

Burundi

Rapport au gouvernement

Évaluation technique pour la mise en place
d'un Socle de protection sociale au Burundi

Département de la Protection sociale
Bureau international du Travail

Copyright © Organisation internationale du Travail 2014
Première édition 2014

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

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

Données de catalogage avant publication du BIT

Burundi : rapport au gouvernement : évaluation technique pour la mise en place d'un Socle de protection sociale au Burundi / Bureau international du travail, Département de la sécurité sociale.
- Genève: BIT, 2014

ISBN: 9789221291190; 9789221291206 (web pdf)

International Labour Office Social Security Dept.

protection sociale / sécurité sociale / administration de la sécurité sociale / financement de la sécurité sociale / champ d'application / Burundi

02.03.1

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

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

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

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

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

Imprimé en Suisse

Table des matières

	<i>Page</i>
Acronymes et abréviations	xi
1. Introduction.....	1
2. Le contexte démographique, économique et social	3
2.1. Distribution de la population	3
2.2. Taux de fécondité.....	4
2.3. Espérance de vie et taux de mortalité infantile et infanto-juvénile.....	4
2.4. Population active et emploi.....	5
2.5. Contexte macroéconomique	5
2.6. Structure sanitaire	7
2.7. Répartition de la richesse et de la pauvreté.....	7
2.8. Constats.....	8
3. Inventaire des systèmes de protection sociale existants, des lacunes de ces systèmes et des écarts par rapport au socle de protection sociale	9
3.1. Garantie 1: soins de santé	9
3.1.1. Les systèmes existants	9
3.1.2. Les lacunes des systèmes existants	11
3.1.3. Les écarts par rapport à la garantie 1 du Socle de protection sociale.....	14
3.2. Garantie 2: sécurité élémentaire du revenu pour les enfants	16
3.2.1. Les systèmes existants	16
3.2.2. Les lacunes des systèmes existants	18
3.2.3. Les écarts par rapport à la garantie 2 du Socle de protection sociale.....	20
3.3. Garantie 3: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif.....	20
3.3.1. Les systèmes existants et en projet	21
3.3.2. Lacunes des systèmes existants et en projet.....	22
3.3.3. Les écarts par rapport à la garantie 3 du Socle de protection sociale.....	23
3.4. Garantie 4: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées	23
3.4.1. Les systèmes existants	23
3.4.2. Les lacunes des systèmes existants	25
3.4.3. Les écarts par rapport à la garantie 4 du Socle de protection sociale.....	27
4. Options de programmes afin de combler les écarts des systèmes existants par rapport aux garanties du Socle de protection sociale	29
4.1. Garantie 1: soins de santé	29
4.2. Garantie 2: sécurité élémentaire du revenu pour les enfants	30
4.3. Garantie 3: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif.....	30

4.4.	Garantie 4: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées	30
5.	Projections des coûts du socle de protection sociale	32
5.1.	Définition d'un Socle de protection sociale	32
5.1.1.	Variantes de la rente universelle	34
5.1.2.	Variantes de la rente universelle	34
5.2.	Calcul du coût du programme de sécurité du revenu	35
5.3.	Calcul du coût de la prestation versée à tous les enfants de sept ans et moins	36
5.3.1.	Coordination avec les allocations familiales du secteur structuré.....	37
5.4.	Frais d'administration	38
5.5.	Indexation des prestations	38
5.6.	Revalorisation au taux de croissance du PIB par habitant	39
5.6.1.	Rente universelle de retraite.....	39
5.6.2.	Programme de sécurité du revenu	40
5.6.3.	Prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins	40
5.7.	Coût du régime universel de soins de santé	41
5.8.	Conclusion	44
6.	Conclusions	46

Annexes

A	Hypothèses démographiques.....	51
B	Hypothèses économiques	54
C	Méthodologie et hypothèses de projection des coûts de la rente universelle de retraite	56
D	Méthodologie et hypothèses de projection des coûts de la prestation de sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif.....	59
E	Méthodologie et hypothèses de projection des coûts de la prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins.....	61
F	méthodologie et hypothèses de projection des coûts du régime universel de soins de santé.....	63
G	Impact du socle de protection sociale sur le budget de l'état	70

Avant-propos

Le gouvernement du Burundi a adopté en avril 2011 une politique nationale de protection sociale qui a pour objectif d'étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population.

En réponse à une requête du gouvernement du Burundi, le BIT a entrepris d'appuyer le processus de mise en place d'un Socle national de protection sociale dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique nationale de protection sociale qui a été adoptée en avril 2011.

Le Directeur général du BIT a confié à M. André Picard, conseiller expert en actuariat, et M. Alexandre Landry, actuaire, la tâche d'effectuer les calculs et de préparer le rapport.

M. Picard et M. Landry ont bénéficié des conseils et des orientations de M. Hiroshi Yamabana, M. Andrés Acuña-Ulate et de M. Tharcisse Nkanagu du Département de la protection sociale du BIT. M. Nkanagu et M. Acuña-Ulate ont fait partie d'une mission à Bujumbura du 3 au 18 avril 2013, qui avait pour objectif de collecter des données statistiques dans les principales institutions travaillant dans le domaine de la protection sociale au Burundi.

Ce travail a également bénéficié des contributions de diverses personnes, notamment Mme Annonciata Sendazirasa, ministre de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale, M. Joseph Ntakabanyura, Directeur général de la Protection sociale au ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale, M. Hubert Hangimana, son conseiller, MM Yvan Ndikumwami et Baltazar Batungwanayo, informaticiens pour le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale, M. Théodore Kamwenubusa, Président de l'Association des employeurs du Burundi, M. Edmond Dieudonné Hakizimana, Coordonnateur pour le Burundi de l'ONG Solidarité Mondiale, M. Engelbert Dusabimana, secrétaire permanent de la Plateforme de concertation des acteurs des mutuelles de santé au Burundi, M. Télesphore Irambona, brigadier-général, Directeur général de l'Institut national de la Sécurité sociale, Mme Evelyne Masenge, Directrice des études de l'Institut national de la Sécurité sociale, M. Onésphore Baroraho, Directeur général de l'Office national des pensions et des risques professionnels, M. Deogratias Niyonkuru, secrétaire général de l'Appui au développement intégral et à la solidarité sur les collines, M. Déogratias Nduwimana, Directeur général de la mutuelle de la Fonction publique, M. Côme Nzeyimana, conseiller en protection sociale à la mutuelle de la Fonction publique, M. Salomon Sabushimike, responsable technologie d'information à la mutuelle de la Fonction publique, M. Gervais Barampanze, assistant représentant de l'UNFPA, M. Ismaila Mbengue, représentant de l'UNFPA, M. Georges Gahungu, agent de programme de l'UNFPA, M. Abou Amadou BA, représentant de la Banque de développement africaine, M. Hercule Yamuremye, spécialiste du développement social supérieur à la Banque de développement africaine, M. Charles Nahimana, Directeur de l'Union pour la coopération et le développement, M. Justin Singbo, Directeur pays adjoint au PNUD, M. Olivier Basenya, spécialiste de financement basé sur les performances au ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA, M. Dionis Nizigiyimana, secrétaire permanent au ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA, M. Eric Nshimirimana, Directeur financier au ministère de l'Education de base et secondaire, de l'Enseignement des métiers, de la Formation professionnelle et de l'Alphabétisation, M. Terence Mbonabuca, Directeur du ministère de l'Intérieur et de la Direction générale de l'administration du territoire, M. Nicolas Ndayishimiye, Directeur général de ISTEEDU, M. Joseph Nduwimana, Directeur général de la Solidarité nationale et M. Claudel Rubeya, Directeur de l'Offre et la demande de soins en charge du programme de la Carte d'assurance médicale.

Sommaire exécutif

L'objectif principal de ce rapport est de présenter une estimation des coûts pour la mise en place d'un Socle de protection sociale au Burundi.

Pour ce faire, ce rapport identifie les quatre garanties qui composent le Socle de protection sociale, les écarts entre les systèmes existants au Burundi et chacune des garanties, et suggère une option afin de réduire ces écarts.

Dans l'ensemble, les options suggérées dans ce rapport entraîneraient des coûts additionnels pour l'État à long terme représentant entre 11,4 pour cent et 13,3 pour cent du PIB selon l'hypothèse retenue d'augmentation de la productivité par travailleur.

Un tel coût n'est certes pas supportable à court et moyen terme compte tenu du contexte fiscal actuel du Burundi. Le gouvernement, avec ses partenaires techniques et financiers, devra donc faire des choix sur les options à appliquer en priorité.

Selon les projections effectuées dans ce rapport, les coûts pour chacune des options suggérées sont les suivants:

- Garantie 1: accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité;
 - Option: extension de la Carte d'assistance médicale (CAM) et/ou des mutuelles de santé de façon à transférer à l'État 80 pour cent des coûts des soins de santé actuellement payés directement par les ménages: entre 7,7 pour cent et 8,5 pour cent du PIB en 2021, et entre 7 pour cent et 8 pour cent du PIB en 2025;
- Garantie 2: sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires;
 - Option: prestation versée aux enfants de 7 ans et moins d'un montant de 3 650 francs burundais par mois en 2010, soit 20 pour cent du PIB par habitant, par enfant: 6,2 pour cent du PIB à court terme et entre 2,7 pour cent et 3,3 pour cent du PIB en 2025;
- Garantie 3: sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, soit 25 pour cent des personnes d'âge actif, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;
 - Option: prestation de sécurité du revenu de 7 300 francs burundais par mois en 2010, soit 40 pour cent du PIB par habitant et par ménage dont les personnes d'âge actif sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant: 2,4 pour cent du PIB à court terme et entre 0,9 pour cent et 1,1 pour cent du PIB en 2025;
- Garantie 4: sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale;
 - Option: rente universelle non contributive de 7 300 francs burundais par mois en 2010, soit 40 pour cent du PIB par habitant, à compter de 60 ans: 1,8 pour cent du PIB à court terme et entre 0,8 pour cent et 0,9 pour cent du PIB en 2025.

Les prestations des garanties 2, 3 et 4 illustrées précédemment sont présentées en montant nominal de 2010. L'indexation de toutes les prestations du Socle de protection sociale se rapportant à la sécurité élémentaire de revenu, soit celles prévues par les garanties 2, 3 et 4, est absolument nécessaire afin d'assurer la pertinence des prestations de sécurité sociale sur le long terme. En effet, pour assurer des mesures sociales dont l'impact global est significatif, il est nécessaire que les prestations sociales soient indexées en fonction de l'indice des prix à la consommation (IPC). En indexant les prestations annuellement, les «*avantages*» des politiques sociales restent intacts au fil du temps.

Des variantes de ces options, avec l'impact sur les coûts sont également présentées dans le rapport.

Le coût à long terme, en pourcentage du PIB, peut varier en fonction de l'hypothèse d'augmentation de la productivité qui est retenue. Le PIB a été projeté selon les trois hypothèses suivantes d'augmentation réelle de la productivité par travailleur:

- 2,5 pour cent, soit le scénario de base, qui représente une augmentation d'environ 1 pour cent supérieure à celle observée au cours des cinq dernières années;
- 5,5 pour cent, soit l'augmentation requise afin d'atteindre en 2025 le même niveau de PIB que celui projeté dans les études qui ont conduit à la formulation du rapport Vision «Burundi 2025», tel que réestimé en 2011 pour tenir compte de l'évolution connue de 2005 à 2010 ainsi que des prévisions réalisées par le Comité permanent de cadrage macro-économique et budgétaire jusqu'en 2014;
- 4 pour cent, soit un scénario optimiste, qui se situe à mi-chemin entre 2,5 pour cent et 5,5 pour cent.

La capacité du Burundi à financer des programmes sociaux passera nécessairement par l'enrichissement collectif du pays. Par conséquent, le principal défi à relever sera le gain de productivité. Afin d'être en mesure de mettre en place des programmes sociaux, la productivité par travailleur devra augmenter à un rythme supérieur à l'augmentation des coûts de ces programmes.

Pour produire ce rapport, plusieurs études et rapports portant sur les soins de santé, la population, l'insécurité alimentaire, la pauvreté, les prévisions économiques, les budgets de l'État ainsi que des indicateurs de base du bien-être ont été consultés. Ces études et rapports renferment une multitude d'informations qui ont été utiles, voire nécessaires, à la réalisation du présent rapport. Il n'a pas toujours été possible de corroborer certaines données avec d'autres rapports et parfois, les données pouvaient différer d'un rapport à l'autre. Il n'a pas toujours été possible non plus d'expliquer ces différences. De plus, certaines données et informations seront indispensables pour évaluer plus précisément les coûts et les impacts des programmes suggérés, comme par exemple:

- les données sur la distribution des revenus des travailleurs qui seraient utiles afin d'évaluer plus précisément le niveau des prestations des garanties 2, 3 et 4 du Socle de protection sociale et, par conséquent, le coût de ces prestations ainsi que leurs impacts sur la réduction de la pauvreté;
- au vu des observations faites entre 2010 et 2012, la mise à jour des coûts projetés dans le Plan national de Développement sanitaire II (PNDS II) serait utile pour estimer plus précisément le coût de la garantie 4. En particulier en ce qui concerne les investissements requis pour la mise à niveau des ressources humaines et matérielles actuelles, et ceux requis pour répondre à l'augmentation de la demande de services résultant d'une plus grande accessibilité aux soins de santé pour l'ensemble de la population; les données récurrentes sur la population active et l'emploi qui

permettraient d'établir des hypothèses plus probantes sur l'évolution du nombre de travailleurs et de la productivité et, par conséquent, du PIB.

Les projections contenues dans ce rapport sont des estimations fondées sur des hypothèses. Comme pour toute projection, la variabilité des résultats s'accroît avec la période de projection. La précision des estimations dépend de la précision des hypothèses sous-jacentes qui, elles, dépendent de la qualité des données utilisées afin d'établir ces hypothèses. Les estimations présentées dans ce rapport doivent donc être utilisées en ayant à l'esprit cette mise en garde. L'expérience réelle différera des résultats projetés; c'est la raison pour laquelle d'autres évaluations du coût des options suggérées devront être effectuées à l'avenir afin d'ajuster, s'il y a lieu, les hypothèses, les projections et les prestations.

Acronymes et abréviations

BIT	Bureau international du Travail
CAM	Carte d'assistance médicale
DTS	Dépenses totales en santé
EDS	Enquête démographique et de Santé
FAD	Fonds africain de développement
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FBP	Financement basé sur la performance
FMI	Fonds monétaire international
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IADM	Initiative d'allègement de la dette multilatérale
IDA	Association internationale de développement
IFPRI	Institut international de Recherche sur les politiques alimentaires
IGF	Indice global de la faim
INSS	Institut national de sécurité sociale
IPC	Indice des prix à la consommation
IPPTE	Initiative en faveur des pays pauvres très endettés
MFP	Mutuelle de la fonction publique
MSAG	Mutuelle de santé de l'archidiocèse de Gitega
MSDM	Mutuelle de santé du Diocèse de Muyinga
MUSCABU	Mutuelle de santé des caféiculteurs du Burundi
OBR	Office burundais des Recettes
OEV	Orphelins et autres Enfants vulnérables
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPR	Office national des pensions et des risques professionnels
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PTF	Partenaires techniques et financiers
UCODE	Union pour la coopération et le développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée

1. Introduction

Le gouvernement du Burundi a adopté en avril 2011 une politique nationale de protection sociale qui a pour objectif d'étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population. La politique préconisée projetée, dans un premier temps, de consolider les dispositifs existants de protection sociale en examinant dans quelle mesure ils peuvent améliorer le niveau et la qualité des prestations en service et, dans un deuxième temps, d'être mis à contribution pour gérer d'autres programmes de protection sociale à mettre en place dans le cadre de l'extension de la couverture de protection sociale.

Afin de traduire en pratique l'objectif de garantir progressivement un Socle de protection sociale pour tous, consistant à assurer à toute personne la sécurité du revenu ainsi que l'accès aux services de santé, le BIT, recommande de mettre en place progressivement, un ensemble élémentaire et modeste de garanties de sécurité sociale. C'est cette vision et cette démarche qui sont proposées dans le document de Politique nationale de protection sociale que le gouvernement du Burundi a adoptée.

Les quatre garanties qui constituent le Socle de protection sociale sont les suivantes ¹:

Garantie 1: accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité;

Garantie 2: sécurité élémentaire du revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires;

Garantie 3: sécurité élémentaire du revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;

Garantie 4: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

Il va sans dire que l'ensemble de ces quatre garanties de protection sociale de base exclut explicitement toute formule unique et offre une grande souplesse, à l'échelle nationale, quant à la forme concrète des prestations aptes à fournir ces garanties.

Un rapport du BIT intitulé «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», daté de mars 2013, a servi de base à l'élaboration du présent rapport. Il traite des éléments suivants:

- pour chacune des garanties indiquées plus haut, une description des dispositions légales et politiques et des régimes existants ainsi qu'une évaluation de ces régimes et l'identification des lacunes de ces derniers;
- une analyse des potentialités et des lacunes des systèmes de protection sociale en vigueur dans le secteur structuré et dans le secteur informel et rural;

¹ Recommandation (n°202) sur les socles de protection sociale, 2012, Genève, paras. 5a) à 5d).

-
- l'identification des espaces possibles pour l'implantation du Socle de protection sociale.

À partir de l'étude diagnostique du BIT et des documents recueillis pour réaliser cette étude, la présente évaluation technique a pour but de:

- effectuer un inventaire des systèmes de protection sociale existants et une analyse des écarts à combler pour atteindre les garanties du Socle de protection sociale;
- identifier les informations et données additionnelles requises afin de mieux évaluer les coûts et les impacts de l'implantation d'un Socle de protection sociale;
- identifier des options de programmes afin de combler les écarts identifiés par rapport aux garanties du Socle de protection sociale;
- effectuer une analyse des coûts et des impacts des options identifiées précédemment.

L'année de départ utilisée pour le calcul du coût des différents programmes sociaux est 2010. Bien que relativement proche, l'année 2010 a été prise en considération dans ce rapport en raison des nombreuses ressources et données recueillies datant de cette année. De plus, les données datant de 2010 ont constituées, de façon générale, les plus récentes statistiques qui ont pu être obtenues. Il a été supposé qu'aucun événement majeur n'altérant significativement les résultats du présent rapport n'est survenu entre l'année 2010 et la date de publication de cette étude.

La première section de ce rapport présente l'origine du projet, les étapes antérieures ainsi qu'une définition du Socle de protection sociale. La deuxième section de ce rapport décrit brièvement le contexte démographique, économique et social du Burundi. La troisième section offre un inventaire des systèmes de protection sociale existants, les lacunes de ces systèmes ainsi que les écarts de ces systèmes par rapport aux garanties qui composent le Socle de protection sociale. La quatrième section propose les options qui pourraient être envisagées afin de combler les écarts identifiés. La cinquième section énonce la projection des coûts des options de programmes. Finalement, la dernière section expose les principales conclusions du rapport.

2. Le contexte démographique, économique et social

Ce chapitre présente le contexte démographique, économique et social du Burundi. La description n'est pas exhaustive mais présente les principales caractéristiques susceptibles d'avoir un impact sur l'élaboration d'un système de protection sociale universel.

2.1. Distribution de la population

La démographie du Burundi ressemble beaucoup à celle de plusieurs pays africains. En effet, le pays renferme une population dont la part des jeunes est très importante et enregistre également une baisse graduelle de la fécondité et du taux de mortalité infantile et infanto-juvénile.

Le dernier recensement disponible estimait la population à 8 053 574 personnes en 2008¹, présentant ainsi un taux de croissance annuel moyen de la population de 2,4 pour cent entre 1990 et 2008².

En 2008, approximativement 44,1 pour cent de la population était âgée de moins de 15 ans³, démontrant ainsi pertinemment la forte part des jeunes dans la population au Burundi. En 1990, ce taux était d'environ 47,8 pour cent, démontrant une fois encore la forte proportion des jeunes sur la population totale⁴.

Le taux de dépendance élevé des jeunes (plus de deux fois celle de la plupart des pays développés) a des implications immédiates pour la protection sociale des enfants, notamment l'éducation, les soins de santé, le soutien du revenu et la création d'emplois.

Une stratégie à long terme est nécessaire afin d'assurer l'élaboration graduelle viable d'un Socle de protection sociale au Burundi. En effet, bien que l'incidence des principaux éléments d'un Socle de protection social universel puisse être observée sur le court et le moyen terme, ces principaux éléments peuvent prendre des décennies avant d'avoir un impact significatif et durable au Burundi.

Sur l'ensemble de la population, le ratio hommes-femmes est d'approximativement 0,97⁵ et le ratio correspondant pour les personnes âgées de 60 ans et plus est d'environ 0,89⁶, ce qui indique que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Avec des revenus inférieurs à ceux des hommes et une forte présence dans le secteur informel de

¹ Recensement général de la population et de l'habitat de 2008, ministère de l'Intérieur – Bureau central du Recensement.

² Idem.

³ Idem.

⁴ Perspectives de la population mondiale – Révision de 2012, Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies.

⁵ Recensement général de la population et de l'habitat de 2008, ministère de l'Intérieur – Bureau central du Recensement.

⁶ Perspectives de la population mondiale – Révision de 2012, Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies.

l'économie, les femmes obtiendront certainement des revenus de retraite inférieurs à ceux des hommes, les rendant ainsi particulièrement vulnérables.

2.2. Taux de fécondité

Les taux de fécondité ont graduellement baissé au Burundi depuis 1980. L'indice synthétique de fécondité (ISF) était d'approximativement 6,52⁷ entre 2005 et 2010. Les taux de fécondité par tranche d'âge révèlent qu'ils sont plus faibles chez les jeunes âgées de 25 ans et moins et plus élevés chez les plus de 25 ans⁸. Cela peut être attribué à l'impact des différentes politiques sociales et pratiques culturelles.

2.3. Espérance de vie et taux de mortalité infantile et infanto-juvénile.

Les récents recensements de la population et de l'habitat de 1990 et 2008 montrent une certaine incohérence quant à l'évolution, au fil du temps, de l'espérance de vie à la naissance au Burundi. En effet, le Recensement général de la population et de l'habitat de 1990 estimait l'espérance de vie à la naissance à environ 51 ans, alors que celui de 2008 l'estimait à environ 49 ans. La diminution de l'espérance de vie calculée entre 1990 et 2008 peut s'expliquer en partie par la récente guerre civile qu'a connue le Burundi de 1993 à 2009. Néanmoins, le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies a évalué l'espérance de vie à la naissance à 49 ans pour la période 1985-1990 et 51 ans pour la période 2005-2010. L'espérance de vie des hommes serait ainsi estimée à 50 ans et celle des femmes à 53 ans.

Il convient de souligner que l'espérance de vie au Burundi est faible à la naissance. Cependant, l'espérance de vie estimée pour les personnes atteignant l'âge de 60 ans, qui est de plus de 15 ans, n'est pas loin de l'espérance de vie estimée à cet âge pour les pays développés⁹. Cela indique l'importance d'introduire des politiques qui assureront une sécurité de revenu nécessaire pour les personnes âgées.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont diminué de façon importante entre 1990 et 2008, influencés notamment par l'introduction en 2006 de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. En 2008, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile spécifiés par le Bureau central du Recensement étaient évalués, respectivement, à 59 et 96 pour mille naissances respectivement¹⁰. Les statistiques du Bureau central du Recensement sont largement inférieures à celles estimées par l'Organisation des Nations Unies et la Banque mondiale. En effet, ces deux organisations font plutôt mention d'un taux de mortalité infanto-juvénile de l'ordre de 139 pour 1 000 naissances¹¹. Il est possible que l'écart entre les statistiques du Bureau central du Recensement et celles de l'Organisation des Nations Unies et de la Banque mondiale soit dû en partie au fait que, dans près d'un quart des cas (25 pour cent),

⁷ Idem.

⁸ Idem.

⁹ Idem.

¹⁰ Recensement général de la population et de l'habitat de 2008, ministère de l'Intérieur – Bureau central du Recensement.

¹¹ Banque mondiale.

les naissances et les enfants de moins de 5 ans ne sont pas formellement déclarées à l'État civil¹². Cela rend ainsi la tâche d'estimation des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile plus complexe.

2.4. Population active et emploi

Selon la Banque mondiale, 77,7 pour cent de la population totale âgée de plus de 15 ans est économiquement active. Plus précisément, cela représente 76,8 pour cent des hommes et 78,6 pour cent des femmes.

Selon les statistiques de 2009 de la Banque de développement africaine et celles de 2010 de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le taux de chômage serait estimé à approximativement 35 pour cent au Burundi. Selon ces mêmes sources, le chômage serait trois fois plus élevé chez la population âgée entre 15 et 25 ans. Il est important de noter que ces statistiques sont, toutefois, approximatives étant donné l'importante part que représente le secteur informel dans l'économie burundaise.

En effet, dans le rapport final sur l'enquête QUIBB (*Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base et du Bien-être*) de 2006¹³, l'activité économique a été mesurée dans un sens plus large que celui utilisé selon des standards internationaux. Dans cette enquête, des questions relatives à l'emploi ont été posées à toutes les personnes âgées de 5 ans et plus. La mesure de l'activité économique des enfants de moins de 15 ans avait pour but de tenir compte de la contribution de ces enfants à l'activité économique des ménages en milieu rural et informel. Cela consiste généralement à garder le bétail, vendre divers types de produits ou toute autre activité pour le compte de la famille.

