main d'œuvre, attention variable pour le ciblage des ménages pauvres, etc.)
- Les dépenses humanitaires, la plus importante composante des dépenses de protection sociale, sont en baisse.
- A court et moyen terme, la capacité d'augmenter les recettes est très limitée. Cependant, à plus long terme, étant donné le faible montant des recettes collectées actuellement, il peut y avoir plus d'espace pour augmenter les recettes.
- Presque toutes les dépenses sur les programmes clés sont financées par les bailleurs de fonds.
- S'il est important de considérer les coûts immédiats énoncés dans cette stratégie pour mettre en place une armature pour les programmes de protection sociale, il est essentiel également de prévoir créer un espace budgétaire pour la protection sociale à long terme par des ressources internes et non des donateurs.

301. Gardant à l'esprit les éléments mentionnés ci-dessus, on peut, pour créer un espace budgétaire pour la protection sociale, considérer les approches ci-après. A noter que si les deux premières approches font partie des actions A2 et C1-4, les approches 3 et 4 vont au-delà du seul secteur de la protection sociale, et abordent des questions clés à prendre en considération par le Gouvernement dans l'ensemble.

302. **Approche N°1 (court à moyen terme) : harmoniser le financement de la stratégie nationale de protection sociale.** Il sera important pour le gouvernement du Burundi d'harmoniser le financement de la Stratégie nationale de la protection sociale. Les

¹²⁶ Garcia, M., Moore, C. G., & Moore, C. M. (2012). *The cash dividend: The rise of cash transfer programs in sub-Saharan Africa*. World Bank Publications.

mécanismes de financement tels que l'appui budgétaire général et le Fonds d'appui à la protection sociale (FAPS) peuvent être utiles dans la promotion de cet alignement. Toutefois, certains financements des PTF et des ONG continueront inévitablement à passer à travers les modalités du projet. La principale priorité sera de s'assurer que tout financement de la protection sociale (quel que soit sa provenance) s'aligne sur la Stratégie gouvernementale, les plans et les lignes directrices. Ainsi, la condition initiale pour aller vers une harmonisation du financement sera le renforcement des structures, des capacités, des systèmes et des outils, comme cela est préconisé dans cette stratégie.

303. Approche N°2 (moyen terme): améliorer l'efficacité des programmes de protection sociale existants : Compte tenu des ressources importantes déjà consacrées à la protection sociale et les inefficacités existantes, l'amélioration de l'efficacité de l'argent dépensé dans tous les programmes de protection sociale pourrait créer un espace budgétaire important. Comme mentionné précédemment, les programmes de travaux publics existants sont parfois inefficaces pour atteindre les objectifs de protection sociale. Il serait possible d'améliorer les impacts sociaux de ces programmes à travers : (i) l'augmentation de l'intensité de main d'œuvre et (ii) l'amélioration du ciblage (voir l'action A2).

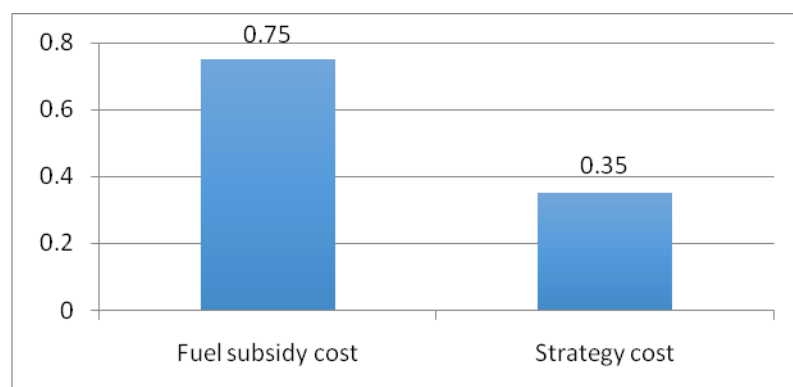
304. Approche N°3 (court à moyen terme): réaffectation des ressources existantes des programmes inefficaces ou régressifs vers les programmes prioritaires de protection sociale : Le Burundi a aussi des possibilités d'augmenter considérablement les ressources disponibles pour les programmes clés de protection sociale en transférant les ressources des programmes qui sont régressifs ou moins efficaces envers les programmes prioritaires. Les mesures que le gouvernement pourrait envisager comprennent par exemple **élimination des subventions du carburant.**