Dans le rapport QUIBB 2006, la notion de travail est comprise au sens large d'une activité économique. Elle englobe toutes les activités économiques qu'elles soient formelles ou informelles, rémunérées ou non rémunérées, agricoles ou non agricoles. Dans ce rapport, le taux d'activité global des personnes entre 5 à 70 ans est de 56,2 pour cent. Par groupe d'âge, il est légèrement supérieur à 20 pour cent pour les personnes âgées de 5 à 9 ans et se situe aux alentours de 90 pour cent pour les personnes âgées de 35 à 59 ans. Selon la définition de l'emploi retenue pour cette enquête, le taux de chômage était d'environ 2 pour cent en 2006.

Dans la mesure où le gouvernement projette de mettre en place des politiques de protection sociale pour étendre la couverture, il est important d'avoir une connaissance davantage approfondie sur l'emploi réel et sur le statut des hommes et des femmes travaillant dans le secteur de l'économie informelle et percevant un revenu sur la base duquel des cotisations et des impôts peuvent être prélevés.

2.5. Contexte macroéconomique

Au cours des dernières années, l'économie globale du Burundi a prospéré raisonnablement bien. En effet, le PIB réel a augmenté annuellement de 4,1 pour cent en moyenne entre 2007 et 2011. L'inflation, sur la même période, a cependant été très élevée, variant annuellement entre 6,4 pour cent et 24,1 pour cent. En moyenne, l'inflation s'est située à environ 11,9 pour cent de 2007 à 2011.

¹² Enquête démographique et de santé du Burundi de 2010.

¹³ Ministère de la planification, du développement et de la reconstruction nationale, Enquête QUIBB 2006, rapport final, juin 2006.

Selon le Fonds monétaire international (FMI), le maintien d'un taux d'inflation stable serait important pour l'avenir afin d'assurer la croissance économique du pays. Le FMI en fait d'ailleurs mention dans le rapport No. 08/178 de juin 2008 comme étant une priorité pour les gouvernements.

L'amélioration de la gestion des finances publiques, notamment la collecte des impôts depuis la création de l'Office burundais des Recettes (OBR), devrait permettre d'accroître les recettes fiscales dans les années à venir.

Les dons et l'aide extérieure représentent près de 50 pour cent du budget des finances publiques du Burundi. Cependant cette aide internationale pourrait diminuer dans les prochaines années, en raison de la crise économique qui touche les partenaires traditionnels ¹⁴.

Les recettes fiscales ont graduellement augmenté de 2005 à 2009 grâce à la croissance des impôts sur les revenus et les biens et services. Cette augmentation s'est renforcée en 2010 suite à la mise en œuvre du programme de modernisation de l'administration des recettes fiscales, notamment la création de l'OBR en juin 2010 et l'introduction de la Taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ¹⁵. Les recettes fiscales sont donc passées de 141,5 milliards de francs burundais en 2005 à 363,4 milliards de francs burundais en 2010 – une croissance annuelle moyenne des recettes fiscales de l'ordre de 20,8 pour cent. De façon générale, comme le PIB a augmenté légèrement moins vite que les recettes fiscales au rythme de 16,5 pour cent annuellement en moyenne pendant cette même période, la pression fiscale est donc allée à la hausse ¹⁶.

Le Burundi a atteint, en janvier 2009, le point d'achèvement pour l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE) qui a permis l'annulation de sa dette multilatérale (Association internationale de développement, Fonds africain de développement, FMI) au titre de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM), soit environ 90 pour cent de sa dette extérieure ¹⁷. En 2013, la dette totale du gouvernement du Burundi est estimée à approximativement 1,2 milliards de francs burundais ¹⁸.

Le Burundi demeure tout de même fragile sur le plan de la gestion de la dette et, malgré les progrès réalisés, le risque de surendettement est réel en raison du déséquilibre structurel de la balance commerciale et de la vulnérabilité de l'économie face aux chocs externes ¹⁹. L'économie burundaise reste également fragile du fait de sa dépendance vis-à-vis du secteur primaire, gros contributeur au PIB et à la création d'emplois ²⁰.

Le pays poursuit ses réformes structurelles et financières afin de consolider les bases productives, d'améliorer le climat des affaires et de relancer l'activité économique. Les autorités tentent de respecter un cap budgétaire prudent, se conformant aux priorités de

¹⁴ Document de stratégie pays 2012-2016, Banque africaine de développement.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Rapport final sur l'économie burundaise, 2010, MPDC.

¹⁷ Objectifs du Millénaire pour le développement du Burundi, 2010, UNDP.

¹⁸ Burundi Economic Statistics and Indicators, Economy Watch.

¹⁹ Document de stratégie pays 2012-2016, Banque africaine de développement.

²⁰ Perspectives économiques au Burundi, Banque africaine de développement.

dépenses définies dans le Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CLSP) adopté en février 2012. Parallèlement, le gouvernement s'est attelé au renforcement de la transparence dans la gestion des finances publiques²¹.

2.6. Structure sanitaire

Au Burundi, les maladies qui constituent les principales causes de mortalité et de morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH-Sida et la tuberculose. De toutes ces maladies, le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité avec 48 pour cent des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans et de plus de 50 pour cent des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé²².

Au Burundi, environ 17 pour cent des personnes malades n'auraient pas accès aux soins de santé et 81,5 pour cent des patients seraient obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face aux dépenses liées à la santé²³. Ces contraintes ont d'ailleurs incité les autorités à instituer une politique de gratuité en faveur des enfants âgés de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des personnes vivant avec le VIH en plus d'introduire une carte d'assurance maladie au bénéfice des personnes indigentes²⁴.

2.7. Répartition de la richesse et de la pauvreté

Aucun rapport ou étude crédible ne mentionne formellement des statistiques complètes sur le marché de l'emploi au Burundi. Les revenus et la distribution de ceux-ci à la population reste donc très peu connus.

Le marché du travail au Burundi est caractérisé par la prédominance du secteur informel qui emploierait près de 90 pour cent de la population active, par la faible productivité du marché du travail et par de bas salaires²⁵. De façon générale, le faible développement économique reste un problème préoccupant, affectant davantage les jeunes chez qui le taux de chômage est particulièrement élevé.

La plupart de la population burundaise est pauvre. En fait, 76 pour cent des burundais vivrait avec moins de 1,25 dollars²⁶ par jour et 90 pour cent de la population vivrait avec moins de 2 dollars par jour. La classe moyenne serait presque inexistante puisqu'environ

²¹ Idem.

²² Étude des coûts de prestations des soins dans les formations sanitaires publiques au Burundi, Janvier 2012.

²³ Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA, Plan national de Développement sanitaire 2011 – 2015.

²⁴ Étude des coûts de prestations des soins dans les formations sanitaires publiques au Burundi, Janvier 2012.

²⁵ U.S. Department of State, Annual Country Reports on Human Rights Practices, 2011.

²⁶ Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-unis.

0,4 pour cent de la population vivrait avec des revenus quotidien allant de 2 à 4 dollars. Environ 2,9 pour cent des burundais vivrait avec 4 à 20 dollars par jour ²⁷.

Une analyse de l'insécurité alimentaire effectuée en 2008 à partir de l'enquête QUIBB 2006 indique que 29 pour cent de la population serait en situation d'insécurité alimentaire sévère et que 39 pour cent de la population serait vulnérable à l'insécurité alimentaire ²⁸. Ainsi, plus du deux tiers de la population du Burundi ne serait pas en situation de sécurité alimentaire.

2.8. Constats

Il y a quatre grands facteurs déterminants pour la garantie de la protection sociale dans un pays, soit le profil démographique, le contexte macroéconomique, la structure du marché du travail et l'adéquation de l'offre existante. Cette section a survolé deux de ces facteurs déterminants, à savoir, le profil démographique et de le contexte macroéconomique.

Il est possible de distiller les principaux constats suivants:

- le Burundi a une population jeune qui devrait vieillir sur le long terme;
- la mortalité infantile et infanto-juvénile est élevée au Burundi, ce qui est dû presque essentiellement au paludisme;
- l'espérance de vie s'améliore graduellement au Burundi et les taux de fécondité sont amenés à reculer;
- l'inflation élevée dans le pays peut avoir un impact majeur sur les moyens de subsistance des populations les plus vulnérables;
- le Burundi est fragile sur le plan de la gestion de la dette et le risque de surendettement est réel à cause du déséquilibre structurel de la balance commerciale et de la vulnérabilité de l'économie aux chocs externes;
- la forte dépendance du Burundi aux dons et à l'aide internationale pour financer des dépenses publiques peut être un obstacle majeur à des interventions de protection sociale durables à long terme.

²⁷ African Development Bank, *The Middle of the Pyramid: Dynamics of the Middle Class in Africa*, April 2010.

²⁸ Banque mondiale, PAM et CASE D'AFRIQUE, *L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*, Janvier 2008.

3. Inventaire des systèmes de protection sociale existants, des lacunes de ces systèmes et des écarts par rapport au socle de protection sociale

Ce chapitre présente, pour chacune des garanties composant le Socle de protection sociale, un inventaire des systèmes de protection sociale existants et les lacunes de ces systèmes. Ce chapitre identifie également les écarts entre les systèmes existants et les garanties du Socle de protection sociale.

3.1. Garantie 1: soins de santé

La première garantie du Socle de protection sociale est l'accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

3.1.1. Les systèmes existants

Régime géré par la Mutuelle de la fonction publique (MFP)

Il s'agit du régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés. Ce régime couvre les agents publics, soit les agents de l'État soumis au statut général des fonctionnaires, les agents de l'État soumis à un statut spécial ou particulier (magistrats, militaires, policiers), les agents de l'État engagés sous contrat, les agents des collectivités locales, le personnel des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et le personnel politique de l'État. Il peut également couvrir les personnes se trouvant dans l'une des conditions ci-après, à condition qu'elles ne relèvent pas d'un autre régime d'assurance-maladie:

- les personnes désignées comme bénéficiaires par une convention internationale;
- les agents de la coopération technique internationale;
- les étudiants de l'enseignement supérieur;
- les membres ou le personnel des œuvres ou des associations employés à une mission de service public.

Il couvre également, les bénéficiaires d'une pension de retraite, d'invalidité physique ou d'une rente de survivant.

Finalement, le régime de la MFP couvre également les ayants droit des personnes assurées, décrites précédemment et appelés les affiliés. Les ayants droit sont le conjoint légalement uni à l'affilié, à condition qu'il ne soit pas couvert par un autre système d'assurance-maladie-maternité ainsi que les enfants de moins de 18 ans à charge de l'affilié.

Ce régime prend en charge les soins médicaux, l'hospitalisation et les examens paracliniques. Les médicaments génériques sont remboursés à 80 pour cent de leur prix de vente alors que les spécialités pharmaceutiques sont remboursées à 70 pour cent. Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant son équivalent en générique est prescrite en faveur d'un assuré, la MFP ne rembourse qu'à hauteur de 80 pour cent les coûts du médicament générique correspondant.

Ce régime comptait 233 362 cotisants en 2010 et couvrait approximativement 13,8 pour cent de la population selon les hypothèses faites par la MFP qui estimait alors 5 personnes par ménage. On note cependant que, selon l'Enquête démographique et de santé au Burundi, un ménage burundais compterait en moyenne 4,8 personnes en 2010.

En 2007, 6 pour cent des dépenses totales de santé au Burundi ont été versées par ce régime¹.

La carte d'assistance médicale (CAM)

L'acquisition de la CAM est volontaire et à disposition de tout citoyen burundais dont les activités relèvent des secteurs informel et rural. La CAM donne à son acquéreur, à son conjoint et aux membres de sa famille encore mineurs, le droit aux prestations des soins correspondant au paquet des soins disponibles aux centres de santé publics ou agréés et à l'hôpital de district moyennant un ticket modérateur de 20 pour cent du coût. Le coût annuel de la CAM est de 3 000 francs burundais et celle-ci est valable sur tout le territoire national. La CAM ne couvre pas les médicaments.

La CAM n'est utilisée que par moins de 20 pour cent de la population. En 2007, seulement 0,4 pour cent des dépenses totales en santé (DTS) ont été versées par ce système.

Le régime d'assurance maladie et maternité pour le secteur privé structuré

Il s'agit d'un régime instauré par une loi du 29 février 2000. Sont assujettis à ce régime:

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

Sur la base du nombre d'assurés actifs et des bénéficiaires des prestations à l'Institut national de sécurité sociale (INSS), ce régime pourrait potentiellement avoir couvert près de 200 000 personnes en 2010.

Jusqu'à septembre 2013, ce régime n'avait pas encore été mis en place sous forme d'assurance sociale. Les employeurs continuaient à prendre en charge les soins de santé de leurs travailleurs salariés, conformément aux dispositions du Code du travail.

Politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

En mai 2006, le gouvernement a adopté une politique de gratuité ciblée des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et des soins liés à la grossesse et à l'accouchement.

En 2010, suite à certains dysfonctionnements, le financement basé sur la performance (FBP) a été intégré à la politique de gratuité des soins. Les premiers résultats observés montrent que le FBP participe à corriger ces dysfonctionnements.

¹ Ministère de la Santé publique, Comptes nationaux de la santé, Août 2009.

Les mutuelles de santé communautaires

Il existe actuellement quelques initiatives de mutuelles de santé, dont:

- les Mutuelles de santé de l'archidiocèse de Gitega (MSAG);
- les Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi (MUSCABU);
- les Mutuelles de santé du Diocèse de Muyinga (MSDM);
- les Mutuelles de santé de la province de Bujumbura rural;
- les Mutuelles de santé de l' Union pour la coopération et le développement (UCODE)

Ces initiatives sont privées et sont financées entièrement par les ménages avec l'appui financier de certaines ONG.

Les deux premières, soit MSAG et MUSCABU, existent depuis fort longtemps alors que les trois autres ont été mises en place en 2010.

Les mutuelles de santé communautaires ont une convention signée avec des formations sanitaires dont elles couvrent les services offerts. Il y a un ticket modérateur de 40 pour cent du coût des services. Cependant, elles ne couvrent pas les médicaments.

L'adhésion est volontaire. La cotisation annuelle est de:

- 10 000 francs burundais par ménage et 7 500 francs burundais par individu pour la MSAG;
- 10 000 francs burundais par couple et 7 000 francs burundais par individu pour la MSDM.

En 2011, les deux plus importantes initiatives, soit la MSAG et la MUSCABU, totalisaient 17 984 membres et 53 093 ayants droit, pour un total de 71 077 bénéficiaires. L'initiative MSDM comptait 1 500 membres, soit environ 1 500 ménages.

3.1.2. Les lacunes des systèmes existants

Régime géré par la Mutuelle de la fonction publique (MFP)

La principale lacune de ce régime est qu'il ne couvre que les fonctionnaires et leurs ayants droit ainsi que les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité physique et de rente de survivant de l'INSS et de l'Office national des pensions et des risques professionnels (ONPR); ce qui représente moins de 14 pour cent de la population. Parmi les fonctionnaires qui sont couverts, il existe également un grand déséquilibre dans l'accès aux services de la MFP entre les fonctionnaires travaillant à la mairie de Bujumbura et ceux des autres localités du pays, au désavantage de ces derniers.

Les autres lacunes identifiées sont les suivantes:

- les affiliés des centres urbains se plaignent du fait que la MFP ne collabore pas avec les formations sanitaires privées. Il est devenu de plus en plus difficile de trouver un médecin dans un hôpital public pour une simple consultation médicale. Certains affiliés d'un certain rang social affirment qu'ils n'utilisent plus la carte de la MFP pour des consultations générales et spécialisées. Ils préfèrent payer le plein tarif dans les cabinets médicaux privés;

- les représentants des employeurs et des travailleurs affiliés à la MFP se plaignent du non-respect des dispositions de la loi n°1/10 du 16-06-1999 portant Code de la sécurité sociale (article 10) au sujet de la représentation paritaire dans le Conseil d'administration de cette institution;
- la MFP détient une créance de plus de 4 milliards de francs burundais sur l'État sous forme des cotisations impayées par les communes, le ministère de la Défense nationale et des anciens combattants et l'Administration centrale durant la période de crise sociopolitique qui a prévalu dans le pays depuis l'année 1993;
- l'assiette des cotisations n'est pas respectée par l'Administration centrale. Celle-ci calcule les cotisations sur le salaire de base, alors que les primes et les indemnités devraient faire partie de l'assiette;
- les bénéficiaires d'une rente de retraite ou d'une rente de survivant de l'INSS peuvent recevoir le statut d'affilié alors que ceux-ci et leurs employeurs contrairement aux bénéficiaires d'une rente de l'ONPR-, n'ont jamais versé de cotisations à la MFP. Cette situation va nécessairement entraîner une augmentation des cotisations à verser à la MFP pour les salariés et leurs employeurs affiliés à l'ONPR et, par conséquent, mettre en danger la viabilité financière de la MFP.

La carte d'assistance médicale (CAM)

La principale lacune de la CAM réside dans le fait que très peu de ménages y adhèrent. En 2007, la CAM n'a payé que 0,4 pour cent des DTS². Hormis le fait que l'Administration n'a pas bien joué son rôle de sensibilisation auprès de la population, une autre cause non moins importante est que certaines personnes ont pris la CAM pour une forme de taxe. La population a donc tendance à acheter la CAM uniquement lorsqu'ils sont malades, rendant ainsi sa viabilité financière incertaine. Il faut souligner également qu'avant l'arrêté N° 01/VP2/2012 du 25 janvier 2012, portant réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi, les fonds générés par la CAM étaient collectés par l'administration communale et n'étaient plus utilisés pour rembourser les prestations sanitaires mais plutôt pour subvenir aux besoins de la commune.

Face à cette situation, certaines formations sanitaires ont tendance à ne plus accepter la CAM car elles ne se font presque jamais rembourser. Il existe, au niveau du budget de l'État, une ligne budgétaire pour la CAM dont le montant est insuffisant pour rembourser les formations sanitaires. Seuls quelques hôpitaux, surtout à Bujumbura, parviennent à utiliser la totalité de ces fonds en raison de leur proximité avec le ministère des Finances, et ce, au détriment des hôpitaux de l'intérieur du Pays.

Le nouveau système apporté par l'Arrêté n° 01/VP2/2012 du 25 janvier 2012 sera confronté aux mêmes défis que le système précédent. La seule différence est que les cartes seront vendues par les districts sanitaires et que la gestion des fonds issus leur vente sera contrôlée directement par le ministère en charge de la Santé, alors qu'auparavant elles étaient vendues par les communes.

Le régime d'assurance maladie et maternité pour le secteur privé structuré

Malgré l'existence de cette loi, il n'a pas encore été créé d'organisme chargé de la gestion de ce régime d'assurance maladie pour le secteur privé structuré. En attendant la mise en place d'un organisme gestionnaire de cette assurance, il semblerait que la plupart des entreprises du secteur privé supporte les frais médicaux de leur personnel (art. 62 de la

² Comptes nationaux de la Santé, Burundi 2007, Août 2009.

loi n°1/002 du 29-02-2000 et articles 15 et 140 du Code du travail). Aucune donnée n'a cependant pu être recueillie pour valider la mise en application réelle de ces articles de loi.

Suite à cette carence, diverses initiatives dans le secteur privé se sont développées et ont proposé des dispositifs de couverture de l'assurance maladie en faveur des travailleurs du secteur privé (structuré et non structuré) dont les besoins sont importants. Lesdites initiatives comblent un vide mais leur portée est très limitée. Il s'agit des sociétés d'assurance et des mutuelles de santé communautaires.

Politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

Depuis l'intégration en 2010 de cette politique fondée sur le financement basé sur la performance, il semble que les principales lacunes aient été corrigées. En revanche, elle ne couvre encore que les enfants de moins de 5 ans.

Les mutuelles de santé communautaires

Les lacunes des mutuelles de santé communautaires sont les suivantes:

- un faible taux de pénétration des populations. Dans la MUSCABU, le taux de pénétration des unions de caféiculteurs n'est que de 14 pour cent;
- une gestion peu professionnelle;
- une faible maîtrise des risques liés à l'assurance.

Les autres lacunes qui freinent le développement des mutuelles de santé communautaires sont:

- la faible capacité contributive des ménages. Des études réalisées par PROMUSCABU montrent que les populations seraient prêtes - dans la grande majorité - à payer une cotisation de 5 000 francs burundais et qu'une frange des plus aisés (60 pour cent) pourrait monter jusqu'à 10 000 francs burundais par famille. Seule une petite fraction (20 à 30 pour cent) accepte de monter jusqu'à 15 000 francs burundais. Or, en tenant compte de la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, de la CAM et de la gratuité de certains médicaments pour traiter le paludisme au premier niveau, la cotisation nécessaire afin d'assurer la viabilité financière d'une mutuelle de santé serait comprise entre 10 000 et 25 000 francs burundais par ménage et par an³;
- la surconsommation. Les deux principaux systèmes mutualistes (MSAG et MUSCABU) sont confrontés à quelques problèmes de surconsommation. En effet, la tentation est grande pour les populations pauvres, soit de procéder à des substitutions de bénéficiaires, soit de chercher à obtenir des médicaments pour faire soigner des voisins ou des amis;
- les relations avec les prestataires de soins et une influence possible sur les prescriptions. Il n'existe pas d'encadrement légal pour dicter les règles que doivent contenir les conventions entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires. Ainsi on observe que des formations sanitaires d'un même réseau ont des coûts moyens qui varient du simple au triple;

³ Étude comparative des systèmes de protection sociale Rwanda-Burundi: WSM, 2010.

-
- les politiques nationales incohérentes. Il existe une véritable incohérence en matière de politique de soutien à la demande de soins. En effet, il y a, d'un côté, la Politique nationale de protection sociale qui place au-devant la promotion des mutuelles de santé communautaire et, d'un autre côté, la carte d'assistance médicale (CAM) qui continue à être soutenue ainsi que la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes;
 - un manque de collaboration entre les mutuelles de santé qui se développent, due à la concurrence qu'elles se livrent pour attirer des membres.

En 2011, les deux plus importants réseaux de mutuelles (MSAG et MUSCABU) couvraient 71 077 bénéficiaires, soit moins de 1 pour cent de la population.

3.1.3. Les écarts par rapport à la garantie 1 du Socle de protection sociale

À la lumière des régimes existants et des lacunes de ces systèmes identifiées précédemment, on s'aperçoit qu'une large portion de la population n'a pas accès aux soins de santé essentiels. En effet, moins de 14 pour cent de la population est couverte par le régime de la MFP, moins de 20 pour cent par la CAM, moins de 1 pour cent par les mutuelles de santé communautaires et la politique de gratuité des soins ne couvre que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Selon les comptes nationaux de la Santé de 2007, les DTS étaient de 147,1 milliards de francs burundais. Selon l'OMS, les DTS auraient été de 252,7 milliards de francs burundais en 2011, soit une augmentation de 72 pour cent en 4 ans.

Selon les comptes nationaux de la Santé de 2007, 38 pour cent des DTS ont été financées par les dépenses directes des ménages. Selon l'OMS, ce pourcentage était de 44 pour cent en 2011, représentant ainsi 110,2 milliards de francs burundais. Selon les comptes nationaux de la Santé de 2007, les dépenses de santé publique payées par le gouvernement en tant qu'agent de financement représentaient 38 pour cent des DTS. Selon l'OMS, ce pourcentage avait diminué à 33 pour cent en 2011, représentant ainsi 82,5 milliards de franc burundais. Ce montant représente, toujours selon l'OMS, 8,1 pour cent des dépenses totales du gouvernement.

Le gouvernement a établi un Plan national de Développement sanitaire II (PNDS II) pour la période 2011-2015⁴. Celui-ci s'inscrit dans la lignée d'un premier PNDS qui avait été établi pour la période 2006-2010. Le but du PNDS II est de «contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé».

Trois objectifs généraux sont visés afin d'atteindre ce but:

- contribuer à la réduction de la mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles d'ici 2015;
- contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2015;
- contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015.

⁴ Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le sida, Plan national de Développement sanitaire 2011 – 2015.

L'objectif sectoriel visé d'ici 2015 est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation à travers neuf axes stratégiques:

- 1) renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé;
- 2) renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles;
- 3) amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises;
- 4) disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité et leur accessibilité;
- 5) amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires et équipements;
- 6) augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation;
- 7) renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins;
- 8) renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé;
- 9) renforcement du système d'information sanitaire, de la planification et du suivi et évaluation.

Selon les projections détaillées incluses dans le PNDS II, les besoins de financement pour les années 2011 à 2015 se chiffrent à 1 896,7 milliards de francs burundais, soit une moyenne de 379,3 milliards de francs burundais par année pour chacune des cinq années. Pour l'année 2011, les besoins de financement sont de 334,1 milliards de francs burundais dont 32 pour cent sont financés par l'État, 48 pour cent sont financés par les partenaires techniques et financiers (PTF) et 20 pour cent sont financés par les ménages.

Selon les estimations de l'OMS, les DTS en 2011 ont été plutôt de l'ordre de 252,7 milliards, soit 24 pour cent de moins que dans le PNDS II. Ces DTS ont été financées:

- à 47 pour cent par les PTF, soit à un seuil similaire à celui établi par le PNDS II;
- à 44 pour cent par les ménages, soit 24 pour cent de plus que le seuil établi par le PNDS II;
- à 9 pour cent par l'État, soit 23 pour cent de moins que le seuil établi par le PNDS II.

Dans l'axe stratégique 6 du PNDS II, le gouvernement prévoit d'allouer 15 pour cent des dépenses totales de l'État aux soins de santé en 2015, tel que prévu dans la déclaration d'Abuja. Afin d'atteindre cet objectif, le PNDS II prévoit des besoins de financement de l'ordre de 132,7 milliards de francs burundais au cours de la période 2011-2015, soit une moyenne de 26,5 milliards de francs burundais par année. Selon le PNDS II, le gouvernement allouait 7,7 pour cent des dépenses totales de l'État aux soins de santé en 2011.

Il y a donc un écart passablement grand à combler afin d'atteindre à moyen et long termes la garantie 1 du Socle de protection sociale. Des systèmes existent déjà afin de combler cet écart, comme par exemple la CAM pour la population des secteurs informel et rural, les mutuelles de santé communautaires ou le régime d'assurance maladie et maternité pour le secteur structuré. Cependant, il faudra, dans un premier temps, corriger

les lacunes identifiées dans ces systèmes et, dans un deuxième temps, cibler un système parmi les plus efficaces à disposition pour offrir les services de soins de santé essentiels à toute la population et travailler pour sa mise en œuvre. Plusieurs études ont été effectuées pour identifier les mesures à prendre afin d'augmenter la couverture des populations avec la CAM ou avec les mutuelles de santé communautaires.

3.2. Garantie 2: sécurité élémentaire du revenu pour les enfants

La deuxième garantie du Socle de protection sociale est la sécurité élémentaire du revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires.

3.2.1. Les systèmes existants

Éducation

En décembre 2006, dans sa lettre de politique éducative, le gouvernement a adopté les cinq objectifs suivants pour 2015:

- atteindre l'achèvement universel du cycle primaire en 2015;
- gérer de manière contrôlée les flux d'élèves au-delà du primaire;
- améliorer la qualité et la pertinence de l'enseignement public;
- garantir un système éducatif équitable;
- assurer une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources.

Il convient de souligner que les engagements et les mesures prises par le gouvernement burundais quant à la gratuité de l'enseignement primaire public pour tous les enfants est conforme au paragraphe 5 b) de la recommandation n° 202 de l'OIT.

L'État a démontré son engagement ferme en faveur de l'éducation et veille particulièrement à ce que tous les enfants burundais reçoivent une éducation primaire de qualité. Avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (PTF), l'État a fait des efforts considérables ces dernières années pour reconstruire et étendre l'accès à l'enseignement primaire. Cet engagement s'est traduit par les réalisations suivantes:

- une augmentation des dépenses publiques. L'État a augmenté les dépenses publiques relatives aux coûts récurrents de l'éducation. Elles ont été portées de 22 milliards de francs burundais en 2002, à 102 milliards de francs burundais en 2008, ce qui correspond à 3,7 et 7,7 pour cent du PIB respectif de 2002 et de 2008, soit un niveau parmi les plus élevés en matière de dépenses publiques pour les pays qui ont une économie comparable en Afrique;
- une suppression des frais de scolarité. En 2005, l'État a supprimé les frais de scolarité dans l'enseignement primaire et lancé un programme de subventions scolaires afin de compenser partiellement la perte de la partie de ces frais utilisée pour le fonctionnement des écoles. Dès lors, les inscriptions à l'enseignement primaire sont passées de 800 000 élèves en 2002 à 1 million en 2005, puis à 1,5 million en 2007, avec une nette augmentation des inscriptions des filles;

- une augmentation du nombre de salles de classes et d'enseignants. Durant la seule période de 2005 à 2007, 6 000 salles de classe ont été construites, et 7 000 nouveaux enseignants du primaire ont été recrutés;
- une mise à disposition de matériels pédagogiques;
- une formation continue des enseignants, des directeurs d'écoles et des inspecteurs;
- une amélioration des conditions de travail des enseignants;
- une mobilisation pour une plus grande participation communautaire;
- une politique nationale relative à l'éducation des filles;
- une éducation à la citoyenneté.

Les indicateurs ci-dessous pour l'enseignement primaire au cours de l'année 2009-2010 permettent de situer le niveau atteint et le chemin qui reste à parcourir pour atteindre l'enseignement primaire universel:

■ ratio nombre d'élèves/maître:	51
■ taux brut de scolarisation ⁵ :	135 pour cent (filles: 130 pour cent, garçons: 140 pour cent)
■ taux net de scolarisation:	94 pour cent (filles: 92 pour cent, garçons: 95 pour cent)
■ taux d'achèvement de l'École primaire:	47 pour cent (filles: 47 pour cent, garçons: 46 pour cent)
■ taux de redoublement:	34 pour cent pour filles et garçons
■ taux de nouveaux inscrits:	66 pour cent pour filles et garçons

Soins de santé

Comme indiqué plus haut, depuis mai 2006, le gouvernement a adopté une politique de gratuité ciblée des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et des soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Tous les enfants de moins de 5 ans ont donc accès gratuitement aux soins de santé.

Alimentation

Outre le système de prestations familiales pour les salariés du secteur public et du secteur privé structuré ainsi que la Politique nationale en faveur des Orphelins et autres Enfants vulnérables «OEV» décrite plus loin, il n'existe aucun autre système afin d'assurer un accès à l'alimentation pour les enfants.

Système de prestations familiales pour les salariés du secteur public et du secteur privé structuré

Les allocations familiales sont versées en même temps que le salaire. Le montant de ces allocations est fixé à 1 000 francs burundais par mois et par enfant.

⁵ Le taux brut de scolarisation est le ratio de l'effectif des écoliers sur l'effectif des enfants en âge scolaire. Si le ratio est supérieur à 100%, cela signifie qu'il y a des enfants encore à l'école primaire alors qu'ils ont un âge supérieur à l'âge normal de fin du cycle primaire.

Politique nationale en faveur des Orphelins et autre Enfants vulnérables

La protection sociale des enfants vulnérables a été une grande préoccupation du gouvernement du Burundi. Cela s'est par ailleurs concrétisé en 2008 par l'adoption de la Politique nationale en faveur des Orphelins et autres Enfants vulnérables.

Le plan national de protection et de promotion sociale mis en place en 2000 et le CSLP 1^{ère} génération définissent les catégories d'enfants vulnérables suivantes: les enfants orphelins, les enfants abandonnés, les enfants inadaptes (y compris les enfants de la rue), les enfants vivant en milieu carcéral et les enfants en situation d'extrême pauvreté. Les données chiffrées sur les différentes catégories d'enfants vulnérables sont disponibles en fonction des périodes durant lesquelles des enquêtes ont été menées. Le nombre global d'enfants considérés comme vulnérables a été estimé à 835996 en 2005, selon les données fournies par le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS). Ce nombre représente plus de 10 pour cent de la population burundaise à cette époque et s'explique en grande partie par le fait que le Burundi figurait parmi les pays exposés le plus sévèrement aux trois phénomènes reconnus comme générateurs d'orphelins et d'enfants vulnérables, soit le VIH/SIDA, les conflits armés et la pauvreté.

Au Burundi, les Orphelins et autres Enfants vulnérables (OEV) représentent la population la plus importante en termes de groupe le plus nécessitant en matière de protection sociale.

Dès l'année 2004, des efforts ont été faits pour établir un instrument unique s'adressant à tous les cas d'Orphelins et Enfants vulnérables (OEV) en vue de trouver une solution globale. Le Burundi a ainsi entamé le processus de préparation de la Politique nationale en faveur des Orphelins et autres Enfants vulnérables. Cette politique a été adoptée par le gouvernement du Burundi le 24 septembre 2008.

Cette politique nationale se concentre sur les services dont les coûts sont les moins onéreux et qui ont le plus grand impact sur la réduction de la vulnérabilité et l'amélioration du bien-être des orphelins et des autres enfants vulnérables en toute équité. Les interventions qui renforcent les capacités et améliorent la qualité et l'efficacité seront soutenues et mises en œuvre de manière intégrée. Les domaines prioritaires d'interventions sont les soins et l'assistance, la protection de l'enfant, l'éducation, la santé, la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la résolution des conflits et la consolidation de la paix. Ces interventions constituent le paquet essentiel de services pour les Orphelins et autres Enfants vulnérables et toucheront de manière directe et indirecte à la fois les enfants, leurs familles et les communautés.

Parmi les documents consultés pour produire le présent rapport, aucun ne contenait de données sur les dépenses publiques liées à cette politique nationale.

3.2.2. Les lacunes des systèmes existants

Éducation

La principale lacune du système d'éducation est que la gratuité ne couvre que le niveau primaire. A ce niveau déjà, le taux d'achèvement de l'éducation primaire devrait être amélioré. En outre, une organisation du système éducatif devrait être mise en place en vue de proposer des formations professionnelles répondant aux besoins du pays.

Soins de santé

La principale lacune de la politique de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans est qu'elle ne couvre pas les enfants plus âgés.

Alimentation

Il n'existe aucun système directement voué à assurer un accès à l'alimentation pour les enfants. Pourtant, les indicateurs ci-dessous montrent que le chemin à parcourir avant d'atteindre une alimentation suffisante et équilibrée pour tous les enfants du Burundi reste long.

Les indicateurs d'accès à l'alimentation pour les enfants relevés dans le document du PNDS 2011-2015 sont les suivants:

- le taux de malnutrition est de 58 pour cent chez les enfants de 0 à 5 ans contre 59 pour cent pour l'ensemble de la population;
- le taux d'insuffisance pondérale est de 29 pour cent chez les enfants de 0 à 5 ans;
- le taux de mortalité est de 59 pour mille pour les enfants de 0 à 5 ans contre 16,5 pour mille pour l'ensemble de la population.

Selon une analyse effectuée à partir des données QUIBB 2006⁶, 29 pour cent de la population serait en situation d'insécurité alimentaire sévère et 39 pour cent serait vulnérable à l'insécurité alimentaire. Près des deux tiers de la population burundaise ne seraient donc pas en situation de sécurité alimentaire. Bien que cette étude n'indique pas de résultats séparés pour les enfants, elle indique que l'insécurité alimentaire est directement liée à la taille des ménages. Ainsi, 17 pour cent des ménages de 1 à 3 personnes sont en situation d'insécurité alimentaire. Pour les ménages composés de 7 personnes et plus, ce taux s'élève à 45 pour cent.

Dans cette même analyse, on y indique que l'insécurité alimentaire est un phénomène multidimensionnel, tout comme celui de la pauvreté. Cette multidimensionnalité transparait dans l'indice global de la faim (IGF) proposé par l'Institut international de Recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) pour comparer les degrés d'insécurité alimentaire dans différents pays. L'IGF est la moyenne arithmétique de trois indicateurs, deux de ceux-ci étant liés aux enfants de moins de 5 ans. Le premier indicateur est le déficit énergétique alimentaire, c'est-à-dire la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique. Cet indicateur est calculé par la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) essentiellement sur la base de données sur l'offre de nourriture dans un pays et d'un paramètre portant sur l'inégalité dans la distribution de cette offre. Le second indicateur est le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale tel que calculé par l'OMS, typiquement à partir de l'Enquête démographique et de santé (EDS) auprès des ménages. Le troisième indicateur est le taux de mortalité infantile publié par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), lui aussi souvent basé sur les données des EDS (dans certains pays, les données de l'enquête MICS de l'UNICEF sont utilisées pour mesurer tant l'insuffisance pondérale que la malnutrition infantile). L'indice global de la faim (IGF) se calcule donc comme $IGF = (DEA + IPI + MI)/3$, où DEA est le déficit énergétique alimentaire en pourcentage de la population totale, IPI est l'insuffisance pondérale infantile en pourcentage des enfants de moins de 5 ans, et MI est le taux de mortalité infantile en pourcentage des enfants de moins de 5 ans. Donc, l'indice peut être considéré comme une valeur en pourcentage.

Si les variables utilisées pour calculer l'IGF et le poids attribué à chacune de ces variables sont arbitrairement choisis, l'indice n'en est pas moins utile pour des

⁶ Banque mondiale, PAM et CASE D'AFRIQUE, *L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*, Janvier 2008.

comparaisons internationales car il est mesurable. L'IGF varie entre 0 et 100. En deçà de 10, l'IGF signale une probabilité d'insécurité alimentaire d'une ampleur faible à modérée. Entre 10 et 20, l'indice révèle de sérieux problèmes de sécurité alimentaire au sein de la population. Entre 20 et 30, l'indice alerte d'une insécurité alimentaire en passe de devenir massive. Une valeur au-delà de 30 ne laisse aucun doute sur l'envergure nationale et chronique du phénomène. Parmi les 119 pays en voie de développement considérés par l'IFPRI, l'indicateur global de la faim classe le Burundi en dernière position. Cette mauvaise position est due à l'évolution préoccupante de l'indicateur au cours des quinze dernières années. L'IGF du Burundi est passé de 27,7 en 1981 à 32,3 en 1992, 39,7 en 1997, et enfin 42,7 en 2003.

Système de prestations familiales pour les salariés du secteur public et du secteur privé structuré

La principale lacune de ce système est qu'il ne s'adresse qu'aux salariés du secteur public et du secteur privé structuré, soit une très faible portion de la population. L'autre lacune est que le montant de l'allocation, qui est de 1 000 francs burundais par mois et par enfant, est dérisoire pour couvrir les besoins des enfants.

Politique nationale en faveur des Orphelins et autres Enfants vulnérables

La principale lacune de cette politique est qu'elle ne couvre que les OEV. Selon les estimations, les OEV pourraient représenter jusqu'à 10 pour cent de la population. Sachant que la population de moins de 15 ans représente 44 pour cent de la population et que celle de moins de 5 ans représente 18 pour cent, il est raisonnable de croire qu'une bonne partie des enfants qui ne sont pas catégorisés comme OEV sont malgré tout sujets à l'insécurité alimentaire.

De plus, il semble ne pas y avoir de données fiables sur les dépenses liées à cette politique ni d'analyse de l'impact que celle-ci a sur l'accès à l'alimentation, l'éducation et les soins pour les OEV.

3.2.3. Les écarts par rapport à la garantie 2 du Socle de protection sociale

Bien que la gratuité scolaire au niveau primaire ainsi que la gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans comblent une bonne portion de la garantie 2 du Socle de protection sociale, il y a néanmoins passablement d'écarts à combler afin d'atteindre la garantie 2. Outre les soins de santé pour les enfants de 5 ans et plus identifiés comme un écart à combler au niveau de la garantie 1, il reste à combler la sécurité élémentaire du revenu afin d'être en mesure d'assurer l'accès à l'alimentation à tous les enfants ainsi qu'à l'éducation au-delà du niveau primaire.

3.3. Garantie 3: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif

La troisième garantie du Socle de protection sociale est la sécurité élémentaire du revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité.

3.3.1. Les systèmes existants et en projet

Au Burundi, il n'existe pas encore de dispositions légales et réglementaires qui protègent les personnes appartenant à des groupes d'âge actif qui perdent l'emploi ou en quête d'emploi sur le marché du travail.

Même les personnes appartenant à des groupes vulnérables, qui ont une protection légale et réglementaire, ne sont pas toutes assistées et l'assistance apportée reste encore partielle.

Dispositions légales et réglementaires pour les groupes vulnérables

Le gouvernement du Burundi a pris des dispositions légales et réglementaires pour porter assistance aux personnes appartenant à des groupes d'âge actif qui sont incapables de gagner un revenu suffisant sur le marché du travail, à condition qu'elles appartiennent aux catégories de «groupes vulnérables».

Les catégories de groupes vulnérables appartenant à des groupes d'âge actif, sont de plusieurs ordres, à savoir:

- les personnes handicapées;
- les personnes sinistrées (réfugiés, rapatriés et déplacés intérieurs);
- les autres groupes de personnes exposées à une vulnérabilité conjoncturelle.

Le Plan national de protection et de promotion sociale, mis en place en 2000, propose les catégories de personnes vulnérables en âge actif ci-après:

- les personnes handicapées;
- les personnes indigentes.

Le CSLP, quant à lui, définit les groupes vulnérables en âge actif ci-après:

- les populations rurales et urbaines très pauvres;
- les réfugiés et les déplacés intérieurs;
- les ménages victimes du VIH/SIDA;
- les personnes handicapées et les Batwa (les pygmées), dont la vulnérabilité est liée à leur discrimination historique.

Les handicapés

Le Burundi a également pris une série de dispositions légales et réglementaires en vue d'assurer la sécurité du revenu aux travailleurs du secteur structuré en cas d'invalidité grâce à des pensions d'invalidité avant l'âge légal de la retraite.

Selon le document de synthèse des résultats définitifs (avril 2011) du Recensement général de la population et de l'habitat de 2008, la population handicapée au Burundi est estimée à 3,6 pour cent de la population totale.

La majorité des personnes handicapées n'a pas d'assistance dans des centres spécialisés. Ce sont leurs familles qui les assistent au quotidien.

Les personnes sinistrées (réfugiés, rapatriés et déplacés intérieurs, ex-combattants)

Les réfugiés

Le nombre total de réfugiés vivant dans les différents camps au Burundi était estimé à 26 800 à la fin de l'année 2008, selon des sources du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR).

Rapatriés et déplacés

Le nombre total de personnes déjà rapatriées en 2010 représentait 6 pour cent de la population totale du pays.

Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays représentaient 1,9 pour cent de la population du pays en 2009.

Les déplacés ont, par ailleurs, toujours besoin d'appui extérieur pour l'alimentation, les soins médicaux et la scolarisation des enfants. Ils bénéficient, pour la plupart, d'attestations d'indigence qui leur donnent droit aux soins médicaux et à l'exemption des frais de scolarité de leurs enfants.

Les autres personnes vulnérables

A côté de ces groupes vulnérables, précédemment évoqués, il existe d'autres groupes de personnes exposées à une vulnérabilité conjoncturelle pour des raisons diverses telles que la maladie, les sécheresses et autres catastrophes naturelles, la pauvreté et le veuvage.

Il n'est pas aisé d'obtenir des données fiables sur les personnes indigentes. En 2002, une enquête a estimé le nombre de personnes indigentes à 45 543, dont 4 031 seulement étaient prises en charge. Cependant, le ministère en charge de la Santé publique estime l'effectif des indigents à 11 pour cent de la population nationale.

Assurance chômage

Il n'existe aucun système d'assurance chômage. Il est proposé dans le document de Politique nationale de protection sociale, la mise en place d'un système d'assurance chômage à moyen ou long terme en faveur des travailleurs du secteur structuré qui perdent temporairement un emploi rémunéré.

Assurance revenu en cas de maladie, maternité ou invalidité

Il existe un projet de loi pour réformer le Code de la sécurité sociale et qui prévoit certaines dispositions donnant droit à des indemnités journalières en cas de maladie, de maternité ou d'incapacité temporaire de travail ainsi qu'à une pension en cas d'invalidité permanente. Cette protection ne s'appliquerait toutefois qu'au secteur structuré. En effet, le versement des indemnités et des pensions est soumis au paiement de cotisations par le bénéficiaire.

3.3.2. Lacunes des systèmes existants et en projet

Dispositions légales et réglementaires pour les groupes vulnérables

Bien qu'il existe des dispositions légales et réglementaires afin de protéger les groupes vulnérables, dans la réalité on observe que ces personnes ne sont pas toutes assistées et que l'assistance apportée reste encore partielle.

Assurance chômage

Il n'existe aucun système d'assurance chômage. Le système proposé dans le document de Politique nationale de protection sociale ne permettrait d'assurer que partiellement la réalisation de la garantie élémentaire du revenu prévue au paragraphe 5 c) de la recommandation n° 202 de l'OIT, dans la mesure où seul le secteur structuré bénéficierait de cette couverture d'assurance chômage.

Assurance revenu en cas de maladie, maternité ou invalidité

Comme c'est le cas pour le système d'assurance chômage proposé, la principale lacune du projet de réforme du Code de la sécurité sociale prévoyant des indemnités et des pensions en cas de maladie, maternité ou invalidité relève du fait qu'il ne s'adressera qu'au secteur structuré, c'est-à-dire, à une minorité de la population active.

3.3.3. Les écarts par rapport à la garantie 3 du Socle de protection sociale

Actuellement, il n'existe aucun système formel permettant de garantir la sécurité élémentaire du revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité.

Il existe des dispositions légales et réglementaires pour porter assistance aux personnes d'âge actif appartenant à des «groupes vulnérables». Cependant, on observe que ces personnes vulnérables ne sont pas toutes assistées et que l'assistance apportée reste partielle.

Le ministère en charge de la Santé publique estime que 11 pour cent de la population est indigente.

Rappelons que selon une analyse effectuée à partir des données QUIBB 2006, 29 pour cent de la population serait en situation d'insécurité alimentaire sévère⁷.

Bien que les projets de mise en place de régimes d'assurance chômage et d'assurance de revenu en cas de maladie, maternité ou invalidité permettraient de fournir la garantie 3 aux travailleurs du secteur structuré, ils ne pourraient pas la fournir aux travailleurs des secteurs rural et informel.

3.4. Garantie 4: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées

La quatrième garantie du Socle de protection sociale est la sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

3.4.1. Les systèmes existants

Au Burundi, il existe deux régimes de pensions, à savoir, le Régime des pensions géré par l'Institut national de sécurité sociale (INSS) destiné principalement aux travailleurs du

⁷ Banque mondiale, PAM et CASE D'AFRIQUE, *L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*, Janvier 2008.

secteur privé structuré et le Régime des pensions géré par l'Office national des pensions et des risques professionnels (ONPR) pour les travailleurs du secteur public.

Régime des pensions géré par l'INSS

Les dispositions de la loi du 29 novembre 2002 régissant l'INSS prévoient l'assujettissement obligatoire et l'affiliation volontaire au régime des pensions.

Sont assujettis à l'assurance obligatoire:

- tous les travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail;
- les mandataires publics et politiques liés antérieurement par un contrat de travail;
- les corps de défense et de sécurité, les contractuels de la fonction publique et des collectivités locales;
- les stagiaires et les apprentis liés par un contrat de travail ou d'apprentissage;
- les travailleurs burundais occupés par une entreprise située au Burundi et qui sont détachés sur un territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise -à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois;
- les travailleurs étrangers occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire du Burundi afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise -à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois.

La source principale de financement du régime des pensions géré par l'INSS est constituée des cotisations du travailleur et de l'employeur.

Le taux de cotisation pour les civils est de 10 pour cent du salaire plafonné à 450 000 francs burundais par mois, dont 6 pour cent à charge de l'employeur et 4 pour cent à charge du travailleur. Le taux de cotisation pour les corps de défense et de sécurité est de 14,6 pour cent⁸ réparti entre l'employeur et le travailleur et calculé sur le plafond de 450 000 francs burundais par mois.

En 2010, le nombre d'assurés actifs était estimé à 155 090 alors que le nombre de bénéficiaires de pensions n'était que de 35 978 en 2008.

Le taux de couverture des actifs (proportion du nombre d'assurés actifs de l'INSS sur la population active du pays) est estimé à 3,6 pour cent.

Après une revalorisation de 40 pour cent au 1^{er} janvier 2011, la pension moyenne mensuelle est de 22 471 francs burundais (soit environ 16 dollars par mois ou 0,54 dollar par jour).

En 2009, les cotisations totales perçues ont été de 7 437 412 000 francs burundais alors que les prestations versées ont été de 5 920 937 000 francs burundais, soit 80 pour cent des cotisations perçues et les charges administratives de 3 348 042 000 francs burundais, soit 45 pour cent des cotisations perçues.

⁸ Le taux supplémentaire de 4,6 pour cent est une compensation financière qui tient compte du départ à la retraite des militaires et policiers à l'âge de 45 ans contre de 60 ans pour les civils.

Régime des pensions géré par l'ONPR

Le régime des pensions des fonctionnaires et magistrats a été institué très récemment par la loi n°1/04 du 27 janvier 2010 portant réorganisation des régimes de pensions et risques professionnels des fonctionnaires, des magistrats et des agents de l'ordre judiciaire. Auparavant, les fonctionnaires sous-statut, étaient dans un système de sécurité sociale basée sur la gratuité des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, supportées par le Trésor public.

L'ONPR couvre principalement les agents de l'État soumis au statut général des fonctionnaires, au statut de la magistrature et les agents de l'ordre judiciaire.

La source principale de financement du régime des pensions géré par l'ONPR est constituée des cotisations du travailleur et de l'employeur, soit l'État.

Une ordonnance ministérielle du 1^{er} février 2011 a fixé la valeur d'achat et la valeur de service du point de retraite en vue de déterminer respectivement le montant des cotisations de l'employé et celui des retraites et rentes de l'ONPR. La valeur d'achat du point a été fixée à 720, alors que celle de service du point ayant été fixée à 45.

L'ONPR a commencé ses activités au mois de janvier 2011. Au 31 juillet 2011, le nombre d'assurés actifs s'élevait à 65 535 contre 3 470 bénéficiaires des prestations dont 1 216 retraités et 2 254 bénéficiaires des rentes de survie.

Les assurés actifs de l'ONPR représentent 1,5 pour cent de la population active du pays. Le nombre de bénéficiaires des pensions de l'ONPR représentent 1,1 pour cent de la population âgé de 60 ans et plus.

Les cotisations encaissées pour le mois de juillet 2011 s'élèvent à 579 186 090 francs burundais, soit une cotisation moyenne mensuelle de 8 838 francs burundais par travailleur.

Les prestations de la branche des pensions servies en juillet 2011 s'élèvent à 196 943 503 francs burundais pour 3 378 bénéficiaires, soit une pension moyenne mensuelle de 58 302 francs burundais pour chaque bénéficiaire (environ 42 dollars). Ce montant est supérieur à 1 dollar par habitant et par jour. Cela veut dire que ce montant place le pensionné au-dessus du seuil de pauvreté.

3.4.2. Les lacunes des systèmes existants

La principale lacune des deux régimes de pensions existants réside dans le fait qu'ils ne couvrent qu'environ 5,1 pour cent de la population active du pays.