305. L'expérience dans le monde entier a montré que les subventions aux carburants constituent une approche coûteuse pour protéger les pauvres car elle conduit à accorder aussi des avantages substantiels à des groupes à revenus plus élevés. Selon une récente étude portant sur plusieurs pays, le quintile de revenu supérieur capture six fois plus de subventions que le quintile le plus bas¹²⁷. Au Burundi, des ressources importantes pourraient être libérées pour les programmes de filets de sécurité sociale par la réduction des dépenses de subventions aux carburants, qui représentent environ 0,75% du PIB¹²⁸. Bien que les subventions au carburant soient présentées comme une mesure temporaire pour atténuer l'impact de la cherté de la vie sur les pauvres au Burundi, elles bénéficient principalement aux plus aisés. Comme le montre le graphique ci-dessous, en prenant juste cette mesure, le gouvernement serait en mesure de financer tous les coûts relatifs à la présente stratégie. Cela s'avère faisable, étant donné que le prix mondial du carburant est actuellement à la baisse.

¹²⁷ Arze del Granado, Francisco Javier, David Coady, and Robert Gillingham. "The Unequal Benefits of Fuel Subsidies: A Review of Evidence for Developing Countries." *World Development* 40.11 (2012): 2234-2248.

¹²⁸ UNICEF/World Bank, 2014, Revue des filets sociaux au Burundi.

Graphique 6: Coûts de subventions du carburant versus coûts de la stratégie



306. **Approche N°4 (moyen à long terme): augmenter les recettes internes.** Plusieurs pays à faible et moyen revenu sont parvenus à augmenter de manière impressionnante les revenus de la fiscalité générale, ce qui montre que c'est aussi un chemin praticable. Barrientos (2007)¹²⁹ indique que le coût de la hausse d'impôts pourrait être compensé par les avantages sociaux à long terme offerts par les programmes de protection sociale. Compte tenu du faible montant des recettes collectées actuellement au Burundi, il existe une opportunité d'accroître les recettes intérieures. Comme souligné par le FMI¹³⁰, l'accroissement des recettes pourrait passer par la rationalisation des exemptions fiscales discrétionnaires et par le renforcement de l'administration fiscale.

307. **En résumé, le Burundi dispose de différentes options pour faire face aux coûts directs de la stratégie : l'harmonisation des financements alignés sur la stratégie; l'amélioration de l'efficacité des programmes ; la réaffectation de ressources des programmes inefficaces ou régressifs, et l'augmentation des recettes internes.** Ainsi, les différentes approches pour rendre le financement national disponible pour les programmes clés de la protection sociale doivent être examinées sans délai, compte tenu du temps que peut prendre leur mise en œuvre.

308. **Si financer la stratégie semble constituer un défi, il faut prendre en compte les coûts de l'inaction. Comme mentionné précédemment, les privations, et surtout les privations pendant la petite enfance, entraînent un coût important pour l'économie ; on estime que la malnutrition au Burundi conduit à une perte de 4 % du PIB¹³¹. Cela peut être vu comme la conséquence économique de laisser les pauvres sans protection sociale.**

¹²⁹ Barrientos, Armando. 2007. "Financing Social Protection." Brooks World Poverty Institute Working Paper 5, School of Environment and Development, University of Manchester, U.K.

¹³⁰ International Monetary Fund Country Report, March 2014. Burundi

¹³¹ UNICEF, 2013, Analyse de la Malnutrition des Enfants, p86.