Régime des pensions géré par l'INSS

Les autres lacunes identifiées de ce régime sont les suivantes:

- il exclut les travailleurs journaliers, temporaires, saisonniers ou occasionnels en voulant se conformer au Code du travail promulgué en juillet 1993, alors que le Code de la sécurité sociale en vigueur depuis juin 1999 préconise pour ces catégories une couverture de protection sociale;
- pour les mandataires publics, seuls ceux qui étaient antérieurement liés par un contrat de travail avant d'assumer leurs charges publiques sont couverts par ce régime. Il est donc évident que le législateur n'a pas anticipé sur l'évolution politique que le Burundi allait connaître, étant donné qu'aujourd'hui, un bon nombre de mandataires

publics sont issus du secteur libéral ou informel ou sont rentrés d'exil et ne bénéficient pas de la protection sociale offerte par ce régime;

- les travailleurs indépendants (professions libérales, commerçants, artisans, agriculteurs) ne sont pas couverts par cette loi, au motif qu'ils ne sont pas des travailleurs soumis au Code du travail;
- au 31 décembre 2010, les dépenses des prestations du régime des pensions représentaient 96 pour cent des cotisations encaissées la même année, tandis que les frais de gestion administrative ont accaparé 52 pour cent des cotisations. En vue d'assurer une gestion financière et une administration saines, responsables et transparentes, conformément aux paragraphes 3 j) et 11 (1) de la recommandation n° 202 de l'OIT, la proportion des cotisations affectées à la gestion administrative devrait être réduite. Ce ratio doit être réduit à moins de 20 pour cent de l'ensemble des cotisations encaissées dans le régime des pensions. Dans le cas contraire, cette situation n'est pas de nature à encourager les autres travailleurs non encore assujettis (les indépendants, ceux des professions libérales et les associations du secteur informel) à s'affilier à l'INSS. En effet, les faits sont tels qu'il y a de moins en moins de jeunes cotisants qui entrent dans le système, alors qu'il y a de plus en plus de cotisants qui sortent à l'âge légal de la retraite, surtout les corps de défense et de sécurité qui sont systématiquement mis à la retraite à l'âge statutaire de 45 ans pour les hommes de troupe et les sous-officiers, 50 ans pour les officiers et 55 ans pour les officiers supérieurs. Cette réalité est amplifiée par le fait que le secteur formel n'a cessé de régresser au fil du temps, pendant la période de crise socio politique qui a prévalu dans le pays depuis le mois d'octobre 1993. L'INSS a ainsi intérêt à stabiliser et à renforcer d'abord le système existant pour le rendre suffisamment attrayant, tout en songeant à s'étendre au secteur informel s'il veut se donner des ressources nécessaires lui permettant d'honorer ses engagements en maintenant son équilibre financier sur le long terme;
- le cadre législatif et réglementaire régissant le régime en vigueur n'est pas adapté à la situation socioprofessionnelle actuelle des partenaires sociaux;
- les procédures de traitement des dossiers des prestations sont lourdes et très longues. Cette situation découle des difficultés à trouver les rémunérations soumises à cotisation sur toute la carrière d'un assuré demandeur des prestations en assurance pension. Les données nécessaires des années antérieures se trouvent dans des archives manuelles difficiles à consulter. Or, en vertu du paragraphe 3 o) de la recommandation n° 202 de l'OIT, les procédures de réclamation se doivent d'être efficaces et accessibles. Par conséquent, un système d'archivage électronique s'avère indispensable pour conserver tous les droits des assurés⁹ et raccourcir le traitement des dossiers des prestations;
- le niveau des prestations servies par le régime des pensions est trop bas, alors que le coût de la vie au Burundi ne cesse d'augmenter et la monnaie burundaise se dévalue. La solution envisagée pour améliorer le niveau des prestations est l'augmentation régulière du plafond des cotisations et la création d'un régime de pension complémentaire pour les travailleurs dont les salaires dépassent le plafond. Ainsi, le niveau des pensions devrait être régulièrement réexaminé dans le cadre d'une procédure transparente établie par la législation ou la pratique nationales, conformément au paragraphe 8 c) de la recommandation n° 202 de l'OIT;

⁹ Certains documents se déchirent avec le temps alors qu'ils contiennent les rémunérations très anciennes des assurés.

- en vue de faire entendre leur voix, les retraités réitèrent leur demande d'avoir un représentant au Conseil d'administration de l'INSS. Cette réclamation va dans le sens du paragraphe 3 r) de la recommandation n° 202 de l'OIT qui encourage la participation tripartite dans la gouvernance des régimes de pensions mis en place;
- les fonds de réserve qui ont été placés dans certaines institutions bancaires (MBBB, BCD et BPB) qui ont fait faillite n'ont pas été récupérés;
- la non-application des dispositions de la loi n°1/10 du 16-06-1999 portant Code de la sécurité sociale (article 10) en ce qui concerne la représentation paritaire dans les organes de gestion de l'INSS. L'organisation et le fonctionnement de l'INSS devraient être déterminés par les statuts selon le Code de la sécurité sociale, mais se réfèrent jusqu'à présent à un décret présidentiel de 1990. Les représentants des employeurs et des travailleurs continuent à réclamer auprès de l'État en vue de se conformer aux dispositions du Code de la sécurité sociale;
- l'INSS détient une créance de plus de 5 milliards de francs burundais sur l'État sous forme des avances qui lui avaient été accordées dans le cadre du paiement des risques professionnels liés aux faits de guerre et aussi sur les arriérés des cotisations en pensions.

Régime des pensions géré par l'ONPR

Les autres lacunes identifiées de ce régime sont les suivantes:

- la gestion du régime des pensions de l'ONPR par le système de points n'existe nulle part ailleurs qu'au Burundi, pas même dans les pays de la sous-région. Ce système cause déjà des problèmes de gestion car il n'est pas encore maîtrisé par les gestionnaires de l'ONPR. Il convient de souligner que ce système est en passe d'être abandonné dans les autres pays africains où il a existé depuis longtemps;
- les nouveaux cadres recrutés par l'ONPR ne disposant pas encore d'expérience de gestion des systèmes de sécurité sociale ont un grand besoin de formation dans ce domaine très spécialisé;
- l'informatisation des services, l'identification des bénéficiaires actuels et potentiels des prestations, la constitution de leurs droits de retraite, la tenue à jour des données statistiques et les évaluations actuarielles sont des grandes questions difficiles à résoudre qui préoccupent la Direction actuelle de l'ONPR.

3.4.3. Les écarts par rapport à la garantie 4 du Socle de protection sociale

Une des premières choses à faire afin d'atteindre la garantie 4 serait, dans un premier temps, de corriger les lacunes identifiées plus haut pour étendre la couverture du Régime géré par l'INSS au plus grand nombre possible de salariés du secteur privé structuré et, dans un deuxième temps, mettre des mesures en place afin d'étendre ce régime aux travailleurs du secteur informel au moyen, par exemple, d'une subvention étatique partielle des cotisations des travailleurs du secteur informel au régime.

En revanche, même avec la meilleure couverture possible du secteur structuré et une couverture partielle du secteur informel, il faudra envisager la mise en place d'un régime de pensions non contributives afin d'assurer une sécurité élémentaire du revenu à l'ensemble des personnes âgées.

4. Options de programmes afin de combler les écarts des systèmes existants par rapport aux garanties du Socle de protection sociale

Ce chapitre présente, pour chacune des garanties composant le Socle de protection sociale, des options de programmes afin de combler les écarts par rapport à cette garantie. Une estimation du coût de ces programmes est donnée au chapitre 5.

4.1. Garantie 1: soins de santé

Comme indiqué à la section 3.1.3, une large portion de la population n'a pas accès aux soins de santé essentiels. Cette situation n'est cependant pas causée par un manque de dispositions législatives ou de systèmes. En effet, pour les travailleurs du secteur structuré, un régime existe, la MFP, couvrant les fonctionnaires ainsi que les bénéficiaires de rentes de l'ONPR et de l'INSS. Des dispositions législatives ayant pour but d'instaurer un éventuel régime assurance maladie et maternité pour les travailleurs du secteur privé sont également en place. Pour les travailleurs des secteurs informel et rural, il existe la CAM ainsi que les mutuelles de santé communautaires. Finalement, il y a la politique de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Malgré cela, 38 à 44 pour cent des dépenses sont toujours assumées directement par les ménages, selon les estimations des comptes nationaux de la Santé de 2007 et l'OMS.

Au Burundi, environ 17 pour cent des personnes malades n'auraient pas accès aux soins de santé et 81,5 pour cent des patients seraient obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face aux dépenses liées à la santé¹. Cette situation montre l'ampleur du déficit à combler pour se conformer à la recommandation n°202 de l'OIT concernant les socles nationaux de protection sociale, disposant dans son paragraphe 8 a) que «les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels».

Dans les différentes études menées sur ces systèmes, plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer ce déficit d'accès aux soins de santé. Les principaux sont liés à un manque de financement public et à la capacité contributive limitée des ménages. Le PNDS II contient un plan détaillé des actions à compléter d'ici 2015 afin d'atteindre une quarantaine de résultats escomptés, tout cela dans le but final d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation. Pour chacun des 40 résultats escomptés, les besoins de financement ont été estimés pour chaque année allant de 2011 à 2015. Selon les éléments de cadrage macroéconomique et budgétaire du PNDS II, les dépenses publiques en santé représentent 17 pour cent des dépenses totales du gouvernement entre 2011 et 2015.

Il est recommandé au gouvernement du Burundi de mettre en œuvre avec les PTF les actions décrites dans le PNDS II afin d'élargir à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé essentiels. À court terme, il est recommandé de mettre en place le régime d'assurance maladie et maternité pour les travailleurs du secteur privé structuré et de confier l'administration de ce régime à l'INSS. Il est également recommandé, à court et moyen termes, d'apporter les changements législatifs nécessaires afin de rendre illégal le

¹ Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le sida, Plan national de Développement sanitaire 2011 – 2015.

refus de la CAM dans les formations sanitaires, d'une part, et d'assurer le financement nécessaire afin de garantir le remboursement des formations sanitaires, d'autre part.

Parallèlement aux efforts mis en place pour étendre la couverture de la CAM, tel que prévu dans le PNDS II, des efforts devront également être faits afin d'étendre la participation dans les mutuelles de santé communautaires. Pour y parvenir, le PNDS II a également prévu le financement du projet par le gouvernement.

Concernant les mutuelles de santé communautaires, il est recommandé de mettre en place un encadrement législatif et réglementaire afin d'assurer la viabilité financière de ces mutuelles.

4.2. Garantie 2: sécurité élémentaire du revenu pour les enfants

Les enfants bien nourris possèdent des systèmes immunitaires efficaces qui réduisent les risques de mort prématurée liée aux suites d'une maladie transmissible. Les enfants insuffisamment nourris subissent souvent des dommages irréparables, affectant leur développement physique et mental et les débilitant à vie. La malnutrition touche les facultés cognitives de l'enfant, ses performances scolaires et même ses chances de réussite dans l'existence. Lorsqu'un enfant malnutri parvient à l'âge adulte, il est fort probable qu'il engendre à son tour des enfants de poids insuffisant à la naissance.

Afin de combler en partie les écarts identifiés à la section 3.2.3, il est recommandé de mettre en place une prestation payable destinée aux enfants de 7 ans et moins.

Pour ce faire, il est recommandé de n'attribuer le versement de cette prestation que sous certaines conditions, telles que: l'enregistrement de la naissance, les visites post-natales chez le médecin et les vaccinations de l'enfant. Compte tenu de la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, le respect de ces conditions ne devrait normalement pas entraîner de frais pour les ménages.

4.3. Garantie 3: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif

Pour les travailleurs du secteur structuré, il est recommandé au gouvernement d'aller de l'avant avec la mise en place du régime d'assurance chômage ainsi qu'avec le régime d'assurance revenu en cas de maladie, maternité ou invalidité.

Afin de combler en partie les écarts identifiés à la section 3.3.3, il est également recommandé de mettre en place un programme de sécurité du revenu qui permettrait d'offrir une sécurité élémentaire de revenu à les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité temporaire ou permanente de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité. Ce programme formaliserait et rendrait opérationnelles les dispositions légales et réglementaires existantes pour les groupes vulnérables, décrites plus haut.

4.4. Garantie 4: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées

Afin d'améliorer la sécurité du revenu pour les personnes âgées, il est recommandé de prendre des mesures afin de corriger les lacunes identifiées dans le régime géré par l'INSS et de faire en sorte que ce régime puisse couvrir le plus grand nombre possible de

travailleurs du secteur structuré. Il est également recommandé de prendre des mesures afin de rendre ce régime attrayant pour les travailleurs du secteur informel, comme par exemple une subvention par l'État d'une partie des cotisations requises au régime. Une telle mesure contribuerait à faire en sorte que chaque franc burundais cotisé au régime par l'État puisse également entraîner une cotisation de la part du travailleur: un franc burundais cotisé par l'État à un régime contributif devrait donc procurer, pour le travailleur à la retraite, un revenu supérieur au franc burundais cotisé par l'État à un régime non contributif.

Il est également recommandé de mettre en place une rente universelle de base non contributive payable à toutes les personnes de 60 ans et plus.

5. Projections des coûts du Socle de protection sociale

Ce chapitre présente une analyse des coûts des prestations possibles d'un Socle de protection sociale pour le Burundi. En raison de l'incertitude autour de certaines des principales hypothèses de modélisation, telles que l'évolution de la démographie et de l'économie ou la croissance et la variabilité de l'inflation, les coûts reliés aux prestations du Socle de protection sociale doivent être considérés à titre illustratif. De plus, il reste très difficile d'identifier l'ensemble complet des prestations pouvant former un Socle de protection sociale idéal pour un pays.

Les éléments du Socle de protection sociale suggérés sont définis à la section 5.1. Les sections 5.2, 5.3 et 5.4 renferment les principaux résultats issus de l'analyse de la rente universelle versée aux personnes âgées, la prestation pour les enfants de 7 ans et moins et le programme de sécurité du revenu. Les frais d'administration associés au fonctionnement de ces programmes sociaux sont présentés à la section 5.5. Ensuite, l'indexation des prestations de sécurité sociale est discutée brièvement à la section 5.6. La section 5.7 présente le coût des prestations en supposant une revalorisation selon le taux de croissance du PIB par habitant. La section 5.8 discute des coûts reliés à la mise en place d'un régime universel de soins de santé. Finalement, la section 5.9 présente un aperçu global de l'ensemble des coûts liés aux prestations du Socle de protection sociale étudié.

Les méthodes et hypothèses utilisées afin de projeter les coûts du Socle de protection sociale sont présentées en annexe.

5.1. Définition d'un Socle de protection sociale

Conformément au chapitre 4 où ont été identifiées des options de programmes à mettre en place afin d'établir un Socle de protection sociale au Burundi, les prestations hypothétiques suivantes font partie d'un Socle de protection sociale jugé raisonnable qui sera étudié plus en profondeur dans ce chapitre:

- une rente universelle pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus initialement fixée à 7 300 francs burundais par mois en 2010, soit 40 pour cent du PIB par habitant cette même année;
- un programme de sécurité du revenu. Pour les besoins de l'analyse, il est supposé que dans 25 pour cent des ménages les personnes d'âge actif sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant afin de combler les besoins essentiels des membres de la famille. La prestation est initialement fixée à 7 300 francs burundais par mois en 2010, soit 40 pour cent du PIB par habitant cette même année;
- une prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins initialement fixée à 3 650 francs burundais par mois en 2010, soit 20 pour cent du PIB par habitant cette même année;
- une extension de l'accessibilité aux soins de santé à l'ensemble de la population, à la fois par la CAM et par les mutuelles de santé dans lesquelles des fonds publics seraient injectés afin de combler la faible capacité contributive des ménages. Que ce soit avec la CAM ou avec les mutuelles de santé, les ménages ne paieraient que 20 pour cent du coût des soins de santé. Pour les besoins de l'analyse, il est supposé que dans 10 ans, 80 pour cent des coûts de soins de santé actuellement payés directement par les ménages seraient transférés au ministère de la Santé publique

Des variantes de certaines prestations sont également présentées.

Le processus d'identification du coût d'un tel paquet de prestations de protection sociale au Burundi nécessite la collecte de certaines données-clés. Il y a de nombreuses options disponibles lors de la présentation des coûts illustratifs des éléments du Socle de protection sociale. Il existe cependant deux principales mesures d'analyse, soit le coût nominal en francs burundais et le coût en proportion de la production nationale, le PIB. Dans un environnement où le financement des bailleurs de fonds est commun, il peut également être intéressant de tarifier les politiques sociales en dollars américain.

Les coûts des prestations hypothétiques sont projetés sur la période de 2011 à 2025 et sont indexés selon l'indice des prix à la consommation (IPC) sur une base annuelle. L'importance de l'indexation des prestations est d'ailleurs discutée à la section 5.6.

En outre, la mise en place et la gestion d'un Socle de protection sociale présente également des frais administratifs à considérer. Sans un exercice approfondi, il est presque impossible de calculer avec précision le coût éventuel de ces dépenses administratives. Par conséquent, pour simplifier l'analyse, à l'exception de l'extension des soins médicaux, des frais d'administration correspondant à quinze pour cent de la prestation totale payée ont été appliqués.

5.1.1. Calcul du coût de la rente universelle de retraite

La description complète de la méthodologie utilisée pour calculer le coût d'une rente de retraite universelle qui pourrait être introduite au Burundi est présentée à l'Annexe C.

Tout d'abord, il convient de mentionner qu'une rente universelle se réfère à une rente qui est payable à tous les citoyens et à d'autres résidents qui remplissent les conditions, peu importe leur niveau de revenu ou leur statut économique. Dans ce contexte, la rente universelle pourrait également être versée à toute personne âgée de 60 ans et plus, quel que soit leur niveau de revenu ou leur statut économique.

Le montant de la rente universelle a été déterminé à partir des données contenues dans le rapport «*La sécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*¹». Il a également été corroboré à partir des données sur le seuil de pauvreté contenues dans le Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi 2008. Les méthodes et hypothèses sous-jacentes au calcul de ce montant sont présentées à l'Annexe C. Ce montant a été fixé à 7 300 francs burundais par mois pour 2010, revalorisé annuellement au taux d'inflation de l'IPC. Il représente environ 40 pour cent du PIB de 2010 par habitant.

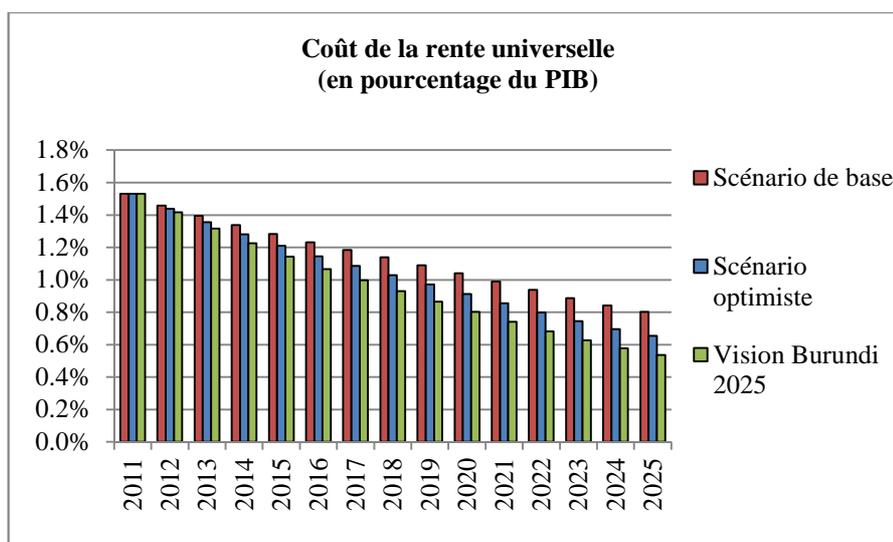
Partant de l'analyse de la pauvreté, il est important de comprendre que l'inconvénient de la méthode de l'apport direct de calories est le manque de représentativité de l'indicateur. Si la pauvreté peut être considérée comme un manque de pouvoir d'achat pour satisfaire des besoins de base, mesurer la pauvreté uniquement en fonction de l'apport direct de calories de l'alimentation des ménages a peu de chances de représenter valablement l'état général de privation des populations déshéritées. Dans cette optique, il est possible qu'une rente universelle de 7 300 francs burundais par mois en 2010 ne soit pas optimale.

¹ Banque mondiale, PAM et CASE D'AFRIQUE, *La sécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*.

En utilisant les méthodes et hypothèses décrites à l'Annexe C, le coût de la rente universelle au Burundi a été calculé pour la période de 2011 à 2025 pour les trois scénarios évalués, soit:

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;
- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement.
- Le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.

Le graphique ci-dessous présente le coût possible de cette prestation:



En montant nominal, les coûts pourraient représenter environ 32,6 milliards de francs burundais en 2011 ou approximativement 26,5 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais / dollar. En pourcentage du PIB, le coût serait de 1,5 pour cent en 2011 et diminuerait progressivement par la suite pour se situer entre 0,5 pour cent et 0,8 pour cent du PIB en 2025, selon le scénario de croissance de productivité.

5.1.2. Variantes de la rente universelle

Âge d'éligibilité

Au lieu de verser la rente à partir de 60 ans, la rente pourrait être versée à compter de 65 ans ou de 70 ans. Le coût en pourcentage du PIB serait alors le suivant:

	65 ans	70 ans
En 2011	1,0 %	0,6 %
En 2025 ²	Entre 0,3 % et 0,5 %	Entre 0,2 % et 0,3 %

² Les coûts pour 2025 sont basés sur les scénarios de croissance de productivité analysés. Le bas de la fourchette représente les résultats provenant du scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025» et est donc plus optimiste que le scénario dit «optimiste».

Rente non versée aux retraités de l'INSS et de l'ONPR

Selon cette variante, la rente ne serait pas payable aux personnes qui reçoivent une rente de retraite de l'INSS ou de l'ONPR. Etant donné qu'environ 5 pour cent de la population active cotise actuellement à ces régimes, à long terme, cette variante devrait réduire les coûts de la rente universelle d'environ 5 pour cent.

Rente conditionnelle aux ressources des personnes âgées

Selon cette variante, la rente ne serait plus universelle. Un test fondé sur les ressources des personnes âgées (autres revenus, biens, aides de la famille) serait effectué afin de déterminer l'éligibilité à la rente. Compte tenu du fait que plusieurs sources indiquent qu'entre 60 et 70 pour cent de la population vit sous le seuil de la pauvreté, le test fondé sur les ressources pourrait être conçu de façon à ce que la rente soit payable à environ 60 à 70 pour cent des personnes âgées. En revanche, étant donné les dépenses administratives additionnelles requises afin de déterminer l'éligibilité à cette rente, l'impact ne serait pas une réduction de 30 à 40 pour cent du coût par rapport au coût de la rente universelle. En supposant que les dépenses administratives additionnelles s'élèvent à 10 pour cent des rentes, l'impact serait plutôt une réduction des coûts de l'ordre de 20 à 30 pour cent par rapport au coût de la rente universelle.

5.2. Calcul du coût du programme de sécurité du revenu

La méthodologie utilisée pour le calcul du coût du programme de sécurité du revenu est similaire à celle précédemment utilisée pour calculer le coût de la rente universelle de retraite. Les méthodes et hypothèses sont d'ailleurs présentées à l'Annexe D.

Une prestation de sécurité du revenu se réfère à une prestation versée aux ménages dont les membres d'âge actif sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant pour subvenir aux besoins des membres de la famille, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité. Cette prestation serait ainsi payable uniquement aux ménages éligibles pour recevoir cette prestation. Elle serait, par ailleurs, revalorisée annuellement selon l'augmentation de l'IPC.

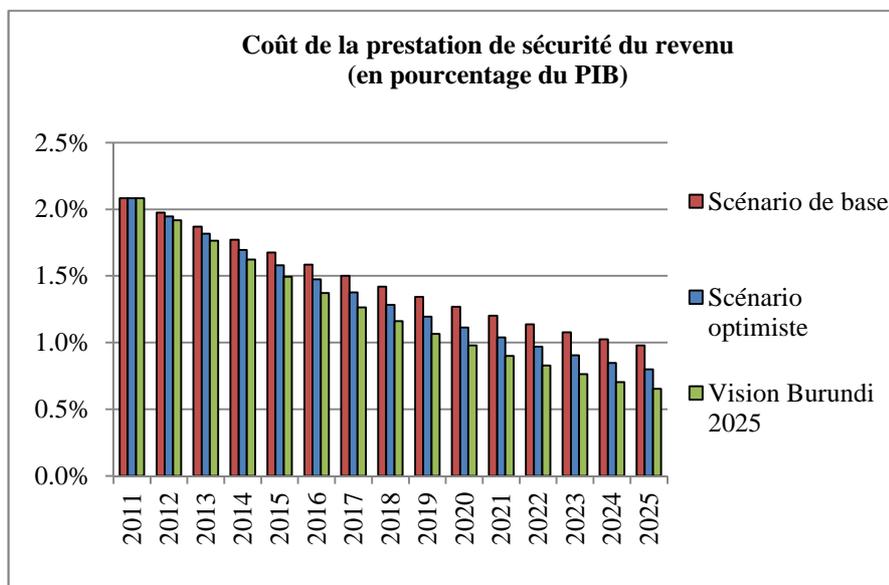
Pour les besoins de l'analyse et considérant la statistique mentionnant que 29 pour cent de la population est en situation d'insécurité alimentaire sévère³, il a été supposé que la prestation de sécurité du revenu serait versée à 25 pour cent des ménages. Le montant de la prestation de sécurité du revenu est fixé initialement à 7 300 francs burundais par mois en 2010, ce qui représente 40 pour cent du PIB par habitant cette même année et est parfaitement en cohérence avec le montant de la rente universelle de retraite déterminée précédemment. Comme il a déjà été mentionné, étant donnée la méthodologie utilisée afin de déterminer ce niveau de prestation, il est possible qu'un tel montant de prestation ne soit pas optimal. L'Annexe C présente d'ailleurs la méthodologie utilisée pour la détermination des différents paramètres de cette prestation.

Le coût du programme de sécurité du revenu s'adressant à 25 pour cent des ménages a été projeté pour la période de 2011 à 2025. En utilisant les méthodes et hypothèses décrites à l'Annexe D, le coût de la prestation de sécurité du revenu a été calculé pour la période allant de 2011 à 2025 pour les trois scénarios évalués, soit:

³ Banque mondiale, PAM et CASE D'AFRIQUE, *L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*, Janvier 2008.

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;
- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement;
- le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.

Le graphique ci-dessous présente le coût possible de cette prestation:



En montant nominal, les coûts pourraient représenter environ 44,3 milliards de francs burundais en 2011 ou approximativement 36,0 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais/dollar. En pourcentage du PIB, le coût serait de 2,1 pour cent en 2011 et diminuerait par la suite pour se situer entre 0,7 et 1 pour cent du PIB en 2025, selon le scénario de croissance de la productivité.

5.3. Calcul du coût de la prestation versée à tous les enfants de sept ans et moins

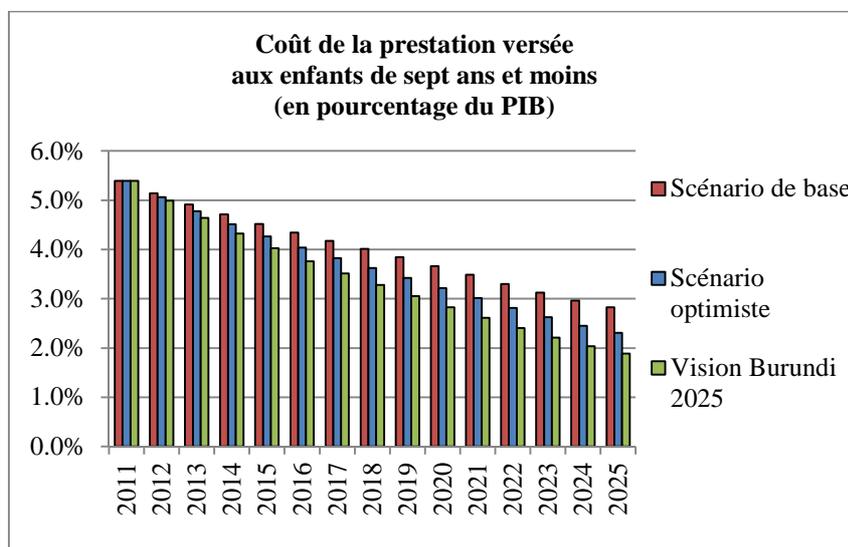
La méthodologie utilisée pour calculer le coût d'une prestation universelle qui pourrait être versée à tous les enfants de sept ans et moins au Burundi est présentée à l'Annexe E.

La rente payable à tous les enfants de sept ans et moins, revalorisée annuellement au taux d'inflation de l'IPC, a été fixée à la moitié de la rente universelle de retraite, soit 3 650 francs burundais par mois ou 20 pour cent du PIB par habitant en 2010. Ce montant est basé sur des hypothèses similaires à celles qui ont été utilisées pour déterminer le niveau de la rente universelle de retraite qui pourrait être introduite au Burundi. Ainsi, il est possible qu'un tel montant de prestation ne soit pas optimal. Les principales méthodes et hypothèses sont présentées à l'Annexe E. Le coût de la prestation versée à tous les enfants de sept ans et moins a été calculé pour la période allant de 2011 à 2025 pour les trois scénarios évalués, soit:

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;

- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement;
- le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.

Le graphique ci-dessous présente le coût possible de cette prestation:



En montant nominal, les coûts pourraient représenter environ 114,8 milliards de francs burundais en 2011 ou approximativement 93,2 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais/dollar. En pourcentage du PIB, le coût serait de 5,4 pour cent en 2011 et diminuerait par la suite pour se situer entre 1,9 et 2,8 pour cent du PIB en 2025, selon le scénario de croissance de productivité.

Au lieu de verser la rente jusqu'à sept ans, la rente pourrait être versée à tous les enfants jusqu'à ce qu'ils atteignent quatre, cinq ou six ans. Les coûts possibles en pourcentage du PIB sont présentés au tableau ci-dessous.

	4 ans et moins	5 ans et moins	6 ans et moins
En 2011	3,6 %	4,2 %	4,8 %
En 2025 ⁴	Entre 1,2 % et 1,8 %	Entre 1,4 % et 2,2 %	Entre 1,7 % et 2,5 %

5.3.1. Coordination avec les allocations familiales du secteur structuré

Actuellement, des allocations familiales sont versées par les employeurs aux salariés du secteur public et du secteur privé structuré. Le montant de ces allocations, qui sont versées en même temps que les salaires, est fixé à 1 000 francs burundais par mois et par enfant.

Avec l'implantation d'une prestation universelle aux enfants de 7 ans et moins, une coordination pourrait s'effectuer avec les allocations familiales du

⁴ Les coûts pour 2025 sont basés sur les scénarios de croissance de la productivité analysés. Le bas de la fourchette représente les résultats provenant du scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025» et est donc plus optimiste que le scénario dit «optimiste».

secteur structuré. En effet, pour les enfants âgés de 7 ans et moins des salariés du secteur structuré, les employeurs pourraient verser les allocations directement au ministère chargé de verser la prestation universelle au lieu de la verser aux salariés. Ceci aiderait à financer en partie la prestation universelle aux enfants. Il est cependant estimé que ce financement ne serait que très partiel et représenterait moins de 0,3 pour cent du PIB.

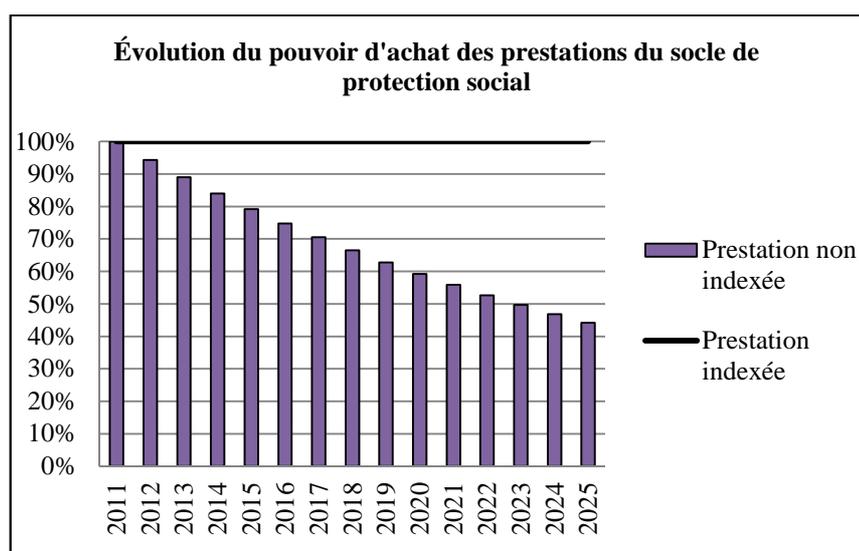
5.4. Frais d'administration

L'instauration des programmes de rente universelle, de prestation de sécurité du revenu et de prestations aux enfants de 7 ans et moins va engendrer des frais administratifs, qu'ils soient gérés par des institutions existantes ou nouvelles. Pour les besoins de cette évaluation technique, l'hypothèse est que ces frais administratifs représenteraient 15 pour cent des prestations versées. Selon cette hypothèse, les frais administratifs représenteraient une dépense de 1,4 pour cent du PIB en 2011 qui diminuerait lentement à un niveau compris entre 0,5 et 0,7 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario. En ce qui concerne les coûts du régime universel de soins de santé, qui incluent implicitement les dépenses administratives, aucune marge supplémentaire n'a été calculée.

5.5. Indexation des prestations

L'indexation de toutes les prestations du Socle de protection sociale est absolument nécessaire afin d'assurer la pertinence des prestations de sécurité sociale sur le long terme. En effet, pour assurer des mesures sociales dont l'impact global est significatif, il est nécessaire que les prestations sociales soient indexées en fonction de l'IPC. En indexant les prestations annuellement, les «avantages» des politiques sociales restent intacts au fil du temps.

Afin d'illustrer la nécessité de l'indexation des prestations, le graphique ci-dessous présente l'évolution du pouvoir d'achat des prestations présentées précédemment de 2011 à 2025 avec et sans l'application de l'indexation au taux annuel correspondant à l'IPC.



Le graphique ci-dessus met en relation l'impact de l'indexation des prestations. Ce graphique présente en quelque sorte l'évolution de la valeur du paquet de prestations sociales énuméré précédemment, avec et sans l'application de l'indexation annuel au taux de l'IPC. En 2025, la valeur des prestations sociales sans indexation équivaudrait à environ 44 pour cent de leur valeur initiale.

L'impact présenté serait plus faible dans le cas où l'inflation n'augmentait pas aussi rapidement que les estimations. À l'inverse, l'impact serait plus important dans le cas où l'inflation augmenterait plus rapidement que les estimations.

Dans le cadre de l'analyse, un taux d'inflation nivelé à 6 pour cent a été considéré sur toute la période de projection, tel que décrit à l'Annexe B.

5.6. Revalorisation au taux de croissance du PIB par habitant

Les prestations du Socle de protection sociale décrites aux sections 5.2 et 5.3 sont fixés initialement à un niveau qui représente 40 pour cent du PIB par habitant et celle décrite à la section 5.4 est fixée à 20 pour cent du PIB par habitant.

Tel qu'indiqué à la section précédente, il est recommandé d'indexer les prestations selon l'augmentation de l'IPC de façon à maintenir le pouvoir d'achat des bénéficiaires. En revanche, cela signifie qu'en pourcentage du PIB par habitant, ces prestations diminuent dans le temps. Par exemple, selon le scénario de base, la rente universelle payable en 2025 ne représenterait pas plus que 27 pour cent du PIB par habitant comparativement à 40 pour cent en 2010.

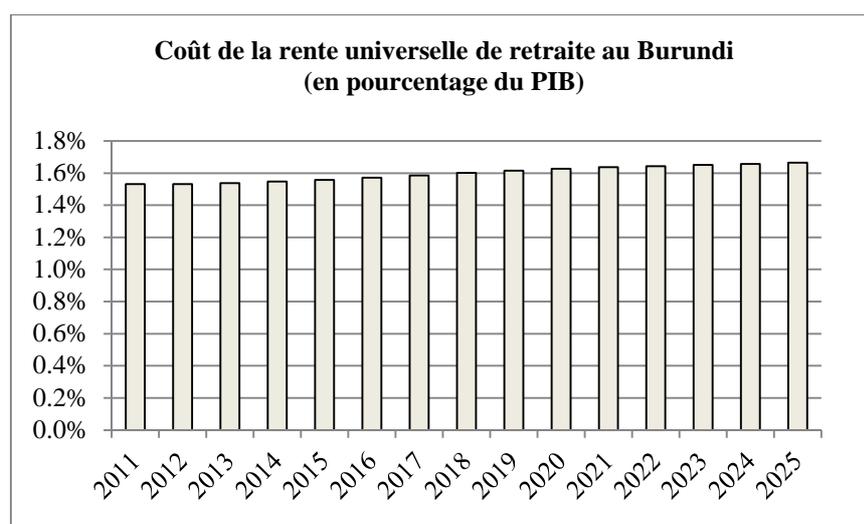
Si les prestations étaient constantes en pourcentage du PIB par habitant, le pouvoir d'achat des personnes qui recevraient ces prestations augmenterait dans le temps et les coûts de ces prestations seraient par conséquent plus élevés.

Cette section présente les coûts possibles d'une revalorisation au taux de croissance du PIB par habitant pour chacune des prestations évaluées précédemment.

Il est important de noter qu'en gardant les prestations constantes en pourcentage du PIB par habitant, les coûts en proportion du PIB évolueraient de façon identique peu importe le scénario de projection du taux de croissance de la productivité utilisée.

5.6.1. Rente universelle de retraite

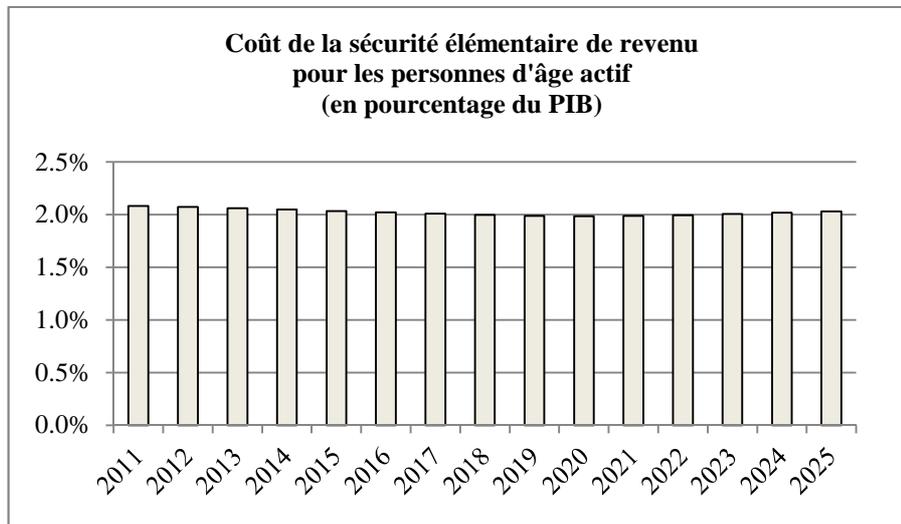
Si l'on considère une revalorisation annuelle au taux de croissance du PIB par habitant, l'évolution du coût de la rente universelle de retraite serait la suivante:



En pourcentage du PIB, le coût serait de 1,5 pour cent en 2011 et augmenterait progressivement par la suite pour atteindre 1,7 pour cent du PIB en 2025.

5.6.2. Programme de sécurité du revenu

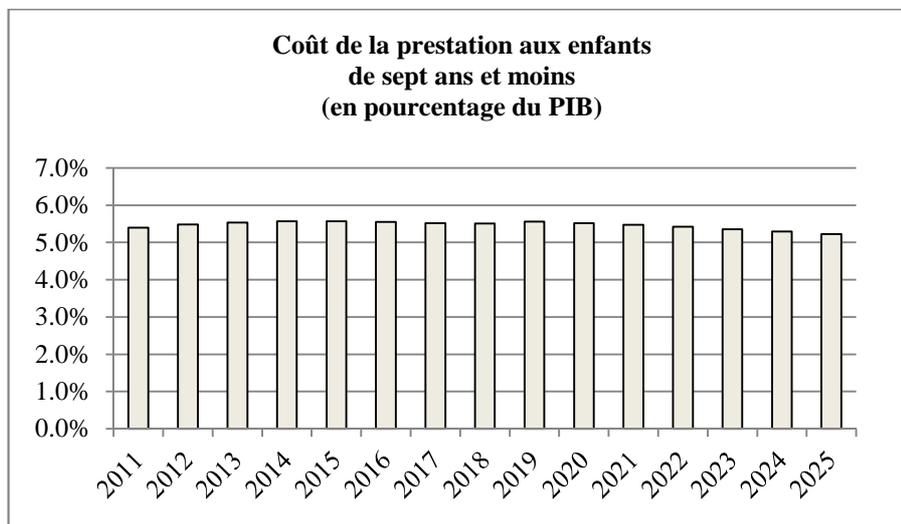
Si l'on considère une revalorisation annuelle au taux de croissance du PIB par habitant, l'évolution du coût de la prestation versée par le programme de sécurité du revenu serait la suivante:



En pourcentage du PIB, le coût serait de 2,1 pour cent en 2011 et diminuerait progressivement par la suite pour atteindre 2 pour cent du PIB en 2025.

5.6.3. Prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins

Si l'on considère une revalorisation annuelle au taux de croissance du PIB par habitant, l'évolution du coût de la prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins serait la suivante:



En pourcentage du PIB, le coût serait de 5,4 pour cent en 2011, augmenterait progressivement à 5,6 pour cent du PIB en 2014, puis diminuerait lentement par la suite pour atteindre 5,2 pour cent du PIB en 2025.

5.7. Coût du régime universel de soins de santé

La méthodologie utilisée pour calculer le coût du régime universel de soins de santé au Burundi est quelque peu différente de la méthodologie utilisée pour évaluer les autres prestations sociales présentées dans ce chapitre. Les méthodes et hypothèses utilisées pour déterminer le coût du régime universel de soins de santé hypothétique sont présentées à l'Annexe F.

Un régime universel de soins de santé au Burundi pourrait défrayer 80 pour cent du coût des soins (incluant les médicaments) de la population; les ménages assumeraient ainsi un ticket modérateur de 20 pour cent des frais médicaux.

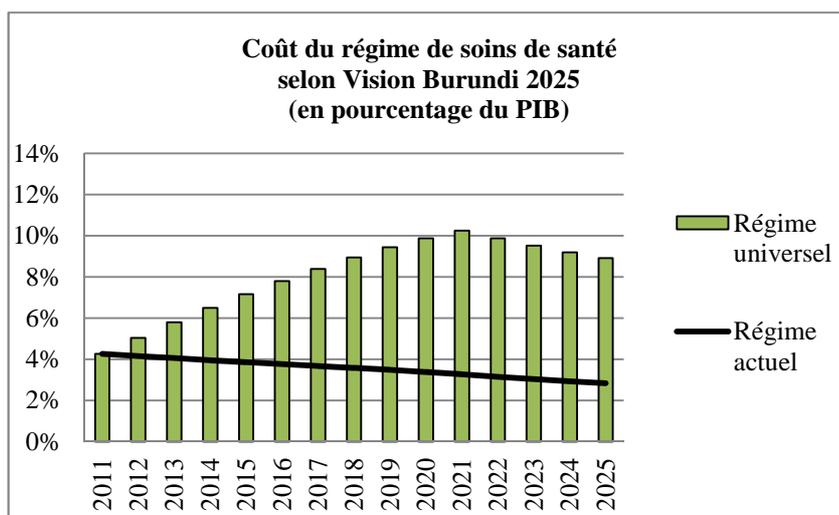
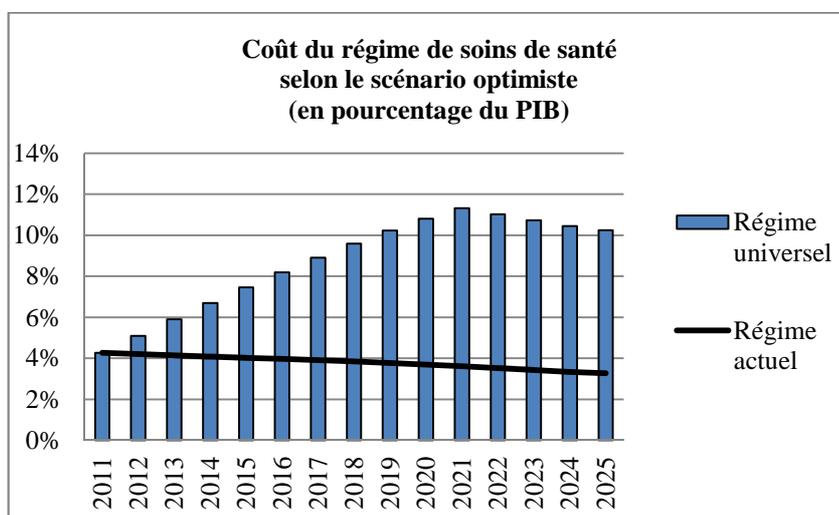
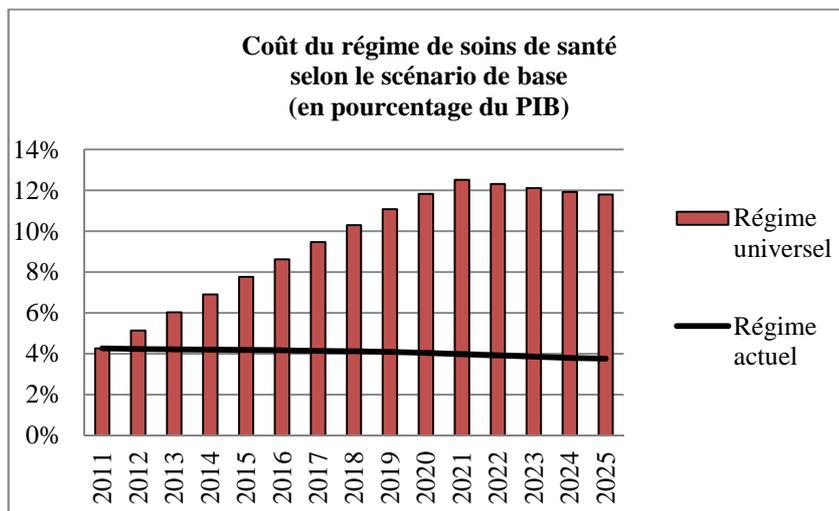
Les tickets modérateurs peuvent inciter des consommateurs et jouent donc un rôle important pour limiter le coût des soins de santé. Toutefois, les tickets modérateurs ne sont en général pas considérés comme générateurs de ressources pour un régime de santé. Au contraire, ce sont les prestataires des soins de santé qui reçoivent les revenus générés par les tickets modérateurs. D'ailleurs, il est possible que les coûts des soins de santé assumés par le gouvernement augmentent de façon significative si la CAM est utilisée par tous ceux qui y ont droit; ce ne serait finalement que le résultat de l'augmentation de l'accessibilité de la population aux services de santé. Il est cependant difficile d'évaluer quelle serait l'importance des coûts transférés au gouvernement à la suite de l'instauration d'un tel régime universel de soins de santé avec ticket modérateur de 20 pour cent. Ce chapitre présente un scénario dans lequel les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel.

En considérant cette hypothèse, la proportion des dépenses totales de santé gérée par le gouvernement passerait de 33 pour cent à 71,8 pour cent des dépenses totales en santé du Burundi. Un régime universel de santé, tel que décrit dans cette section, nécessiterait des dépenses publiques approximativement 3,1 fois plus élevées que le budget de la santé de 2010. L'impact pourrait être plus faible dans le cas où l'augmentation réelle (par exemple, en excédent de l'inflation) des coûts de soins de santé serait inférieure à l'hypothèse utilisée ou si les coûts actuellement supportés directement par les ménages ne doubleraient pas suite à l'instauration du régime universel. A l'inverse, l'impact pourrait être plus élevé dans le cas où l'augmentation réelle des coûts de soins de santé serait supérieure à l'hypothèse utilisée ou si les coûts actuellement supportés directement par les ménages augmentaient plus du double suite à l'instauration du régime universel.

Dans les projections, il est supposé que le plein impact du régime universel soit atteint après une période de 10 ans, soit en 2021.

Le coût du régime des soins de santé a été calculé pour la période de 2011 à 2025 pour les trois scénarios évalués, soit:

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;
- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement;
- le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.



Selon la méthodologie utilisée et décrite à l'Annexe F, en considérant que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement doublent suite à l'instauration du régime de santé universel, on peut penser que:

-
- selon le scénario de base, les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel devraient augmenter graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 12,5 pour cent du PIB en 2021, puis diminuer graduellement jusqu'à 11,8 pour cent du PIB en 2025. Le coût lié au régime de santé actuel devrait passer de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 3,8 pour cent du PIB en 2025. Ainsi, l'instauration d'un régime universel aurait pour impact d'augmenter les dépenses publiques liées à la santé de 8 pour cent du PIB à compter de 2025;
 - selon le scénario optimiste, les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel devraient augmenter graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 11,3 pour cent du PIB en 2021, puis diminuer graduellement jusqu'à 10,2 pour cent du PIB en 2025. Le coût lié au régime de santé actuel devrait passer de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 3,3 pour cent du PIB en 2025. Ainsi, l'instauration d'un régime universel aurait pour impact d'augmenter les dépenses publiques liées à la santé de 7 pour cent du PIB à compter de 2025;
 - selon les hypothèses économiques issues du rapport Vision «Burundi 2025», les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel devraient augmenter graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 10,3 pour cent du PIB en 2021, puis diminuer graduellement jusqu'à 8,9 pour cent du PIB en 2025. Le coût lié au régime de santé actuel devrait, passer de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 2,9 pour cent du PIB en 2025. Ainsi, l'instauration d'un régime universel aurait pour impact d'augmenter les dépenses publiques liées à la santé de 6,1 pour cent du PIB à compter de 2025.

En montant nominal, si le régime universel était mis en place et couvrait toute la population visée dès la première année, les dépenses publiques de santé gérées par le gouvernement représenteraient environ 284,5 milliards de francs burundais en 2011 (environ 90,8 milliards de francs burundais en comparaison avec le régime actuel) ou approximativement 231,2 millions de dollars (environ 73,8 millions de dollars en comparaison avec le régime actuel) considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais / dollar.

En 2001, à Abuja, les chefs d'États de l'Union africaine se sont engagés à allouer au secteur de la santé 15 pour cent du budget national annuel. En fin de compte, si l'on assume que les recettes de l'État, avec les revenus provenant de l'aide extérieure, resteront constantes en proportion du PIB jusqu'en 2025 (correspondant ainsi à environ 50,5 pour cent du PIB), les dépenses du gouvernement dans le secteur de la santé correspondraient à:

- 23,4 pour cent du budget national selon le scénario de base;
- 20,3 pour cent du budget national selon le scénario optimiste;
- 17,7 pour cent du budget national selon le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025».

Selon le scénario de base, la part des dépenses totales du gouvernement allouées à la santé serait de 8,4 pour cent supérieure à l'objectif de 15 pour cent si le régime de santé universel était mis en place. En revanche, il convient de souligner qu'il est possible que les dépenses de santé actuellement supportées par les ménages ne doublent pas à la suite à l'instauration d'un système de santé universel. Deux autres possibilités sont d'ailleurs présentées à l'Annexe F du présent rapport, soit:

- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel;

-
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmentent pas suite à l'instauration du régime de santé universel.