ANNEXE 1: ATTRIBUTIONS DES DIFFERENTS MINISTERES¹³²

NB Les chevauchements de fonction sont soulignés en jaune/bleu

Ministère/ agence	Programmes de protection sociale clés	Programmes de protection sociale complémentaires	Autres programmes liés (hors protection sociale)		
			L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE	LA SECURITE ALIMENTAIRE ET UNE SECURITE ELEMENTAIRE DE REVENU	GESTION DES RISQUES
Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale	Mise en place d'un système efficace de protection sociale Promouvoir des systèmes d'assurances maladies ou de mutualité-santé pour la population			Concevoir et exécuter la politique nationale en matière du travail Assurer le contrôle de l'application de la législation du travail	
Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA	Promouvoir des systèmes d'assurances maladies ou de mutualités-santé pour la population		Coordonner les actions de promotion de la santé de prévention et de prise en charge médicale et psychosociale Concevoir la politique nationale en matière de santé publique, d'hygiène et d'assainissement		

¹³²Les décrets N° 100/323,2011, 100/216, 2011, 100/254, 2011 et 100/65, 2014.

Ministère/ agence	Programmes de protection sociale clés	Programmes de protection sociale complémentaires	Autres programmes liés (hors protection sociale)		
			L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE	LA SECURITE ALIMENTAIRE ET UNE SECURITE ELEMENTAIRE DE REVENU	GESTION DES RISQUES
Ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la personne humaine et du Genre	Conception et mise en œuvre de la politique gouvernementale de protection sociale	Elaborer et coordonner les stratégies de mobilisation pour le secours des sinistres en cas de catastrophe naturelle. Coordonner les interventions dans les différents secteurs d'action en faveur des personnes nécessiteus es et vulnérables Favoriser l'émergence d'une culture d'entraide et de solidarité agissante au niveau de toutes les couches de la population			
Ministère de l'Enseignement de base et secondaire, de l'enseignement des métiers, de la formation professionnelle et de l'alphabétisation		Concevoir une politique visant l'achèvement de l'enseignement primaire pour tous les enfants en âge de scolarisation et en assurer sa mise en pratique	Promouvoir le développement de l'enseignement préscolaire, de base et secondaire, et l'alphabétisation des adultes	Promouvoir l'insertion socio-économique des jeunes notamment par la formation pour les métiers	

Ministère/ agence	Programmes de protection sociale clés	Programmes de protection sociale complémentaires	Autres programmes liés (hors protection sociale)		
			L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE	LA SECURITE ALIMENTAIRE ET UNE SECURITE ELEMENTAIRE DE REVENU	GESTION DES RISQUES
Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage				Veiller à la sécurité alimentaire de la population par la promotion des cultures vivrières et des productions animales	
Institut national de sécurité sociale	Gestion des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail et assimilés				
Office national des pensions et risques professionnels	Gestion des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des fonctionnaires, des magistrats et des agents de l'ordre judiciaire				
Mutuelle de la fonction publique	Gérer un régime d'assurance maladie institué en faveur des agents publics et assimilés				

Ministère/ agence	Programmes de protection sociale clés	Programmes de protection sociale complémentaires	Autres programmes liés (hors protection sociale)		
			L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE	LA SECURITE ALIMENTAIRE ET UNE SECURITE ELEMENTAIRE DE REVENU	GESTION DES RISQUES
Mutuelle de santé des entreprises du secteur privé	Gérer un régime d'assurance maladie institué en faveur des travailleurs du secteur privé				
Ministère de l'Eau, de l'Environnement, de l'Aménagement du territoire et de l'Urbanisme		Elaborer les stratégies pour réduire le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base			Concevoir et exécuter la politique nationale en matière de prévention et de gestion des catastrophes naturelles Mettre en place des politiques d'adaptation aux changements climatiques en collaboration avec les autres services techniques concernés
Ministère des Transports, des Travaux publics et de l'Equipement		Concevoir et exécuter la politique nationale en matière de transports, des bâtiments publics et d'infrastructures routières			
Agence burundaise pour la réalisation de travaux d'intérêt public	Faire exécuter les travaux d'utilité publique dans les domaines des infrastructures et équipements collectifs tout en maximisant les effets sur l'emploi des				

Ministère/ agence	Programmes de protection sociale clés	Programmes de protection sociale complémentaires	Autres programmes liés (hors protection sociale)		
			L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE	LA SECURITE ALIMENTAIRE ET UNE SECURITE ELEMENTAIRE DE REVENU	GESTION DES RISQUES
	populations cibles (approche HIMO)				
Ministère du Développement communal				Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des populations en milieu rural Coordonner les institutions de micro finance Promouvoir et encadrer le mouvement coopératif	
Ministère de la Sécurité publique					Assurer la protection civile, notamment par la prévention et le secours public en cas de risque naturel ou autre cataclysme