Pour conclure cette section, il est important de nuancer les résultats présentés. Il a été supposé que les ressources humaines et matérielles actuellement disponibles dans les formations sanitaires publiques et privées seraient suffisantes pour satisfaire la demande additionnelle qui serait engendrée par le fait de doubler les coûts actuellement supportés à 100 pour cent par les ménages. Ainsi, aucune dépense supplémentaire, notamment en investissement pour le développement d'infrastructure, n'a été considérée dans cette analyse. De plus, les hypothèses utilisées et présentées à l'Annexe F peuvent varier dans la pratique. Les coûts pourraient donc être supérieurs ou inférieurs à l'estimation présentée. En effet, le coût du régime universel de santé en pourcentage du PIB pourrait varier s'il y a une hausse ou une chute des coûts liés aux soins de santé ou une variation éventuelle des principaux facteurs économiques faisant en sorte que le PIB diffère des résultats projetés par le modèle utilisé.

5.8. Conclusion

Selon les méthodes et hypothèses utilisées et présentées en annexe, la rente universelle de retraite, la prestation aux enfants de 7 ans et moins et le programme de sécurité du revenu énumérés précédemment dans ce chapitre coûteraient, en incluant les frais administratifs, approximativement 10,4 pour cent du PIB en 2011. Ce coût pourrait toutefois diminuer progressivement à:

- 5,3 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario de base;
- 4,4 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario optimiste;
- 3,5 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025».

Le régime universel de soins de santé, une fois implanté en 2021 coûterait à l'État:

- 12,5 pour cent du PIB, diminuant à 11,8 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario de base;
- 11,3 pour cent du PIB, diminuant à 10,2 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario optimiste;
- 10,3 pour cent du PIB, diminuant à 8,9 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025».

Les coûts du régime universel de soins de santé incluent les coûts actuellement supportés par l'État pour les programmes existants. Les coûts additionnels d'un régime universel seraient les suivants:

- 8,5 pour cent du PIB, diminuant à 8 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario de base;
- 7,5 pour cent du PIB, diminuant à 7 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario optimiste;
- 6,6 pour cent du PIB, diminuant à 6,1 pour cent du PIB en 2025 selon le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025».

Selon cette évaluation:

- les coûts et les avantages présentés dans ce chapitre sont fortement motivés par les méthodes et hypothèses utilisées et décrites en annexe du présent rapport. Une analyse plus prudente du risque et de l'incertitude est nécessaire, en plus d'une validation quant à l'optimalité des prestations présentées;
- l'indexation de toutes les prestations du Socle de protection sociale est absolument nécessaire afin d'assurer la pertinence des prestations de sécurité sociale sur le long terme;
- un ensemble de prestations de protection sociale peut avoir un impact significatif sur la réduction de la pauvreté et de l'indigence au Burundi. Il est cependant probable que, même avec l'instauration d'un tel Socle de protection sociale, la pauvreté au Burundi subsiste et que certaines personnes n'aient pas accès à certaines prestations. Néanmoins, ces prestations de protection sociale peuvent avoir un impact positif sur la pauvreté, la qualité de vie en général et l'activité économique au sens large. Davantage de données, entre autre sur la distribution des revenus de la population et des ménages, seront nécessaires afin d'estimer l'impact sur la réduction du taux de pauvreté.

6. Conclusions

En avril 2011, le gouvernement du Burundi a adopté une Politique nationale de protection sociale ayant pour objectif d'étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population. Cette politique projette, dans un premier temps, de consolider les dispositifs existants de protection sociale en examinant dans quelle mesure ils peuvent améliorer le niveau et la qualité des prestations et, dans un deuxième temps, de les mettre à contribution pour gérer d'autres programmes de protection sociale à instaurer dans le cadre de l'extension de la couverture de protection sociale.

Afin de consolider les dispositifs existants et augmenter la protection sociale pour les travailleurs du secteur structuré, il est recommandé dans ce rapport de:

- mettre en place le régime d'assurance maladie et maternité pour les travailleurs du secteur privé structuré et de confier l'administration de ce régime à l'INSS;
- fixer un cadre législatif et réglementaire afin d'assurer la viabilité financière des mutuelles de santé;
- progresser avec la mise en place du régime d'assurance chômage et du régime d'assurance revenu en cas de maladie, maternité ou invalidité;
- prendre des mesures afin de corriger les lacunes identifiées en ce qui concerne le régime géré par l'INSS et faire en sorte que ce régime puisse couvrir le plus grand nombre possible de travailleurs du secteur structuré.

Les coûts de ces recommandations devraient être financés par les employeurs et les travailleurs du secteur structuré et ne devraient pas engendrer de dépenses additionnelles pour l'État.

Il est également recommandé de prendre des mesures afin de rendre le régime géré par l'INSS attrayant pour les travailleurs du secteur informel en proposant, par exemple, une subvention de l'État pour financer une partie des cotisations requises au régime.

Malheureusement, avec des régimes ne s'adressant qu'aux travailleurs du secteur structuré, seule une minorité de la population du Burundi a accès à la protection sociale.

Afin de mettre en pratique l'objectif de garantir progressivement un Socle de protection sociale universel, consistant à assurer à tous la sécurité du revenu ainsi que l'accès aux services de santé, le BIT recommande de mettre en place progressivement un ensemble élémentaire et modeste de garanties de sécurité sociale. C'est d'ailleurs cette vision et cette démarche qui sont proposées dans le document de Politique nationale de protection sociale que le gouvernement du Burundi a adoptée. Les recommandations contenues dans le présent rapport afin de garantir un Socle de protection sociale pour TOUS sont les suivantes:

- mettre en œuvre les actions décrites dans le PNDS II afin d'élargir à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé essentiels;
- apporter les changements législatifs requis afin de rendre illégal le refus de la CAM dans les formations sanitaires et assurer le financement nécessaire afin de garantir le remboursement des formations sanitaires;
- encourager la participation dans les mutuelles de santé communautaires, en parallèle aux efforts mis en place pour étendre la couverture de la CAM, tel que prévu dans le

PNDS II. Pour y parvenir, le PNDS II prévoit un financement du projet de la part du gouvernement;

- adopter un système de gestion des ressources collectées par la CAM, associant essentiellement les représentants des personnes qui cotisent, afin qu'ils participent à la prise des décisions relatives à l'utilisation des fonds, notamment la négociation des tarifs avec le système de l'offre des soins;
- identifier, à moyen terme, le système le plus efficace pour le financement des soins de santé et inciter l'État à concentrer ses efforts et son financement sur ce système;
- mettre en place une prestation payable pour chaque enfant de 7 ans et moins et n'en attribuer le versement que sous certaines conditions, telles que: l'enregistrement de la naissance, les visites post-natales chez le médecin et la vaccination de l'enfant;
- élaborer un programme de sécurité du revenu qui permettrait d'offrir une sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité temporaire ou permanente de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;
- instaurer une rente universelle de base non contributive pour toutes les personnes de 60 ans et plus.

Dans l'ensemble, ces recommandations pourraient entraîner des dépenses additionnelles pour l'État à long terme, représentant entre 11,4 et 13,3 pour cent du PIB selon l'hypothèse retenue d'augmentation de la productivité par travailleur.

Un tel coût n'est certes pas supportable à court et moyen terme, compte tenu du contexte fiscal actuel du Burundi. Le gouvernement, avec ses partenaires techniques et financiers, devra donc déterminer quelles sont les priorités.

Selon les projections effectuées dans ce rapport, les coûts pour chacune des options suggérées sont les suivants:

- Garantie 1: accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité;
 - Option: extension de la CAM et/ou des mutuelles de santé de façon à transférer à l'État 80 pour cent des coûts des soins de santé actuellement payés directement par les ménages: entre 7,7 pour cent et 8,5 pour cent en 2021, et entre de 7 et 8 pour cent du PIB en 2025.
- Garantie 2: sécurité élémentaire du revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires;
 - Option: prestation aux enfants de 7 ans et moins de 3 650 francs burundais par mois par enfants: 6,2 pour cent du PIB à court terme et entre 2,7 et 3,3 pour cent du PIB en 2025;
- Garantie 3: sécurité élémentaire du revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;

-
- Option: une prestation de sécurité du revenu de 7 300 francs burundais par mois et par ménage, dont les personnes d'âge actif sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant: 2,4 pour cent du PIB à court terme et entre 0,9 et 1,1 pour cent du PIB en 2025;
 - Garantie 4: sécurité élémentaire du revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale;
 - Option: rente universelle non contributive de 7 300 francs burundais par mois à compter de 60 ans: 1,8 pour cent du PIB à court terme et entre 0,8 et 0,9 pour cent du PIB en 2025;

Les prestations des garanties 2, 3 et 4 ci-dessus sont présentées en montant nominal de 2010. L'indexation de toutes les prestations du Socle de protection sociale se rapportant à la sécurité élémentaire du revenu, soit celles prévues par les garanties 2, 3 et 4, est absolument nécessaire afin d'assurer la pertinence des prestations de sécurité sociale sur le long terme. En effet, pour assurer des mesures sociales dont l'impact global est significatif, il est nécessaire que les prestations sociales soient indexées en fonction de l'IPC. En indexant les prestations annuellement, les «avantages» des politiques sociales restent intacts au fil du temps.

Le coût à long terme, en pourcentage du PIB, est très variable selon l'hypothèse d'augmentation de la productivité qui est retenue. Les fourchettes de coûts présentés plus haut se situent entre le scénario optimiste, dans lequel l'augmentation de la productivité est de 4 pour cent par année, et le scénario de base, dans lequel l'augmentation de la productivité est de 2,5 pour cent par année. Le rapport présente également un scénario dans lequel l'augmentation de la productivité se situe à un niveau supérieur à celui du scénario optimiste, soit à un niveau de 5,5 pour cent. Ce scénario a été présenté puisqu'il correspond à l'augmentation requise afin d'atteindre en 2025 le même niveau de PIB que celui projeté dans les études qui ont conduit à la formulation de la Vision «Burundi 2025», tel que ré-estimé en 2011 pour tenir compte de l'évolution connue de 2005 à 2010 ainsi que des prévisions économiques du Comité permanent de cadrage macro-économique et budgétaire.

La capacité du Burundi à financer des programmes sociaux passera nécessairement par l'enrichissement collectif du pays. Par conséquent, le principal défi à relever sera le gain de productivité. Afin d'être en mesure de soutenir des programmes sociaux, la productivité par travailleur devra augmenter à un rythme supérieur à l'augmentation des coûts de ces programmes.

Pour produire ce rapport, plusieurs études et rapports portant sur les soins de santé, la population, l'insécurité alimentaire, la pauvreté, les prévisions économiques, les budgets de l'État ainsi que les indicateurs de base du bien-être ont été consultés. Ces études et rapports renferment une multitude d'informations qui ont été utiles, voire nécessaires, à la réalisation du présent rapport. Il n'a pas toujours été possible de corroborer certaines données avec d'autres rapports et, parfois, ces mêmes données différaient d'un rapport à l'autre. Il n'a pas toujours été possible d'expliquer ces différences. Par ailleurs, certaines données et informations seront indispensables pour évaluer plus précisément les coûts et les impacts des programmes suggérés, notamment:

- les données sur la distribution des revenus des travailleurs qui seront utiles afin d'évaluer plus précisément le niveau des prestations des garanties 2, 3 et 4 du Socle de protection sociale et, par conséquent, le coût de ces prestations ainsi que leurs impacts sur la réduction de la pauvreté;
- au vu des observations faites entre 2010 et 2012, la mise à jour des coûts projetés dans le Plan national de Développement sanitaire II (PNDS II) serait utile pour

estimer plus précisément le coût de la garantie 4. En particulier en ce qui concerne les investissements requis pour la mise à niveau des ressources humaines et matérielles actuelles, et ceux requis pour répondre à l'augmentation de la demande de services résultant d'une plus grande accessibilité aux soins de santé pour l'ensemble de la population; les données récurrentes sur la population active et l'emploi qui permettront d'établir des hypothèses plus probantes sur l'évolution du nombre de travailleurs ainsi que la productivité et, par conséquent, sur l'évolution du PIB.

Les projections contenues dans ce rapport sont des estimations fondées sur des hypothèses. Comme pour toute projection, la variabilité des résultats s'accroît avec la période de projection. La précision des estimations dépend donc de la précision des hypothèses sous-jacentes qui, elles, dépendent de la qualité des données utilisées afin d'établir ces hypothèses. Les estimations présentées dans ce rapport doivent être utilisées en ayant à l'esprit cette mise en garde. L'expérience réelle diffèrera probablement des résultats projetés; c'est la raison pour laquelle d'autres évaluations du coût des options suggérées devront être effectuées à l'avenir afin d'ajuster, s'il y a lieu, les hypothèses, les projections et les prestations.

Annexe A

Hypothèses démographiques

Les méthodes et hypothèses utilisées pour faire une projection de la population du Burundi sont décrites dans cette annexe.

Espérance de vie

En 2008, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile spécifiés par le Bureau central du Recensement étaient évalués à 59 pour 1 000 et 96 pour 1 000 naissances respectivement. Les statistiques du Bureau central du Recensement sont largement inférieures à celles estimées par l'Organisation des Nations Unies et la Banque mondiale. En effet, ces deux organisations font plutôt mention d'un taux de mortalité infanto-juvénile de l'ordre de 139 pour 1 000 naissances. Pour les besoins de l'analyse, les taux de mortalité par âge ont été estimés en utilisant les tables de mortalité de l'ONU. Une tendance de mortalité avec un taux relativement élevé de mortalité infantile a été observée. De plus, une projection d'amélioration de la mortalité à un rythme faible a été utilisée.

Selon le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, l'espérance de vie à la naissance au Burundi est estimée à 49,9 ans pour les hommes et 52,8 ans pour les femmes pour la période allant de 2005 à 2010. D'après la projection, ces niveaux ont progressivement monté à 55,9 ans pour les hommes et 59,7 ans pour les femmes, tel que le présente le tableau ci-dessous:

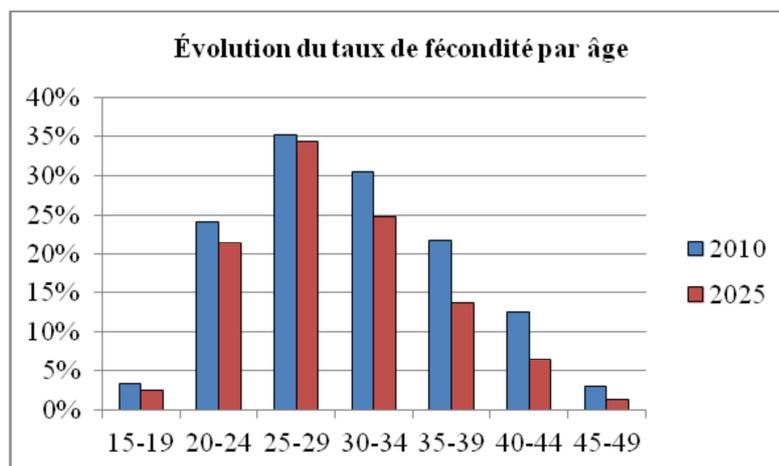
Projection de l'espérance de vie à la naissance				
Année	2010	2015	2020	2025
Hommes	49,9	51,9	53,9	55,9
Femmes	52,8	55,1	57,4	59,7

La table de mortalité utilisée a été ajustée afin de tenir compte de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance présentée ci-dessus, en prenant également en considération un taux de mortalité infanto-juvénile similaire à ceux estimés par l'ONU et la Banque mondiale.

Taux de fécondité

Les taux de fécondité ont graduellement baissé au Burundi depuis 1980. L'indice synthétique de fécondité (ISF) était d'approximativement 6,52 pour la période allant de 2005 à 2010 selon le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies. D'après cette même source, cet indice serait amené à décroître à l'avenir pour atteindre graduellement 5,22 en 2025. Cette hypothèse a donc été retenue aux fins des projections de l'ISF.

De plus, le taux de fécondité par âge au Burundi est plus faible pour les femmes de moins de 25 ans et plus élevé pour les femmes de plus de 25 ans. Cette tendance a également été considérée pour modéliser l'évolution du taux de fécondité sur la période de projection.



Migration

Il y a peu de données crédibles quant à l'immigration et l'émigration au Burundi. L'ONU déclare néanmoins que le nombre net de migrants se situerait autour de -20 000 sur le court, moyen et plus long terme. Pour les besoins de l'analyse, cette hypothèse a donc été retenue afin de modéliser la migration nette entre 2010 et 2025. Il convient de noter que la proportion hommes-femmes de ces migrants a été équitablement répartie.

La distribution de la population

Comme mentionné au chapitre 1, la démographie du Burundi ressemble beaucoup à celle de plusieurs autres pays africains. Le pays renferme en effet une population dont la part des jeunes est très importante et enregistre également une baisse graduelle de la fécondité et du taux de mortalité infantile et infanto-juvénile.

En 2008, selon le Recensement général de la population et de l'habitat, approximativement 44,1 pour cent de la population était âgée de moins de 15 ans, démontrant ainsi pertinemment la forte part des jeunes dans la population au Burundi. Les données concernant la distribution de la population du Burundi pour 2010 sont issues du *World Population Prospect: The 2012 Revision*. Le tableau de la page suivante présente cette distribution.

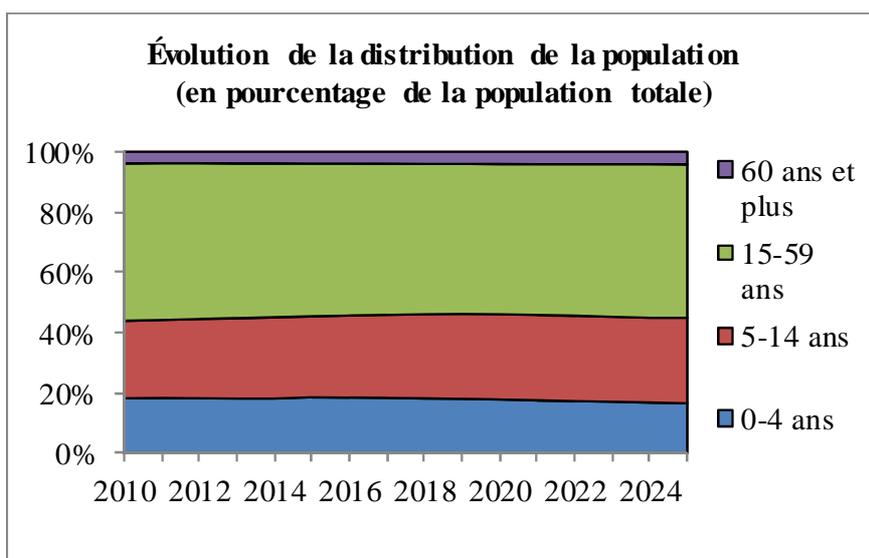
Distribution de la population totale du Burundi en 2010		
Âge	Hommes	Femmes
0-4	9,143%	9,109%
5-9	6,869%	6,975%
10-14	5,832%	6,005%
15-19	5,498%	5,778%
20-24	4,971%	5,342%
25-29	4,073%	4,248%
30-34	3,050%	3,029%
35-39	2,172%	2,197%
40-44	1,870%	1,887%
45-49	1,624%	1,573%
50-54	1,414%	1,383%
55-59	1,063%	1,049%
60-64	0,649%	0,671%
65-69	0,466%	0,517%
70-74	0,326%	0,382%
75-79	0,213%	0,256%
80-84	0,112%	0,140%
85-89	0,036%	0,058%
90-94	0,006%	0,012%
95+	0,001%	0,002%

La distribution de la population par tranche d'âge a par la suite été projetée en considérant les études menées sur le Burundi par le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, soit le *World Population Prospect: The 2012 Revision*. En voici les principaux résultats:

Évolution de la distribution de la population

Année	2010	2015	2020	2025
0 à 4 ans	18,3%	18,6%	17,8%	16,6%
5 à 14 ans	25,7%	26,8%	28,3%	28,4%
15 à 59 ans	52,2%	50,7%	49,8%	50,9%
60 ans et plus	3,8%	3,9%	4,1%	4,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Le graphique ci-dessous présente d'ailleurs l'évolution de ces statistiques de 2010 à 2025:



Toujours selon le Recensement général de la population et de l'habitat de 2008, le ratio hommes-femmes sur l'ensemble de la population serait d'approximativement 0,97. Ce taux a été considéré comme étant constant à 0,97 sur toute la période de projection, soit de 2010 à 2025.

Projection de la population

Selon le rapport de l'Économie burundaise de 2010, la population était évaluée à 8 436 000 personnes. En considérant les hypothèses utilisées pour la modélisation et énoncées précédemment dans cette section, la population totale du Burundi devrait atteindre 9 805 900 personnes en 2015, 11 357 800 personnes en 2020, et 13 029 900 personnes en 2025. Le taux de croissance démographique serait d'approximativement 2,9 pour cent en moyenne sur la période de projection.

Annexe B

Hypothèses économiques

Projection du PIB

La croissance de la productivité est la condition nécessaire pour améliorer le sort de chaque catégorie de population sans obérer celui de certaines autres catégories.

Selon la Banque africaine de développement (BAD) et la Banque mondiale, le PIB réel aurait connu les croissances suivantes depuis 2005:

Croissance du PIB réel						
Source	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
BAD	5,13%	3,58%	4,53%	3,48%	3,85%	4,1%
Banque mondiale	5,38%	4,79%	5,05%	3,47%	3,79%	4,5%

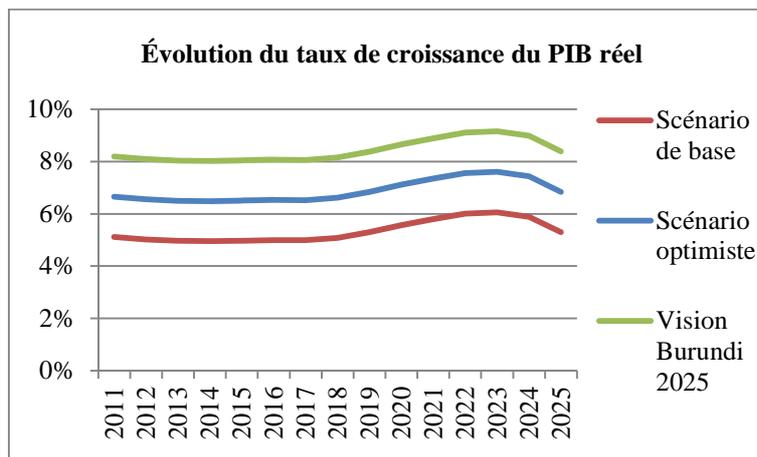
Selon l'ONU, la population en âge de travailler serait passée, sur cette même période, de 50,5 à 52,2 pour cent de la population totale. Selon le rapport final de l'Économie burundaise 2010, la population totale serait passée de 7 562 000 personnes en 2005 à 8 436 000 personnes en 2010. Selon ces informations, la population en âge de travailler aurait donc évolué d'approximativement 3 819 000 en 2005 à 4 404 000 en 2010, soit une augmentation moyenne annuelle d'environ 2,9 pour cent. En supposant des taux de participation au marché du travail et au chômage constants sur cette période, le taux de croissance moyen de la productivité par travailleur aurait donc augmenté annuellement entre 1,2 et 1,5 pour cent selon les statistiques de la BAD ou de la Banque mondiale.

La croissance de la production est la condition nécessaire pour améliorer le sort de chaque catégorie de population sans obérer celui de certaines autres catégories. A titre comparatif et pour présenter l'impact de la productivité dans l'économie sur le budget de l'État, trois scénarios d'augmentation de la productivité ont été évalués dans le cadre de cet analyse, soit:

- un scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement, soit une croissance de la productivité de 1 à 1,3 pour cent supérieure à la moyenne observée depuis 2005. Pour ce scénario, si l'on tient compte de l'évolution de la population active projetée, la croissance réelle du PIB varierait entre 5 et 6,1 pour cent sur la période de projection;
- un scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025». Pour ce faire, une hypothèse de croissance de la productivité de 5,5 pour cent est requise afin d'atteindre en 2025 le même niveau de PIB que celui projeté dans les études qui ont conduit à la formulation de la Vision «Burundi 2025», tel que ré-estimé en 2011 pour tenir compte de l'évolution connue de 2005 à 2010 ainsi que des prévisions réalisées par le Comité permanent de cadrage macro-économique et budgétaire jusqu'en 2014. Pour ce scénario, si l'on considère l'évolution de la population active projetée, la croissance réelle du PIB varierait entre 8 et 9,2 pour cent sur la période de projection;
- un scénario optimiste projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement, soit une croissance de la productivité à mi-chemin entre celle utilisée dans le scénario de base et celle concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025». Pour ce scénario, si l'on considère l'évolution de la population active projetée, la croissance réelle du PIB varierait entre 6,5 et 7,6 pour cent sur la période de projection.

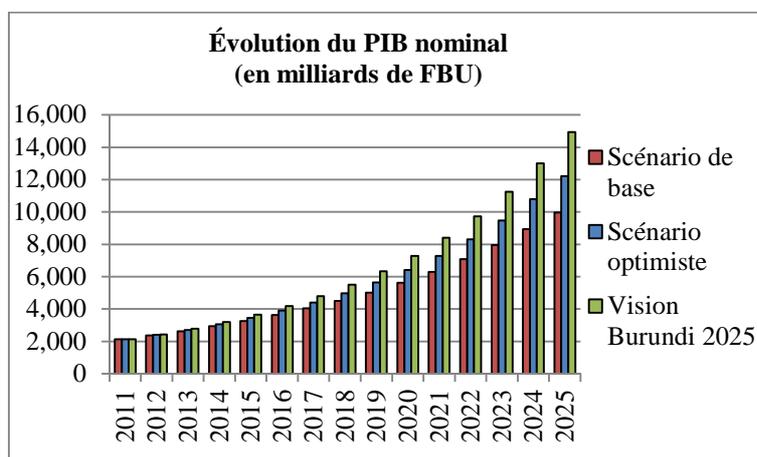
Il est important de préciser que les taux de participation au marché du travail et au chômage ont été considéré comme étant constants sur toute la période de projection afin d'évaluer la croissance réelle du PIB de 2011 à 2025.

La croissance du PIB réel pour chacun des trois scénarios de productivité évoluerait de la façon suivante:



À l'aide de ces trois scénarios, il est possible de constater que la croissance de la productivité pourrait avoir un grand impact sur la viabilité de la mise en place d'un Socle de protection sociale tel que décrit dans ce rapport. Il est important que le gouvernement puisse mettre en application des mesures politiques qui contribuent à rendre possible le financement et la viabilité d'un éventuel Socle de protection sociale au Burundi.

Le graphique suivant présente l'évolution du PIB nominal, soit l'évolution du PIB réel auquel est ajoutée une hypothèse d'inflation de 6 pour cent, pour chacun des trois scénarios de productivité:



Dans le graphique précédent, il est possible de distinguer que l'impact de la productivité sur l'évolution du PIB devient de plus en plus significatif au fil du temps. En effet, en 2025:

- le PIB du scénario optimiste, dont la croissance annuelle moyenne de la productivité est de 4 pour cent, est supérieur de 22,6 pour cent à celui du scénario de base, dont la croissance annuelle moyenne de la productivité est de 2,5 pour cent;
- le PIB du scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», dont la croissance annuelle moyenne de la productivité est de 5,5 pour cent, est supérieur de 49,8 pour cent à celui du scénario de base, dont la croissance annuelle moyenne de la productivité est de 2,5 pour cent.

Taux d'inflation

Selon le FMI, le taux d'inflation observé en 2010, 2011 et 2012 a été respectivement de 4,1, 14,9 et 11,8 pour cent. En 2013, le FMI estime que ce taux atteindra 9 pour cent et diminuera progressivement par la suite pour se stabiliser à environ 5,1 pour cent à partir de 2017.

Afin d'être davantage conservateur et pour considérer l'inflation élevée enregistrée en 2011 et 2012, un taux d'inflation nivelé à 6 pour cent a été utilisé sur toute la période d'évaluation. D'ailleurs, selon la Banque mondiale, l'inflation annuelle moyenne au Burundi a été d'environ 11,2 pour cent entre 2003 et 2009 inclus, ce qui illustre la forte volatilité de l'indice et confirme l'importance d'estimer l'inflation de façon conservatrice sur le moyen et long terme.

Annexe C

Méthodologie et hypothèses de projection des coûts de la rente universelle de retraite

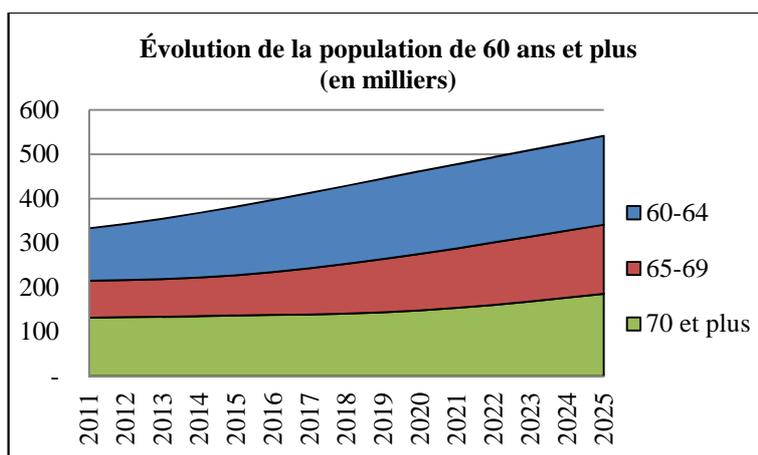
Il est important de décrire la méthodologie utilisée pour calculer le coût d'une rente de retraite universelle au Burundi.

Tout d'abord, il convient de noter qu'une rente universelle peut être décrite comme une rente payable à tous les citoyens, peu importe leur niveau de revenu ou leur statut économique. Dans ce contexte, elle pourrait également être versée à tous les citoyens âgés de 60 ans et plus, quel que soit leur niveau de revenu ou leur statut économique.

Pour calculer le coût de la rente universelle hypothétique au Burundi, les éléments suivants ont été considérés:

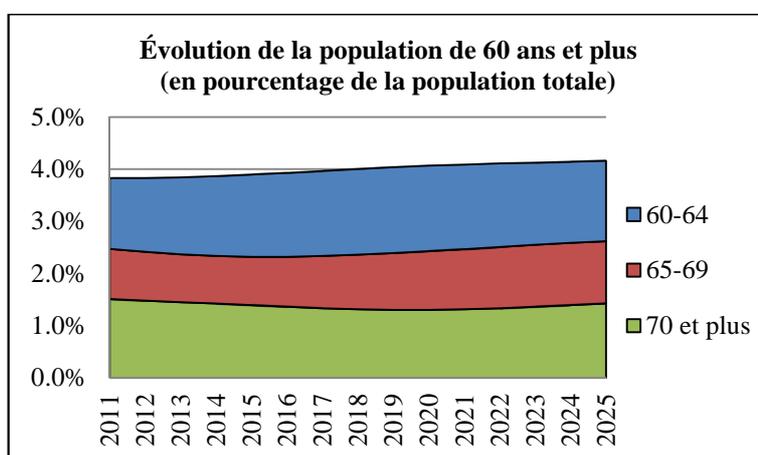
- les données démographiques, soit le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus au Burundi;
- la valeur de la prestation à verser;
- une projection du niveau nominal du PIB de 2011 à 2025;
- une projection du taux d'inflation de l'IPC pour chaque année de 2011 à 2025.

Les projections démographiques présentées à l'Annexe A ont été utilisées pour identifier le nombre de bénéficiaires éventuels de la rente de retraite universelle entre 2011 et 2025.



Comme le montre le graphique ci-dessus, au cours de la période de projection, la population de 60 ans et plus devrait passer d'environ 331 000 personnes en 2011 à approximativement 539 000 personnes en 2025, soit une augmentation de 63 pour cent.

Le graphique suivant présente l'évolution de la population de 60 ans et plus en pourcentage de la population totale de 2011 à 2025:



Selon ces projections:

- 3,8 pour cent de la population du Burundi avait 60 ans et plus en 2011 et ce pourcentage correspondrait à environ 4,1 pour cent de la population en 2025. La population de 60 ans et plus devrait ainsi augmenter progressivement en proportion de la population totale de 2011 à 2025;
- 2,5 pour cent de la population du Burundi avait 65 ans et plus en 2011 et ce pourcentage correspondrait à environ 2,6 pour cent de la population en 2025. La population de 65 ans et plus devrait ainsi augmenter progressivement en proportion de la population totale de 2011 à 2025;
- 1,5 pour cent de la population du Burundi avait 70 ans et plus en 2011 et ce pourcentage correspondrait à environ 1,4 pour cent de la population en 2025. La population de 70 ans et plus devrait ainsi diminuer progressivement en proportion de la population totale de 2011 à 2025.

Cette projection de la population suggère que le coût nominal d'une rente universelle de retraite payable à partir de 60 ans devrait augmenter graduellement au fil du temps.

Le montant de la rente universelle a été déterminé en concordance avec le rapport «*L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*»¹. Ce rapport indique que:

- la dépense moyenne de consommation alimentaire des ménages en 2006 s'élève à 1 479 francs burundais par jour et par ménage (soit approximativement 539 835 francs burundais annuellement par ménage) et un ménage compte en moyenne 4,1 équivalent-adultes;
- l'apport calorique moyen par ménage est de 8 548 kcal (soit 2 085 kcal par équivalent-adulte);
- l'apport calorique minimum par adulte pour passer du seuil d'insécurité alimentaire est de 1 400 kcal par adulte;
- le PIB par habitant en 2006 était de 122 227 francs burundais.

En 2006, le revenu nécessaire par habitant - pour atteindre le seuil d'insécurité alimentaire établi pour un adulte correspondait donc à 72,3 pour cent du PIB par habitant, comme l'illustre le calcul ci-dessous:

$$\frac{1400 \text{ kcal}}{2085 \text{ kcal}} * \frac{539\,835 \text{ FBU par ménage}}{4,1 \text{ équivalent adulte par ménage}} = 88\,410 \text{ FBU par adulte}$$

$$\frac{88\,410 \text{ FBU par adulte}}{122\,227 \text{ FBU par habitant}} = 72,3 \%$$

Si l'on considère que ce seuil est demeuré constant en proportion du PIB de 2006 à 2010, il est possible d'estimer le revenu annuel nécessaire pour atteindre le seuil d'insécurité alimentaire établi au Burundi à 158 100 francs burundais, soit 72,3 pour cent du PIB par habitant qui était de 218 575 francs burundais en 2010. Pour s'élever au-dessus du niveau d'insécurité alimentaire, des revenus supérieurs à environ 13 175 francs burundais par mois et par adulte auraient donc été nécessaires en moyenne en 2010.

Parmi les ménages dont la consommation est inférieure au seuil d'insécurité alimentaire, soit 1 400 kcal, l'écart par adulte serait de 23 pour cent. Autrement dit, la moyenne des apports caloriques des ménages sous le seuil d'insécurité alimentaire serait de 1079 kcal par adulte. La différence entre les provinces est relativement forte puisque cette statistique pourrait varier de 1 026 kcal à 1 202 kcal. L'apport calorique supplémentaire moyen pour atteindre le seuil d'insécurité alimentaire de 1 400 kcal serait donc de 321 kcal par adulte. Par contre, il faut souligner qu'un tel apport calorique permettrait tout juste aux ménages les plus pauvres de se hisser au niveau du seuil d'insécurité alimentaire. Pour considérer les disparités entre les différentes régions du Burundi et l'écart entre le niveau d'apport calorique recommandé d'un âge à un autre, il a été

¹ Banque mondiale, PAM et CASE D'AFRIQUE, *L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*, Janvier 2008.

considéré que 55 pour cent du seuil d'insécurité alimentaire pourrait être pourvue par la rente universelle. Une telle rente universelle correspondrait à 7 300 francs burundais, soit approximativement 40 pour cent du PIB par habitant en 2010, et pourrait possiblement hisser la population au-dessus du seuil d'insécurité alimentaire selon les hypothèses effectuées.

Partant de l'analyse de la pauvreté, il est important de comprendre que l'inconvénient de la méthode de l'apport direct de calories est le manque de représentativité de l'indicateur. Si la pauvreté peut être considérée comme un manque de pouvoir d'achat pour satisfaire des besoins de base, mesurer la pauvreté uniquement en fonction de l'apport direct de calories des ménages a peu de chances de représenter valablement l'état général de privation des populations déshéritées. Il est donc possible que le niveau de la rente universelle de retraite, correspondant à 40 pour cent du PIB par habitant, ne soit pas optimal.

Selon le Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi 2008, le seuil de pauvreté monétaire annuel déterminé sur la base des données de l'enquête QUIBB 2006 est de 247 123 francs burundais par habitant en milieu urbain et 191 348 francs burundais par habitant en milieu rural. Si l'on considère que ce seuil est resté constant en proportion du PIB de 2006 à 2010, le seuil de pauvreté monétaire annuel en 2010 serait d'environ 441 923 francs burundais par habitant en milieu urbain et d'environ 342 182 francs burundais par habitant en milieu rural. L'indice de profondeur à l'incidence de pauvreté est estimé au niveau national à 34,1 pour cent du seuil de pauvreté monétaire selon le Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi 2008. En considérant les seuils urbain et rural de pauvreté estimés pour 2010, la profondeur à l'incidence de pauvreté pourrait représenter entre 65 200 et 84 300 francs burundais annuellement. Ainsi, la prestation mensuelle de 7 300 francs burundais (ou 87 600 francs burundais par année) pourrait contribuer significativement à la diminution de l'indice de profondeur à l'incidence de pauvreté. Cependant, il est important de souligner la difficulté de recueillir des estimations fiables sur le revenu des ménages burundais; la prestation de 7 300 francs burundais mensuellement déterminée dans cette étude pourrait donc ne pas être optimale puisqu'elle est fondée sur le peu d'information ayant été recueillie sur la distribution des revenus des ménages burundais.

Le coût annuel total de la rente universelle versée est calculé en multipliant le nombre de bénéficiaires par le niveau de rente mensuelle afin d'obtenir la rente mensuelle totale payable aux prestataires. Ce montant est alors multiplié par 12 pour obtenir la prestation de retraite annuelle totale versée à tous les bénéficiaires.

Afin d'illustrer le coût de la rente universelle en tant que proportion du PIB nominal, le coût total annuel de la rente de retraite universelle est divisé par le niveau du PIB nominal pour une année donnée.

Pour calculer l'évolution du coût de la rente universelle au fil du temps, l'inflation doit être appliquée au niveau de la rente initialement versée. En d'autres termes, la rente mensuelle doit être multipliée, d'année en année, par le changement de l'IPC. Par exemple, la rente mensuelle de 2011 devra correspondre à 7 300 francs burundais x (1 + changement annuel de l'IPC de 2010 à 2011).

L'information économique requise pour entreprendre l'évaluation des coûts de cette mesure sociale est présentée à l'Annexe B du présent rapport.

Annexe D

Méthodologie et hypothèses de projection des coûts de la prestation de sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif

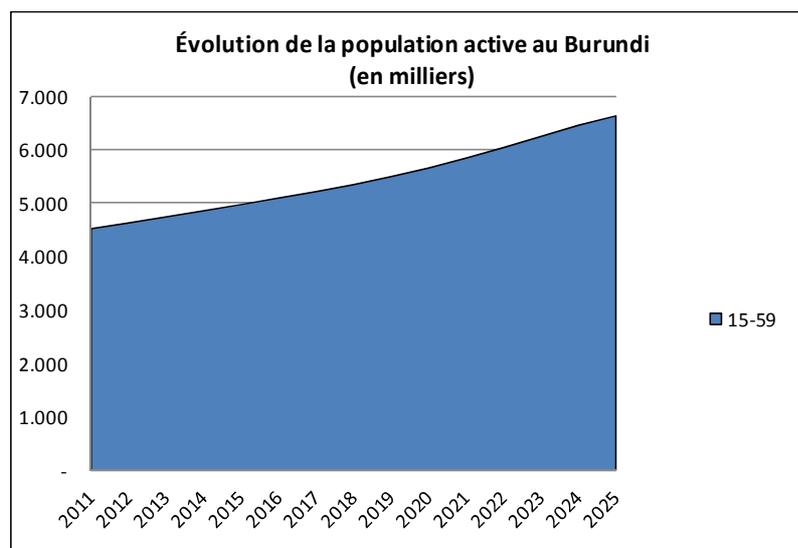
La méthodologie utilisée pour calculer le coût d'une prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif au Burundi est similaire à celle précédemment utilisée pour calculer le coût de la rente universelle de retraite. Notons cependant que la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif serait versée aux ménages dont les membres d'âge actif se trouvent dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant afin de subvenir aux besoins des membres du ménage. En effet, cette prestation serait payable seulement aux ménages éligibles pour recevoir la prestation.

Selon le rapport «*L'insécurité alimentaire au Burundi: Une analyse à partir de l'enquête QUIBB 2006*», 29 pour cent des ménages de l'ensemble du pays seraient en situation d'insécurité alimentaire sévère. Notons que l'introduction de la prestation pour enfants de 7 ans et moins mentionnée dans le présent rapport serait susceptible de soulager certains ménages pauvres. Cependant, il est difficile d'estimer, avec les données actuellement disponibles, l'évolution de la proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire sévère après l'introduction d'une mesure de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif. Dans le cadre de cette analyse, l'hypothèse retenue est que 25 pour cent des ménages seraient éligibles à la prestation de sécurité élémentaire de revenu. Il est possible que ce niveau de couverture ne soit pas idéal: plus d'informations devraient être recueillies afin de fixer un niveau de couverture plus optimal.

La projection des coûts liés à la prestation de sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif considère les éléments suivants:

- les données démographiques, soit le nombre de ménages au Burundi;
- la valeur de la prestation à verser;
- le pourcentage de ménages éligibles pour recevoir la prestation;
- une projection du niveau nominal du PIB de 2011 à 2025;
- une projection du taux d'inflation de l'IPC pour chaque année de 2011 à 2025.

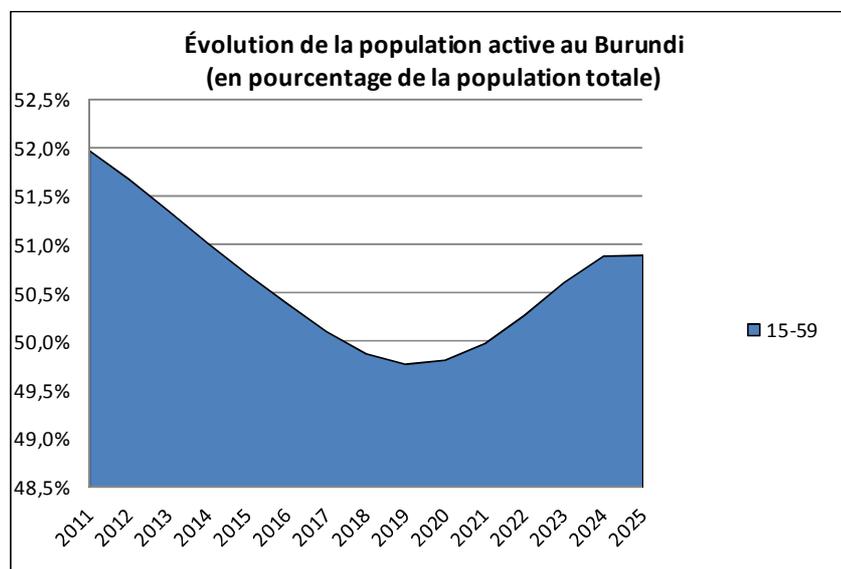
Les projections démographiques présentées à l'Annexe A ont été utilisées pour identifier le nombre de bénéficiaires éventuels de la prestation de sécurité élémentaire du revenu pour les personnes d'âge actif versée à 25 pour cent des ménages entre 2011 et 2025.



Selon le modèle, la population en âge de travailler au Burundi (entre 15 et 59 ans) devrait augmenter au cours de la période 2011-2025, comme le montre le graphique ci-dessus. En effet,

cette population devrait passer d'environ 4 823 000 personnes en 2011 à approximativement 6 587 000 personnes en 2025.

Toujours selon le modèle, la proportion de la population en âge de travailler sur la population totale devrait varier approximativement entre 49,8 et 52 pour cent de 2011 à 2025. Ainsi, si l'on considère le graphique ci-dessous, le coût nominal de la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif devrait diminuer légèrement sur le moyen terme puis augmenter graduellement au fil du temps.



Le nombre initial de ménages en 2010 a été estimé en divisant la population totale du pays, soit 8 436 000 personnes, par le nombre moyen de personnes par ménage, soit 4,8 personnes. Ainsi, le nombre initial de ménages serait d'approximativement 1 757 500 en 2010. Dans le cadre de l'analyse, il a été retenu que le nombre de ménages au Burundi évoluerait dans le temps de façon similaire à l'évolution de la population en âge de travailler. Ainsi, le nombre de ménages projetés passerait d'environ 1 802 400 en 2011 à approximativement 2 645 200 en 2025.

Pour les besoins de l'étude, la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif a été fixée à 7 300 francs burundais par mois en 2010, soit à 40 pour cent du PIB par habitant, conformément aux méthodes et hypothèses énoncées à l'Annexe C, utilisées dans la détermination du montant de la rente universelle de retraite. Par conséquent, il est possible que le niveau de la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif ne soit pas optimal.

Le coût annuel total de la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif est calculé en multipliant le nombre de ménages éligibles pour recevoir la prestation par le niveau de prestation mensuelle afin d'obtenir la rente mensuelle totale payable aux prestataires. Ce montant est alors multiplié par 12 pour obtenir la prestation annuelle totale versée à tous les ménages éligibles pour recevoir la prestation.

Afin d'illustrer le coût de la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif en tant que proportion du PIB nominal, le coût total annuel de la prestation est divisé par le niveau du PIB nominal pour une année donnée.

Pour calculer l'évolution du coût de la prestation au fil du temps, l'inflation doit être appliquée au niveau de la rente initialement versée. Par exemple, la prestation de 2011 devra correspondre à 7 300 francs burundais x (1 + changement annuel de l'IPC de 2010 à 2011).

L'information économique requise pour entreprendre l'évaluation des coûts liés à la prestation de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif est présentée à l'Annexe B. Trois scénarios ont été analysés, soit:

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;
- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement;
- le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.

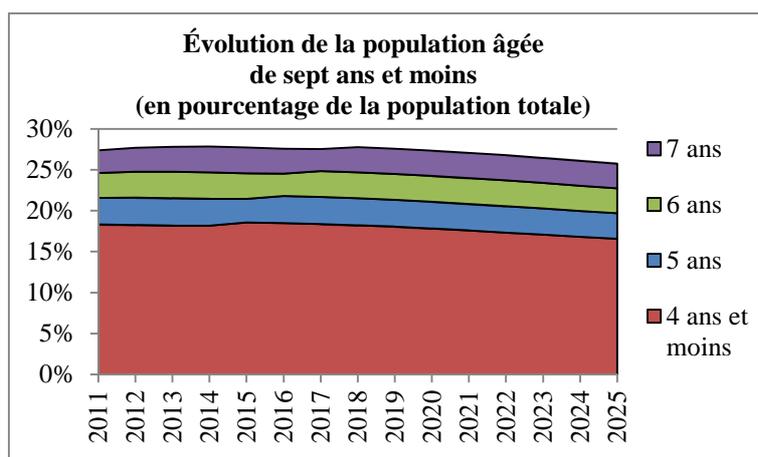
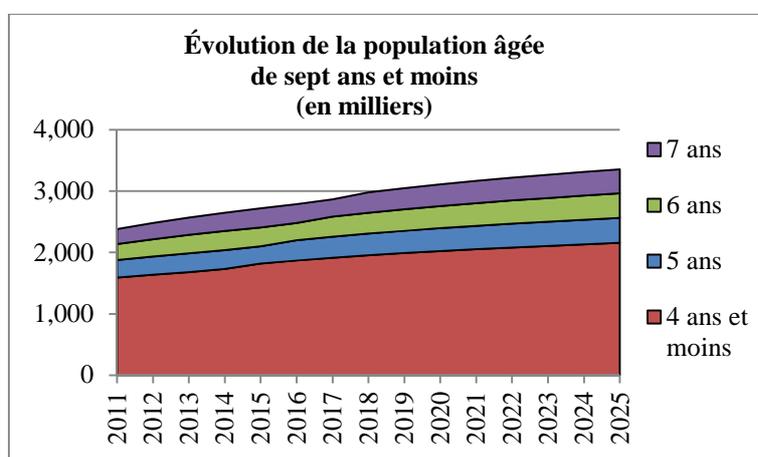
Annexe E

Méthodologie et hypothèses de projection des coûts de la prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins

La méthodologie utilisée pour calculer le coût d'une prestation universelle versée à tous les enfants de 7 ans et moins au Burundi est la même que celle précédemment utilisée pour calculer le coût de la rente universelle de retraite. Ainsi, la projection de la rente payable à tous les enfants de 7 ans et moins, quel que soit leur statut économique, considère les éléments suivants:

- les données démographiques, soit le nombre d'enfants de 7 ans et moins au Burundi;
- la valeur de la prestation à verser;
- une projection du niveau nominal du PIB de 2011 à 2025;
- une projection du taux d'inflation de l'IPC pour chaque année de 2011 à 2025.

Les projections démographiques présentées à l'Annexe A ont été utilisées pour identifier le nombre de bénéficiaires éventuels de la prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins entre 2011 et 2025. La population de sept ans et moins devrait augmenter au cours de la période 2011-2025, comme le montre le graphique ci-dessous. En effet, cette population devrait passer d'environ 2 367 000 personnes en 2011 à approximativement 3 335 000 personnes en 2025.



Si l'on considère le graphique ci-dessus, le coût nominal d'une prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins devrait diminuer légèrement sur le moyen terme puis diminuer graduellement au fil du temps. En effet, selon les estimations du modèle:

-
- approximativement 27,4 pour cent de la population avaient sept ans et moins en 2011 au Burundi et ce pourcentage devrait diminuer progressivement à environ 25,8 pour cent de la population en 2025;
 - approximativement 24,6 pour cent de la population avaient six ans et moins en 2011 au Burundi et ce pourcentage devrait diminuer progressivement à environ 22,8 pour cent de la population en 2025;
 - approximativement 21,6 pour cent de la population avaient cinq ans et moins en 2011 au Burundi et ce pourcentage devrait diminuer progressivement à environ 19,7 pour cent de la population en 2025;
 - approximativement 18,3 pour cent de la population avaient quatre ans et moins en 2011 au Burundi et ce pourcentage devrait diminuer progressivement à environ 16,6 pour cent de la population en 2025.