ANNEXE 2: TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1: Tendances des dépenses de PS de base

	2010	2011	2012
Dépenses Gouvernementales:			
Travaux publics	139.914.666	265.752.059	232.313.294
Transferts monétaires	0	0	0
T. dépenses en PS	139.914.666	265.752.059	232.313.294
Dépenses en PS en % du PIB	0,01	0,01	0,01
Dépenses en PS en % des dépenses gouvernementales	0,01	0,02	0,02
Dépenses de donateurs:			
Travaux publics	23.138.945.007	41.483.250.543	51.132.316.735
Transferts monétaires	0	0	717.911.022
T. dépenses en PS	23.138.945.007	41.483.250.543	51.850.227.757
Dépenses en PS en % du PIB	0,93	1,39	1,43
Dépenses gouvernement et donateurs:			
T. Dépenses des donateurs et du gouvernement	23.278.859.673	41.749.002.601	52.082.541.051
T. Dépenses en % du PIB	0,93	1,40	1,44

Source: Calculs de l'auteur bases sur le revue des filets sociaux et des données additionnelles collectées

Tableau 2: Tendances des dépenses du gouvernement en PS de base

Dépenses du Gouvernement en PS complémentaire

	2010	2011	2012
Aides alimentaires et humanitaires	1.727.996.700	1.653.815.761	1.751.616.381
Aide au rapatriement	1.459.847.300	2.476.407.024	2.888.028.000
Aides aux personnes affectés par le SIDA	833.356.214	603.093.756	445.448.631
Services pour enfants vulnérable	447.202.833	522.538.619	690.863.851
Services pour personnes handicaps	2.499.812.615	2.060.755.677	2.186.851.852
Cantines scolaires	0	3.000.010.005	3.000.009.994
Bourses d'enseignement supérieur	10.039.401.580	8.384.960.674	11.314.706.107
Assistance médicale	1.296.643.512	2.427.498.863	3.732.279.320
Distribution de bétail et intrants agricoles	129.174.408	131.012.246	129.691.711
Protection de la femme et programmes genre	87.960.200	374.898.016	621.761.168
Promotion et protection des droits de l'homme	116.397.867	171.258.411	952.692.560
Autre assistance sociale	2.127.058.331	2.052.323.619	2.350.723.163
Fuel subsidies			
T. dépenses	20.764.851.560	23.858.572.671	30.064.672.738
Dépenses en % PIB	0,83	0,80	0,83
Dépenses en PS en % des dépenses gouv.	2,03	2,01	2,37

Tableau 3: Tendence des dépenses des donateurs en PS complémentaire

Dépenses des donateurs en PS complémentaire			
	2010	2011	2012
Aides alimentaires et humanitaires	34.384.654.557	29.279.387.973	33.637.822.171
Aides aux personnes affectées par le sida	3.804.734.473	787.545.488	1.368.991.485
Aides et services pour enfants vulnérables	6.124.087.581	7.232.937.574	6.961.705.355
Aides et services pour personnes handicapées	0	2.023.157.508	0
Cantines scolaires et autres aides à la scolarisation	21.824.539.083	12.712.012.428	17.428.561.673
Assistance médicale	1.127.645.398	1.456.893.704	1.594.908.813
Distribution de bétail et intrants agricoles	3.765.920.368	5.137.240.805	9.242.797.161
Nutrition	12.694.274.783	24.705.248.028	12.381.776.230
Protection de la femme et programmes genre	218.931.684	1.572.874.186	0
Appuis aux batwa	172.055.331	278.982.168	621.951.908
Autres	0	400.873.424	0
T. dépenses	84.116.843.257	85.587.153.287	83.238.514.796
Dépenses en % du PIB	3,36	2,86	2,30

Tableau 4: Dépenses du gouv. Et donateurs en PS complémentaire

Dépenses du gouv. Et donateurs en PS complémentaire			
	2010	2011	2012
T. Dépenses en PSC du gouv. Et donateurs	104.881.694.817	109.445.725.958	113.303.187.535
T. Dépenses en PSC en % du PIB	4,19	3,66	3,13