La prestation pour enfant, versée à tous les enfants de 7 ans et moins, était fixée initialement à 3 650 francs burundais par mois en 2010, soit 20 pour cent du PIB par habitant. Ce montant a été estimé d'une façon similaire à celui de la rente universelle de retraite, dont les hypothèses sous-jacentes au calcul sont présentées à l'Annexe C. Par conséquent, partant de l'analyse de la pauvreté, il est important de comprendre que l'inconvénient de la méthode de l'apport direct de calories est le manque de représentativité de l'indicateur. Si la pauvreté est considérée comme un manque de pouvoir d'achat pour satisfaire des besoins de base, mesurer la pauvreté uniquement en fonction de l'apport direct de calories de l'alimentation des ménages a peu de chances de représenter valablement l'état général de privation des populations déshéritées. Il est donc possible que le niveau de la prestation pour enfant de 7 ans et moins, correspondant à 20 pour cent du PIB par habitant, ne soit pas optimal.

Le coût annuel total de la prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins est calculé en multipliant le nombre de bénéficiaires par le niveau de rente mensuelle afin d'obtenir la rente mensuelle totale payable aux prestataires. Ce montant est alors multiplié par 12 pour obtenir la prestation annuelle totale versée à tous les bénéficiaires.

Afin d'illustrer le coût de la prestation versée à tous les enfants de 7 ans et moins en tant que proportion du PIB nominal, le coût total annuel de la prestation est divisé par le niveau du PIB nominal pour une année donnée.

Pour calculer l'évolution du coût de la prestation au fil du temps, l'inflation doit être appliquée au niveau de la rente initialement versée. Par exemple, la prestation de 2011 devra correspondre à 3 650 francs burundais x (1 + changement annuel de l'IPC de 2010 à 2011).

Les hypothèses économiques requises pour l'évaluation du coût de la prestation aux enfants de 7 ans et moins sont présentées à l'Annexe B. Trois scénarios ont été analysés, soit:

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;
- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement;
- le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.

Annexe F

Méthodologie et hypothèses de projection des coûts du régime universel de soins de santé

La méthodologie utilisée pour calculer le coût du régime universel de soins de santé au Burundi est quelque peu différente de la méthodologie utilisée pour évaluer les autres prestations sociales présentées dans ce chapitre. En effet, pour déterminer le coût d'un tel régime de santé universel, les principaux éléments suivants ont été considérés:

- les données démographiques, soit la population totale du Burundi;
- la valeur nominale des dépenses en soins de santé en 2010;
- la valeur du ticket modérateur assumée par les ménages;
- une projection du niveau nominal du PIB de 2011 à 2025;
- une projection du taux d'inflation des soins de santé de 2011 à 2025.

Les projections démographiques établies à l'Annexe A ont été utilisées pour identifier le nombre de bénéficiaires éventuels du régime universel de santé. Selon le modèle, la population totale au Burundi devrait augmenter au cours de la période 2011-2025. En effet, la population du Burundi devrait passer d'environ 8 693 600 personnes en 2011 à approximativement 13 029 900 personnes en 2025, soit une augmentation de près de 50 pour cent entre 2011 et 2025.

Les hypothèses économiques requises pour entreprendre l'évaluation des coûts liés au régime de santé universel sont présentées à l'Annexe B. Trois scénarios ont été analysés, soit:

- le scénario de base, projetant une croissance de la productivité à 2,5 pour cent annuellement;
- le scénario optimiste, projetant une croissance de la productivité à 4 pour cent annuellement;
- le scénario concordant avec le rapport Vision «Burundi 2025», projetant une croissance de la productivité à 5,5 pour cent annuellement.

Les dépenses totales en soins de santé au Burundi ont été estimées à approximativement 232,9 milliards de francs burundais en 2010 selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ces coûts se répartissent en trois catégories générales, soit les dépenses publiques, les dépenses privées et les subventions extérieures et dons internationaux. Selon le rapport des Comptes nationaux de la santé de 2007 ainsi que les données récentes de l'OMS, 33 pour cent des coûts seraient dépensés par le gouvernement comme agent de financement, dont 17 pour cent des coûts seraient assumés par le gouvernement comme source de financement. Selon le rapport des Comptes nationaux de la santé de 2007, 38 pour cent des coûts étaient assumés directement par les ménages en 2007. Il faut noter que, de 2006 à 2010, le budget alloué à la santé est passé de 5,6 pour cent à 7,7 pour cent du budget national. Il est ainsi possible que les données provenant du rapport des Comptes nationaux de la santé de 2007 n'illustrent plus nécessairement la situation actuelle du Burundi. Les données les plus récentes de l'OMS mentionnent plutôt que des dépenses totales en soins de santé, soit 44 pour cent des coûts, étaient dépensés directement par les ménages. Ces dernières données ont donc été utilisées aux fins de la modélisation.

En assumant que les données provenant de l'OMS sont représentatives de la situation actuelle au Burundi, les montants des dépenses publiques et des dépenses des ménages pour 2010 ont été estimés de la façon suivante:

- les dépenses en santé du gouvernement, en tant qu'agent de financement, représentent environ 78,7 milliards de francs burundais en 2010;
- les dépenses en santé des ménages représentent environ 102,5 milliards de francs burundais en 2010.

Dans le cadre de l'analyse, il a été déterminé qu'un régime universel de soins de santé au Burundi pourrait défrayer 80 pour cent du coût des soins de la population; les ménages assumeraient ainsi un ticket modérateur de 20 pour cent pour les frais médicaux. Il est possible que le niveau du ticket modérateur ne soit pas optimal. D'autres études pourraient être effectuées afin d'évaluer le niveau idéal.

Les tickets modérateurs peuvent influencer la demande de soins des consommateurs et jouent donc un rôle important pour limiter le coût des soins de santé. Toutefois, les tickets modérateurs ne sont, en général, pas considérés comme générateurs de ressources pour un régime de santé. Au contraire, ce sont les prestataires des soins de santé qui reçoivent les revenus générés par les tickets modérateurs. D'ailleurs, il est possible que les coûts des soins de santé assumés par le gouvernement augmentent de façon importante si la CAM est utilisée par tous ceux qui y ont droit; ce ne serait finalement que le résultat de l'augmentation de l'accessibilité de la population aux services de santé. Pour les besoins de l'exercice, il a été considéré que les ménages assumeraient un ticket modérateur de 20 pour cent du coût des soins offerts et que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à doubler si la CAM était utilisée par tous ceux qui y ont droit.

Il est important de spécifier qu'il reste très difficile d'évaluer quel serait l'importance des coûts transférés au gouvernement à la suite de l'instauration d'un tel régime universel de soins de santé avec ticket modérateur de 20 pour cent. Ce rapport présente principalement un scénario dans lequel les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel. Cependant, cette annexe expose également deux autres scénarios, soit:

- un scénario dans lequel les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel;
- un scénario dans lequel les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmenteraient pas à la suite à l'instauration du régime de santé universel.

Selon les hypothèses citées plus avant, la proportion des dépenses d'un tel régime universel assumé par le gouvernement se calculerait de la façon suivante:

$$\frac{33\% + (1 - 20\%) * 2 * 44\%}{33\% + 2 * 44\% + 23\%} = \frac{103,4\%}{144,0\%} = 71,8\%$$

Où:

- 33 pour cent correspondent aux dépenses totales de santé assumées actuellement par le gouvernement;
- 20 pour cent correspondent au niveau du ticket modérateur assumé par les ménages;
- 2 pour cent correspondent aux coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement qui viendraient à doubler si la CAM était utilisée par tous ceux qui y ont droit;
- 44 pour cent correspondent aux dépenses totales de santé assumées actuellement par les ménages;
- 23 pour cent correspondent aux dépenses de santé dont les sources proviennent de l'aide extérieure et de d'autres sources privées.

La proportion des dépenses totales de santé gérée par le gouvernement passerait donc de 33 à 71,8 pour cent des dépenses totales en santé du Burundi. Un régime universel de santé tel que décrit dans cette section nécessiterait ainsi des dépenses publiques approximativement 3,1 fois plus élevé que le budget de la santé de 2010. Cet impact pourrait être plus faible dans le cas où l'inflation n'augmentait pas aussi rapidement que les présentes estimations ou si le nombre de bénéficiaires du régime public ne doublait pas à la suite de l'instauration du régime universel. À l'inverse, le changement pourrait être plus élevé dans le cas où l'inflation augmentait plus rapidement que nos estimations ou si le nombre de bénéficiaires du régime public faisait plus que doubler à la suite de l'instauration du régime universel.

Selon l'édition 2011 du Profil des ressources humaines en santé au Burundi, publié par le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le sida, environ 30 pour cent des coûts en santé proviendrait de la masse salariale. Ainsi, il a été considéré que, pour toute la durée de la période de projection, les dépenses totales en santé augmenteraient annuellement de la façon suivante:

- 30 pour cent des dépenses en soins de santé augmenteraient à un niveau similaire au taux d'augmentation du PIB;

- 70 pour cent des dépenses en soins de santé augmenteraient au niveau de l'inflation, plus 1 pour cent pour considérer la possibilité que les coûts médicaux augmentent plus rapidement que l'inflation.

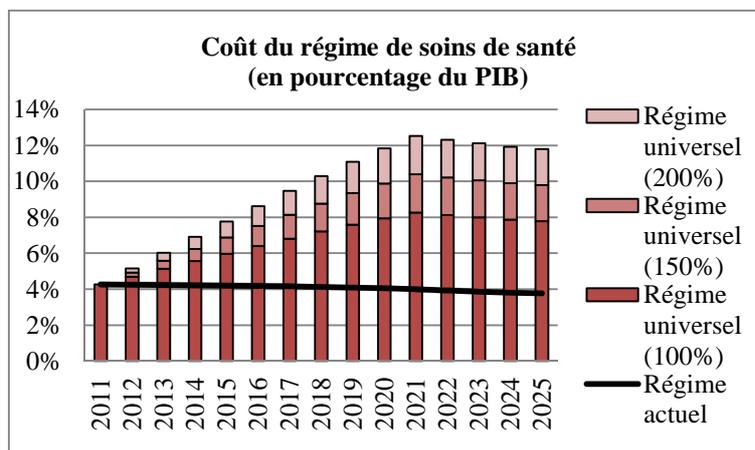
Il a été supposé que les ressources humaines et matérielles actuellement disponibles dans les formations sanitaires publiques et privées seraient suffisantes pour satisfaire la demande additionnelle qui serait engendrée par le fait de doubler les coûts actuellement supportés à 100 pour cent par les ménages. Ainsi, aucune dépense supplémentaire, notamment en investissement pour le développement d'infrastructure, n'a été considérée dans cette analyse. Il pourrait être judicieux de se référer au rapport PNDS II afin d'évaluer plus en détail les besoins en investissement nécessaires pour le développement d'un régime universel de soins de santé. Ce rapport, basé sur plusieurs statistiques datant de 2007, nécessiterait possiblement une mise à jour afin d'évaluer avec davantage de précision les investissements supplémentaires requis pour étendre les services de santé à toute la population.

Dans le cadre de l'analyse, il convient de noter que la politique de gratuité des soins, au bénéfice des enfants âgés de moins de 5 ans, ainsi que les différents soins de santé, actuellement couverts par le gouvernement burundais, resteraient inchangés. Il a également été considéré que les soins de santé actuellement couverts par la MFP le seraient également à l'avenir. En d'autres termes, seuls les soins de santé actuellement payés directement par les ménages (incluant les médicaments) seraient couverts par la CAM moyennant un ticket modérateur de 20 pour cent payable par les bénéficiaires. De plus, il a été supposé qu'aucune cotisation annuelle ne serait requise pour bénéficier de la CAM.

1. Scénario de base

Le scénario de base projette une croissance annuelle de la productivité correspondant à 2,5 pour cent. Trois possibilités ont également été évaluées, soit:

- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel (200 pour cent);
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel (150 pour cent);
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmentent pas suite à l'instauration du régime de santé universel (100 pour cent).



Selon la méthodologie utilisée, le coût lié au régime de santé actuel devrait, passer de 4,3 à 3,8 pour cent du PIB de 2011 à 2025. En assumant que l'instauration du régime universel se fasse progressivement sur une dizaine d'années, nous pouvons considérer que:

- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 12,5 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 11,8 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 8 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB;

- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 10,4 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 9,8 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 6 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmentent pas suite à l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 8,3 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 7,8 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 4 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB.

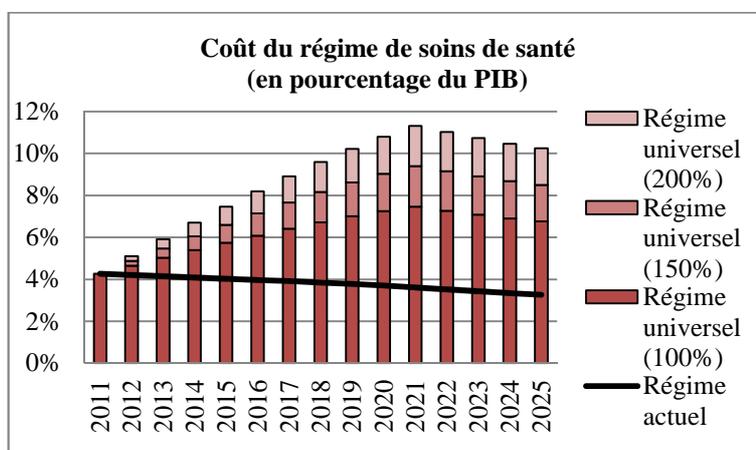
En 2001, à Abuja, les chefs d'États de l'Union africaine se sont engagés à allouer au secteur de la santé 15 pour cent du budget national annuel. En fin de compte, si l'on assume que les recettes de l'État, avec les revenus provenant de l'aide extérieure, resteront constants en proportion du PIB jusqu'en 2025 (correspondant ainsi à environ 50,5 pour cent du PIB), les dépenses du gouvernement dans le secteur de la santé correspondraient à:

- approximativement 23,4 pour cent du budget national, qui seraient utilisés pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à doubler à la suite de l'instauration du régime de santé universel;
- approximativement 19,4 pour cent du budget national, qui seraient utilisés pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à augmenter de moitié à la suite de l'instauration du régime de santé universel;
- approximativement 15,4 pour cent du budget national, qui seraient utilisés pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à rester stable à la suite de l'instauration du régime de santé universel.

2. Scénario optimiste

Le scénario optimiste projette une croissance annuelle de la productivité correspondant à 4 pour cent. Trois possibilités ont également été évaluées, soit:

- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel (200 pour cent);
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel (150 pour cent);
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmentent pas suite à l'instauration du régime de santé universel (100 pour cent).



Selon la méthodologie utilisée, le coût lié au régime de santé actuel devrait, de 2011 à 2025, passer de 4,3 à 3,3 pour cent du PIB. En assumant que l'instauration du régime universel se fasse progressivement sur une dizaine d'années, nous pouvons considérer que:

- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à doubler à la suite de l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 11,3 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 10,4 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 7 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié à la suite de l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 9,4 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 8,5 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 5,2 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à rester stable à la suite de l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 7,5 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 6,8 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait 3,5 pour cent supérieur au régime actuel en pourcentage du PIB.

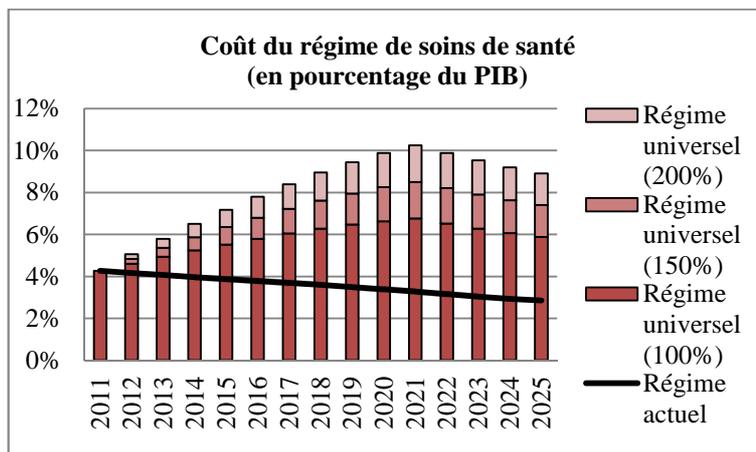
En 2001, à Abuja, les chefs d'États de l'Union africaine se sont engagés à allouer au secteur de la santé 15 pour cent du budget national annuel. En fin de compte, si l'on assume que les recettes de l'État, avec les revenus provenant de l'aide extérieure, resteront constants en proportion du PIB jusqu'en 2025 (correspondant ainsi à environ 50,5 pour cent du PIB), les dépenses du gouvernement dans le secteur de la santé correspondraient à:

- approximativement 20,3 pour cent du budget national, qui serait utilisé pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel;
- approximativement 16,8 pour cent du budget national, qui serait utilisé pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel;
- approximativement 13,4 pour cent du budget national, qui serait utilisé pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmenteraient pas suite à l'instauration du régime de santé universel.

3. Vision «Burundi 2025»

Selon le rapport Vision «Burundi 2025», la croissance annuelle de la productivité correspondrait à approximativement 5,5 pour cent. Trois possibilités ont également été évaluées, soit:

- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel (200 pour cent);
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel (150 pour cent);
- la possibilité que les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmentent pas suite de l'instauration du régime de santé universel (100 pour cent).



Selon la méthodologie utilisée, le coût lié au régime de santé actuel devrait passer de 4,3 à 2,9 pour cent du PIB de 2011 à 2025. En assumant que l'instauration du régime universel se fasse progressivement sur une dizaine d'années, nous pouvons considérer que:

- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à doubler à la suite de l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 10,3 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 8,9 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 6,1 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à augmenter de moitié à la suite de l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 8,5 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 7,4 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 4,6 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viennent à rester stable à la suite de l'instauration du régime de santé universel et que les coûts liés à l'instauration d'un régime de santé universel augmentent graduellement de 4,3 pour cent du PIB en 2011 à 6,8 pour cent du PIB en 2021, puis diminuent graduellement jusqu'à 5,9 pour cent du PIB en 2025. À terme, le coût du régime universel de santé serait supérieur de 3 pour cent au régime actuel en pourcentage du PIB.

En 2001, à Abuja, les chefs d'États de l'Union africaine se sont engagés à allouer au secteur de la santé 15 pour cent du budget national annuel. En fin de compte, si l'on assume que les recettes de l'État, avec les revenus provenant de l'aide extérieure, resteront constantes en proportion du PIB jusqu'en 2025 (correspondant ainsi à environ 50,5 pour cent du PIB), les dépenses du gouvernement dans le secteur de la santé correspondraient à:

- approximativement 17,7 pour cent du budget national, qui serait utilisé pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement venaient à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel;
- approximativement 14,7 pour cent du budget national, qui serait utilisé pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement venaient à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel;
- approximativement 11,7 pour cent du budget national, qui serait utilisé pour financer le régime de santé universel si les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmentaient pas suite à l'instauration du régime de santé universel.

Pour conclure cette section, il est important de nuancer les résultats présentés. Les hypothèses utilisées peuvent varier dans la pratique. Ces montants pourraient donc être supérieurs ou inférieurs à l'estimation présentée. En effet, le coût du régime universel de santé en pourcentage du PIB pourrait varier s'il y a une hausse ou une baisse des coûts liés aux soins de santé ou une variation éventuelle des principaux facteurs économiques faisant que le PIB diffère des résultats projetés par le modèle utilisé.

Selon le modèle utilisé, les coûts du régime actuel de soins de santé représenteraient environ 90,8 milliards de francs burundais en 2011, soit approximativement 73,8 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais / dollar. Si le régime universel était mis en place et couvrirait toute la population du Burundi dès la première année, soit en 2011, nous pourrions considérer que:

- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à doubler suite à l'instauration du régime de santé universel et que les coûts représenteraient environ 284,5 milliards de francs burundais en 2011, ou approximativement 231,2 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais / dollar;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement viendraient à augmenter de moitié suite à l'instauration du régime de santé universel et que les coûts représenteraient environ 236,1 milliards de francs burundais en montant nominal en 2011, soit approximativement 191,8 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais / dollar;
- les coûts initialement assumés par les ménages et transférés au gouvernement n'augmenteraient pas suite à l'instauration du régime de santé universel et que les coûts représenteraient environ 187,6 milliards de francs burundais en 2011, soit approximativement 152,5 millions de dollars, considérant un taux de change de 1230,75 francs burundais / dollar.

Annexe G

Impact du socle de protection sociale sur le budget de l'état

Afin de mesurer l'impact de l'implantation d'un Socle de protection sociale sur le budget de l'État, le tableau ci-dessous présente, dans la première colonne, les revenus et les dépenses de l'État en 2010, tels que publiés par le Fonds monétaire international¹. Dans la deuxième colonne de ce tableau, le coût total du Socle de protection sociale présenté au chapitre 5 a été additionné à la ligne «programmes sociaux», en supposant une implantation totale du régime de santé universel dès 2010.

Budget de l'État pour l'année 2010 (en milliards de francs burundais)

	Actuel	Avec le Socle de protection sociale
Revenus et aide extérieure		
Revenus fiscaux		
Impôts sur les revenus, les profits et les gains en capital	108,7	108,7
Taxes sur les biens et services	193,7	193,7
Taxes sur les échanges et transactions internationales	39,3	39,3
Revenus non fiscaux	21,6	21,6
Aide extérieure		
Soutien aux programmes	124,7	124,7
Appui aux projets	182,4	182,4
Autres subventions et transferts	260,2	260,2
	930,6	930,6
Total des dépenses		
Rémunération des employés	233,7	233,7
Achats et utilisation de biens et services	100,3	100,3
Programmes sociaux	101,4	460,3
Intérêts	14,9	14,9
Autres dépenses	571,2	571,2
	1 021,5	1 380,4
Surplus / (Déficit)	(90,9)	(449,8)
Dette totale	990,5	1 349,4

L'impact se traduit par une augmentation des dépenses liées aux programmes sociaux à hauteur de 358,9 milliards de francs burundais et, par conséquent, du déficit pour l'année 2010.

Il est évident que dans le contexte fiscal actuel, le Burundi n'a pas la capacité de financer l'ensemble des programmes du Socle de protection sociale décrit au chapitre 5 et que des choix devront être faits.

¹ International Monetary Fund, *Burundi: Second Review Under the Extended Credit Facility*, 30 janvier 2013.

Bien que toutes les données et les informations nécessaires à la projection du budget de l'État n'étaient pas disponibles et que cela dépasse la portée de la présente étude, une projection sommaire du budget de l'État en 2025 a été effectuée afin d'évaluer l'impact de la croissance de la productivité sur la capacité du Burundi à financer/soutenir/implanter des programmes sociaux.

En 2010, le budget de l'État présente un déficit qui représente environ 4,9 pour cent du PIB, soit des recettes de 50,5 pour cent du PIB et des dépenses de 55,4 pour cent du PIB. Pour les besoins de cette projection sommaire, les quelques hypothèses simplistes suivantes ont été utilisées:

- les recettes de l'État, incluant l'aide extérieure, diminueront graduellement sur la période de projection de 50,5 à 45,5 pour cent du PIB pour considérer principalement la variabilité des revenus provenant des dons et de l'aide extérieure;
- le PIB projeté correspond à celui décrit à l'Annexe B selon les trois scénarios d'augmentation de la productivité;
- les dépenses liées aux salaires augmenteront au même rythme que le PIB;
- les dépenses autres que celles liées au Socle de protection sociale, augmenteront selon les taux d'augmentation de l'IPC et de croissance de la population;
- les dépenses liées au Socle de protection sociale sont celles projetées au chapitre 5, aux sections 5.2, 5.3, 5.4 et 5.8;
- l'intérêt versé sur la dette est projeté sur la base du même ratio intérêt/dette que celui présenté dans les données du FMI pour 2010, soit un ratio de 2,6 pour cent.

Sur la base de ces hypothèses sommaires, le tableau suivant présente, en pourcentage du PIB, les revenus et dépenses de l'État projetés en 2025 selon les trois scénarios d'augmentation de la productivité:

Projection du budget social en 2025 (en pourcentage du PIB)

	Scénario de base	Scénario optimiste	Vision «Burundi 2025»
Sans le Socle de protection sociale			
Revenu	45,5%	45,5%	45,5%
Dépenses	41,5%	35,6%	30,8%
- incluant les programmes sociaux	3,8 %	3,1 %	2,5 %
Surplus ou déficit	3,9%	9,9%	14,7%
Dette	2,8%	0,0%	0,0%
Avec le Socle de protection sociale			
Revenu	45,5%	45,5%	45,5%
Dépenses	52,9%	45,3%	39,1%
- incluant les programmes sociaux	13,3 %	11,3 %	9,6 %
Surplus ou déficit	-7,4%	0,2%	6,4%
Dette	82,1%	36,5%	1,1%

Le tableau ci-dessus démontre bien que la capacité du Burundi à financer des programmes sociaux passera nécessairement par l'enrichissement collectif du pays. Par conséquent, le principal défi à relever sera le gain de productivité. Afin d'être en mesure de mettre en place des programmes sociaux, la productivité par travailleur devra augmenter à un rythme supérieur à l'augmentation des coûts de ces programmes et des autres dépenses de l'État.

Il convient de noter que la mise en place et le coût de fonctionnement de ces programmes pourraient augmenter les dépenses de l'État ce qui, dans un contexte de déficits budgétaires, engendrerait d'avantage de déficits qui devraient être financés par l'augmentation de la dette du pays. Cette augmentation de la dette aurait alors pour conséquence la hausse des intérêts et, par le fait même, la hausse de la dette du pays.

Le BIT dispose d'un modèle complet permettant d'effectuer les projections d'un budget social et d'un budget de l'État. Lorsque le gouvernement du Burundi, avec ses partenaires techniques et financiers, aura effectué des choix quant aux programmes sociaux à mettre en place sur un horizon temporel, le BIT sera disposé à l'aider dans ses projections du budget social et du budget de l'État.